

Çocuk İstismarı Olgularında Hekim Sorumluluğu

Muhammet CAN¹, Lale TIRTIL², Halis DOKGÖZ³

¹Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, Van

²Adli Tıp Kurumu, Küçükçekmece Şube Müdürlüğü, İstanbul

³Mersin Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, Mersin

Çocuk istismarı, çocuğun bakımından sorumlu olan erişkin bireylerin çocuğun fiziksel, gelişimsel ve psikososyal açıdan iyi olma halini olumsuz yönde etkileyen tutum ve davranışlarını içermektedir. İstismar olgularının sonuçları ceza amacıyla çocuğun kalçasına atılan ufak bir tokat ya da çimdiği neden olduğu bir ekimozdan, psikotik bir anne-baba ya da bakımından sorumlu kişi veya kurumsal yapı tarafından öldürülmesine kadar değişik şekillerde karşımıza çıkmaktadır.¹

Çocuk Hakları Sözleşmesi'ne (ÇHS) göre, 18 yaşın altındaki her insan çocuktur ve sırf çocuk olmasından ileri gelen bir takım haklara sahiptir. Modern devletin çocuğu toplumun yeniden üretilmesinin en önemli araçlarından biri olarak görmesiyle öncelikli olarak ayrı bir çocuk dünyası yaratılmaya başlanmıştır. Bu anlayışın tüm topluma yayılması ancak örgün eğitimin yaygınlaşması ile mümkün olmuştur. Bu gelişim sürecinde tıp, biyoloji, pedagoji, psikoloji, sosyoloji ve araştırma alanlarındaki gelişmelerin toplumların çocuğa bakışını değiştirdiğini de ayrıca belirtmek gerekmektedir. 20. yüzyıla egemen olan modern çocukluk paradigması, çocukların yetişkinlerden farklı olduğu, çocukların yetişkinliğe hazırlanması ve yetiştirilmesi gerektiği ve çocukların yetiştirilme sorumluluğunun yetişkinlere, ailesine ve devlete ait olduğuna ilişkin üç temel varsayıma dayandırılmaktadır. ÇHS ile birlikte çocuklar sadece korunması gereken varlık olmaktan çıkarak özel hakları olan özneler olmuştur.²

Tardieu, 1860 yılında Paris Tıp Akademisi'nde ilk kez çocukların cinsel ve fiziksel istismarına değinirken, Caffey 1946 yılında "Caffey Sendromu" ve Kempe 1961 yılında "Hırpalanmış Çocuk Sendromu" tanımlamasını yapmışlardır. Helfer ve Kempe 1972 yılında çocuk istismarını anne babaların veya çocuktan sorumlu diğer kişilerin gerçekleştirdiği veya sorumluluklarını yerine getirmeyi ihmal ettiği eylemler sonucu, çocukların kaza dışı zarara uğraması olarak tanımlamışlardır. Giovanni

ve Becerra 1979 yılında yaptıkları tanımında, aileler veya çocuğu korumakla yükümlü kişi ve kurumların davranışlarının toplumsal değerlere aykırı bulunması gerektiğinin altını çizmişlerdir. Garbarino ve Gilliam 1980 yılında yaptıkları çocuk istismarı tanımında uygunsuz ve zarar verici davranışların özellikle uzmanlar tarafından tespit edilmesi gerektiğini belirtmişlerdir.³

Çocuk İstismarı Çeşitleri

Çocuk istismarı türleri fiziksel, cinsel, duygusal istismar ve ihmal olarak sınıflandırılmaktadır.¹ Bir başka sınıflama da aile içi, aile dışı (kurumsal) olarak yapılmaktadır. İstismar tipleri tek başına görülebildiği gibi sıklıkla bir arada olmaktadır.

I. Fiziksel istismarı

En geniş anlamda çocuğun kaza dışı yaralanmasıdır. Bir disiplin aracı olarak bedensel cezalandırma; evrensel ve yaygın olup kuşaktan kuşağa aktarılmaktadır. Çocuğa bakmakla yükümlü olanların bedensel cezalara yönelmeleri; fiziksel istismar için önemli bir risk faktörü olup, bedensel zararlar sonuçlandığında fiziksel istismar haline gelmektedir.^{1,4}

Çocukların aileleri ya da bakıcıları tarafından travmaya maruz kaldığı, yazılı tarihin en eski dönemlerinden beri bilinen gerçekliktir. Antik çağda doğumsal kusuru olan bebeklerin öldürülmesi savunulmuş, ortaçağda Avrupa eğitim sistemine öğretmenlerin dayağı hakim olmuştur. Endüstriyel devrim döneminde de çocuklara kötü muamele devam etmiş, küçük çocuklar fabrikalarda olumsuz koşullarda uzun süre çalıştırılmışlardır.⁵

Amerika Birleşik Devletleri'nde ulusal çocuk istismarı ve ihmali veri sisteminin (NCANDS) verilerine göre, 2006 yılında 3.6 milyon çocuk araştırılmış ve 905 bin çocuğun kötü muameleyle uğradığı ve yıllık oranın bin çocukta 12.1 olduğu, bunların 144.800'nin ise fiziksel istismar

nedeniyle başvurduğu bildirilmektedir.⁶ 1996 yılındaki 261.605 olgu dikkate alındığında, bir düşüş olduğunu göstermektedir⁷

Fiziksel istismar riski çocuğun yaşı ile doğru orantılı olarak artmaktadır Ancak ciddi ve ölümcül yaralanmalar genellikle 2 yaşın altındaki çocuklarda, orta şiddetteki yaralanmalar daha büyük çocuklarda görülmektedir.⁴

Fiziksel istismar olgularında muayene

Çocuğun fiziksel istismarında, yaşadığı olayın ve travma öncesi olayın öyküsü, tıbbi ve doğum öyküsü, kronik tıbbi durumları, gelişim öyküsü ile aile öyküsü araştırılıp elde edilen bulguların öykü ile uyumu değerlendirilmelidir.⁸

İstismar edilen çocukta ekimoz, hematoma, eritem, yanıklar ve sıyrık gibi bazı cilt lezyonları yaygın olarak bulunmaktadır. Kaza sonucu oluşan ekimozlar tipik olarak derinin çıkıntılı kemik yüzeyini örttüğü anterior tibia, diz, dirsek, alın ve ellerin dorsal yüzlerinde daha çok görülmektedir. Bacaklar ve kolların arkasında, karında, kulak arkasında, genital bölgede, kalçada ya da diğer yumuşak doku bölgelerinde görülen ekimozlar istismar şüphesi uyandırmaktadır. Tek bir travma öyküsüyle uyuşmayan, farklı iyileşme dönemindeki ekimozlar; yani farklı yaşlardaki ekimozların birlikte görülmesi travmanın sürekliliğini düşündürmelidir.^{1,8,9} Kaza sonucu sıcak sıvıların oluşan yanıklar; vücudun üst bölgelerinde ve düzensiz şekilde olmakta, temas yanıkları; eğer zorlanmamışsa refleksi olarak sıcak etkenden hızla uzaklaşacağı için yüzeysel olmaktadır. Fiziksel istismara maruz kalan çocuklarda kemiklerde kırılma oranı diğer çocuk popülasyonundan daha fazla olmaktadır. İstismar nedeniyle olan önemli kırıklar genellikle 3 yaşın altındaki çocuklarda görülmektedir. İstismar kriterleri; öyküde belirtilmeyen, tekrarlayan travmaların olması, gecikmiş başvuru ve çok sayıda veya iyileşme sürecinde kırıkların bulunması olarak özetlenebilir.^{4,9}

Fiziksel istismarın psikolojik ve davranışsal bulguları olduğu bilinmektedir. Davranışsal bulgular; yetişkinlerden, ailesinden özellikle fiziksel temastan korkma, kendine ya da etrafındakilere zarar verme, saldırgan ya da içe kapanık davranışlar, öğrenme ve dikkat problemleri, okul başarısında düşme, gecikmiş dil gelişimi, evden kaçma ya da suça yönelik davranışlar, beceriksiz hareketler ya da kızgın, dargın duruş, kazalara eğilim ve eve gitmekten korkar görünme biçiminde olmaktadır. Bu bulgulardan bazıları ya da tamamı istismara uğramayan çocuklarda da görülebilmeye karşın bu bulguların varlığı çocuğun istismar edilmiş olma olasılığına dikkat çekmektedir.⁵

II. Cinsel istismar

Cinsel istismar, en genel tanımı ile psikososyal gelişimini tamamlamamış olan bir çocuğun bir yetişkin tarafından cinsel stimülasyon için kullanılmasıdır.¹ Uluslararası Çocuk İstismarı ve İhmalini Önleme Derneği (ISPCAN) çocukların cinsel istismarını "rıza yaşının altındaki çocuğun yetişkin kişinin cinsel doyumuna yol açacak davranım içinde bulunması veya duruma göz yumulması ve

bu davranımın herhangi bir nesne veya şiddet kullanımı, fiziksel veya genital temas içermesi, çocuk tarafından başlatılıp başlatılmaması ve kısa dönemde zararlı sonuçların ortaya çıkıp çıkmaması ile ilgilenmez" şeklinde tanımlamaktadır.

Cinsel saldırı, teşhircilik, röntgencilik, seksi konuşma şeklinde temas içermeyen veya cinsel dokunma, vücudun özel bölgelerine dokunma, oral seks, oral-vajinal, oral-penil, oral-anal ilişki, interfemoral ilişki, cinsel penetrasyon (vaginal, anal, genital penetrasyon, parmak ya da yabancı cisim penetrasyonu), cinsel sömürü; çocuk pornografisi ve çocuk fuhuşu gibi temas içeren eylemler şeklinde de sınıflandırılmaktadır.¹⁰

Her yaştan ve sosyoekonomik gruptan çocuklar cinsel istismara maruz kalmakta, olguların yaklaşık % 30'u 2-5 yaş, % 40'i 6-10 yaş ve %30'u 11-17 yaşları arasında olmaktadır. Cinsel istismarın genellikle ilk kez 8-12 yaşlar arasında yaşandığını belirtmektedirler.¹¹ Erkek çocuklar kız çocuklara göre daha küçük yaşlarda istismar edilmektedir. İstismar edildiğini bildiren çocuklar içinde 1/3'ünün erkek olduğunu, ancak erkek çocukların homoseksüellik ve güçsüzlüklerine yönelik imalar nedeniyle istismarı daha az bildiriyor olabileceğini vurgulamışlardır. Bu araştırma sonuçlarına göre yargı süreci devam eden sanıkların %80'i çocuğun tanıdığı kişilerdir.¹²

Cinsel istismar olgularında muayene

Çocuğa yönelik cinsel travmanın etkileri, çocuğun fiziksel ve ruhsal yönden değerlendirilmesiyle belirlenebilmektedir. Tıbbi değerlendirme; çocuk ve aile görüşmeleri ile öykünün alınması, tam bir fiziksel ve ruhsal muayene yapılması, adli delillerin toplanması ve gerektiğinde fotoğraf ile tespit edilmesi, yaralanmaların tedavisi ile enfeksiyonlar ve gebelik olasılığına karşı profilaksi uygulanması adımlarını kapsamaktadır.⁹

Çocuklarla görüşmede; istismara uğrayan çocukların, yaşadıklarını okul öncesi dönemde farkında olmadan, adolesan dönemde ise açığa çıkartmak amacıyla açıkladıkları belirtilmektedir. Kız çocukları erkeklere göre daha ayrıntılı açıklama yapmakta, erkek çocuklar cinsel istismara ek olarak fiziksel istismar da bildirmekte, büyük çocuklar kendilerine yapılanları daha iyi değerlendirmektedir.¹³ Küçük çocuklarda tek bir görüşmenin yeterli bulunmadığını ve görüşülen her çocuk için tam bir psikolojik inceleme ve cinsel istismarı değerlendirme raporu hazırlanması gerektiğini vurgulanmaktadır. Çocukların yaşadıkları istismarı açıklamasında; anne desteği, kandırma ya da baskı yaşamaları, istismarcı ile ilişkileri, istismarın biçimi ve yaşadıkları stres düzeyi gibi faktörlerin etkin olduğunu ve sıklıkla kendiliğinden açıklama yapmadıklarını bildirilmektedir.¹⁴ Bundan dolayı cinsel istismar bildiriminde bulunan çocuklarla yapılacak ilk görüşmenin kolay anlaşılır, açık uçlu olarak tanımlanan sorulardan oluşturularak yapılandırılması gerektiği belirtilmektedir. Çocuklar ile yapılacak görüşmelerin, bu konuda eğitim almış kişiler tarafından, çocuğun dikkatini dağıtmayan ve kendini rahat hissedeceği bir ortamda yapılması büyük önem taşımaktadır.¹⁵

Çocukların sözlü anlatımlarının gelişmemiş olması, aile sırlarını açıklamaktan korkmaları ve istismar davranışlarının anlamını bilmemeleri ve çocuklarla yapılan görüşmelerin yeterli olamayabileceğinden çocuklar çizildikleriyle de kendilerini anlatabilirler. Çocukların çizimlerinin analizi yüzyılın başından beri sürmektedir. Bu çizimlerde istismarın her türüne ait göstergeler tanımlanmaktadır.^{16,17} Cinsel istismarın çocukların çizimlerindeki göstergeleri; insan figürü (Human Figure Drawing) ve aile ilişkileri (Kinetic Family Drawing) çizimlerinde değerlendirilmektedir.¹⁸ Cinsel istismar göstergeleri; genital bölgenin açıkça çizimi; penis, vagina, pubik kıllar ya da göğüslerin gösterilmesi, genital bölgenin örtülmesi; başka objelerin genital bölgeler üzerine yerleştirilmesi, genital bölgenin atlanması; bedenin orta kısmını ve/veya göğüsleri silme, karşı cins genital organların çizilmesi olmaktadır. Çocukların çizimlerinin analizi, yalnızca tanı amaçlı görüşmelerde değil, rehabilitasyon sürecinde de kullanılmakta, çizimler çocuğun ruhsal durumundaki gelişmeleri gösterebilmektedir.

a) Fiziksel muayene: Cinsel istismar iddiasındaki çocukların genital muayenesine başlanılmadan önce ayrıntılı fizik muayenesinin yapılması ve çocuklara yapılacak işlemlerin anlatılması ve yardımcı olmalarının istenmesi önerilmektedir. Öncelikle muayeneler çocuğun rahatsız olmayacağı, iletişim sağlanan ve çocuğun kendini güvende hissettiği bir ortamda gerçekleştirilmelidir.

b) Genital muayene: Genital yapıların en iyi gözlemlendiği supin ve diz-dirsek pozisyonu sıklıkla tercih edilmektedir. Özellikle 7 yaşından küçük çocukların ebeveynlerinin kucagında muayene edilmesi çocuğu daha az rahatsız edecektir. Cinsel istismara maruz kalan çocukların muayenesi yapılırken genital ve anal anatomik yapıların belirgin ve tanımlayıcı terimlerini kullanmak gerekmektedir. Travmanın kalıcı etkileri tanımlanırken himende östrojene bağlı olarak ortaya çıkan renk, kalınlık ve esneklik değişikliklerin dikkate alınması gerekir.¹⁹

Dış anal sfinkter etrafını kaplayan subkutanöz doku anal sınırı oluşturmaktadır. Deri anüs içine doğru ilerledikçe glandüler yapılarını kaybeder, çok katlı yassı epitele dönüşerek mukokutaneus çizgide sonlanır. Anorektumun 2/3 üst kısmını internal sfinkter kuşatır. Anal yapıların penetrasyon içeren olguların %90'ından fazlasında normal bulunduğunu bildirilmektedir. Çocukların istismarı ailelerine açıklamakta geciktikleri durumlarda hızlı iyileşme özelliği de dikkate alındığında en sık karşılaşılan fiziksel bulgunun bulunmaması söz konusu olmaktadır.¹⁹

Himenal açıklığın artması, muayene sırasında görülen en az 15mm'lik anal dilatasyon, muayene sırasında yaygın anal konjesyon oluşması, anormal dağılımlı irregüler anal çizgiler, 1mm'den daha kalın posterior himenal kenar, çocukta condyloma acuminata, himeni kapsamayacak şekilde vestibul ya da labiumda taze laserasyon ya da abrazyonlar, perianal laserasyonlarda istismardan şüphelenilmelidir.

Himende kaideye inen yırtık ya da laserasyon, dış anal sfinktere kadar uzanan perianal laserasyon, himeni de

içine alacak şekilde uzanan posterior furşette yırtık, himenal dokunun kaybı ile birlikte posterior furşette skar penetrasyonun güçlü delilleridir. Adams ve arkadaşları çocuklarla yapılan görüşmeler, fiziksel ve ruhsal muayeneler tamamlandıktan sonra cinsel istismarın değerlendirilmesi için aşağıdaki sınıflamayı önermektedirler.²⁰

Hekimlerin istismara yaklaşımında karşılaştığı durumlar

a) İstismara ait deliller yok

- Muayene normal, öykü yok, davranışsal değişiklik yok, tanık yok.
- Diğer sebeplerle olabileceği bilinen nonspesifik bulgular ile öykü ya da davranışsal değişiklikler yok.
- Cinsel istismar açısından risk altında olduğu düşünülen ancak öyküsünde özellik bulunmayan ve nonspesifik davranışsal değişiklikleri bulunan çocuklar.

b) İstismar olasılığı var

- Normal, nonspesifik ya da istismar şüphesi taşıyan bulguların anlamlı davranışsal değişikliklerle birlikte bulunması, istismar öyküsü vermeyen fakat özellikle cinsel içerikli davranışsal değişiklikler sergileyen çocuk.
- İstismar öyküsü olmayan çocuklarda, normal muayene bulgularına rağmen condyloma ya da Herpes 1'in varlığı.
- Çocuğun detaylı, tutarlı, ısrarlı olmayan açıklamalarda bulunması.
- İstismar şüphesi taşıyan bulgularla birlikte istismar açıklaması olmaması.

c) İstismar olasılığı fazla

- Diğer bulguların varlığı ya da yokluğu yanında çocuğun açık, tutarlı, detaylı istismar anlatımı.
- Kaza sonucu yaralanma öyküsüne ait inandırıcı bulguların yokluğu, istismar öyküsü olsun ya da olmasın penetrasyon şüphesi ya da penetrasyonun açık kanıtı olan bulgularının varlığı.
- 2-10 yaşlar arasındaki çocuklarda kültür ile kanıtlanmış clamydia trachomatis bulunması, kültür ile kanıtlanmış Herpes 2'nin bulunması ya da belgelere dayanan trichomonas enfeksiyonu.

d) Cinsel temas ya da istismarın kesin kanıtları

- Çocuğun vücudunda sperm ya da seminal sıvının tespiti. Cinsel istismarın tanıklarının oluşu (kanıt olarak elde edilmiş pornografik fotoğraflar ya da video bantlar da olabilir).
- Kaza sonucu olmayan vajinal ya da anal orifiste net, açık penetrasyon yaraları. 10 yaşından küçük çocuklarda kültür (+) N.Gonorre ya da seroloji (+) sifilis varlığı.
- Çocukta gebeliğin tespit edilmesi.

e) Laboratuvar incelemeleri:

Sperm ve seminal sıvı analizleri, cinsel yolla bulaşan hastalıkları aranması, gebelik tahlili ve mağdurun vücudunda ve giysilerinde yabancı materyal aranmasını kapsamaktadır. Adli delillerin cinsel istismarı izleyen 72 saat

içinde toplanması gerektiği, tipik olarak seminal sıvı ve yabancı maddelerin çocukların cinsel istismarında bulunmadığı bildirilmektedir. 24 saat içinde başvuran olguların %90'ından fazlasında adli delil saptandığı, delillerin özellikle iç çamaşırlarından elde edildiği belirtilmektedir. 24 saatten sonra yapılan sperm, seminal sıvı analizlerinde anlamlı sonuç alınmadığı, ancak iç çamaşırların analiz için alıkonulması gerektiği vurgulanmıştır.²¹

Cinsel yolla bulaşan hastalıkların, bazı olgularda cinsel istismarın tespit edilebilen tek bulgusu olduğu bildirilmektedir. Enfeksiyonlar semptomatik olabileceği gibi asemptomatik de seyrebilmektedir. Bu hastalıkların çocuklarda görülmesi; cinsel temasın türüne, çocuğun yaşına, istismarın sıklığına, yapılan testlerin etkinliğine bağlı olarak değişmektedir. Hastalıkların inkubasyon süreleri ve çocuğun muayene edilme zamanı bir diğer önemli faktör olmaktadır.¹⁹

III. Duygusal istismar

Duygusal istismar çocuğa bakmakla yükümlü bireylerin çocuğun duygusal beklentilerine uygun olmayan davranışlarını kapsamaktadır. Duygusal olarak istismar edilen çocuklarda zihinsel gelişim düzeylerinin ve yaratıcılığın önemli oranda azalacağı belirtilmektedir.⁹

Hemen hemen her fiziksel istismara eşlik eden duygusal istismar, fiziksel belirtiler iyileştikten çok sonra dahi, uzun dönem etkilerini sürdürür. Çocuğun bağlanma sürecini ve duygusal gelişimini olumsuz etkiler. Çocuğun veya gencin uygun duygusal cevaplar oluşturabilme kapasitesini bozabilir ve hayat boyu süren duygusal problemlerin oluşumuna yol açabilir.

Erişkinin çocuğun değerli olduğu düşüncesini ve gereksinimleri olabileceğini kabul etmeyen reddedici, çocuğu normal sosyal deneyim ve etkileşimden uzak tutan, arkadaş çevresinin oluşmasını engelleyen ve çocuğu dünyada tek ve yalnız olmasına yönlendiren tecrit edici, çocuğa sözel saldırıda bulunularak korku ortamı yaratan ve sindiren yıldırıcı, çocuğun temel uyarılarla ve karşılıklı ilişki kurma gereksinimini gözardı ederek duygusal ve entelektüel gelişimini bloke eden önem vermeme, sosyal davranışlardan uzaklaştırıp, anti-sosyal, yıkıcı davranışlar içinde bulunmasına ve suça yönlendiren sosyal bütünlüğünü bozucu, lakap takma gibi aşağılayıcı sözel saldırgan tavırlar ve çocuğun bir yetiştikenden beklenen tavırlar içine girmesine yönlendiren yetiştikendirici tavırlar duygusal istismara yol açan belli başlı yaklaşımlardır.²²

Duygusal istismarın belirlenmesi ve sınıflandırılması ile ilgili tıp disiplinleri ön planda erişkin ve çocuk psikiyatristleri, psikologlar ve sosyal hizmet uzmanlarıdır. Ancak duygusal istismarın hemen her türlü istismara eşlik ettiği veya içiçe geçtiği bilindiğinden, çocuk istismarı ile karşılaşabilecek pedyatristler, adli tıp uzmanları, çocuk cerrahları, hemşireler ve çocuk hastalıkları ile ilgili diğer branşların da bu konuya duyarlı olmaları beklenmektedir. İstismarın klinik ortamlarda değerlendirilmesi ile ilgili önerilen yaklaşım multidisiplinerdir.

IV. İhmal

İhmal; çocuğun beslenme, sağlık, barınma, giyim, korunma ve gözetim gibi temel gereksinimlerinin onun bakımını üstlenen anne, baba ve daha geniş anlamda sağlık, eğitim, sosyal yardım ve güvenlik gibi kurumları yapısında barındıran devlet tarafından karşılanmamasıdır. Fiziksel, duygusal ve/veya tıbbi olarak karşımıza çıkabilmektedir. Ağır derecede ihmal ölümle sonuçlanabilmektedir.^{23,24,25}

İhmale bağlı çocuk ölümleri doğal bir ölüm veya bir kaza gibi değerlendirilmektedir. Örneğin sistematik bir ihmal veya açlık sonucu ölüm gerçekleşmekte ancak ölüm doğal nedenli olarak kabul edilmektedir.^{26,27} İhmal, fiziksel istismardan daha sık görülmesine karşın ölüm veya ciddi bir yaralanma ile sonuçlanmadığı sürece göz ardı edilmektedir.

Çocuk istismarları ülkemizde yaygınlığı henüz tam olarak bilinmeyen ve karşılaşıldığında yaklaşımların çoğu kez yetersiz kalındığı bilinen bir konudur. Çocuk istismarı içinde ihmalin en sık görülen bir form olmasına karşın belirlenmesi ve tanı konulmasında güçlük nedeniyle yeterince rapor edilmediği vurgulanmaktadır. Amerika'da her yıl 3 milyondan fazla çocuk istismar edilmekte veya kötü hareketlere maruz kalmaktadır. Ne yazık ki belirli bir oranı da ölümle sonuçlanmaktadır. Güney Caroline'da yapılan 1986-1995 yıllarını kapsayan bir çalışmada; ölümlerin %8'inin ihmal sonucu meydana geldiği belirlenmiştir.²⁸

Yasal Boyut

Günümüzde çocukların yetişkinler gibi uygar, siyasal, toplumsal, kültürel ve ekonomik bütün haklardan yararlanmaları gerektiği ve bunun sağlanması için çalışmaların yapıldığı bir ortama kısmen de olsa ulaşılmıştır. Yeni Türk Ceza Kanunu (TCK) 26.09.2004 tarihinde 5237 kanun numarası ile kabul edilmiş olup 1 Haziran 2005 tarihinde yürürlüğe girmiştir.²⁹ TCK ile birlikte göreceli de olsa eski yasaya göre çocuk hakları açısından daha olumlu bazı değişimlerin olduğunu söyleyebiliriz.

Yeni Türk Ceza Kanunu 280. maddesi "bir suç belirtisi ile karşılaşan sağlık çalışanlarına bildirim zorunluluğu" getirmektedir. Oysa hekimin temel görevi hastanın yüksek yararı çerçevesinde tanı, tedavi ve rehabilitasyona yönelik olmalıdır. Bu süreçte hasta hakları kapsamında sır saklama, mahremiyete saygı gibi bireye ait öznel koşulları dikkate almaya gerektirir. Bununla birlikte hastanın yüksek yararı çerçevesinde bir cinsel istismar söz konusu ise ihbar yükümlülüğü mutlaka dikkate alınmalıdır.

Çocuklarda yaş değerlendirmesi TCK 31. maddesi kapsamında önem taşımaktadır. Fiili işlediği sırada on iki yaşını doldurmamış olan çocukların ceza sorumluluğu yoktur. Bu kişiler hakkında, ceza kovuşturması yapılamaz; ancak, çocuklara özgü güvenlik tedbirleri uygulanabilir. Fiili işlediği sırada oniki yaşını doldurmuş olup da on beş yaşını doldurmamış olanların işlediği fiilin hukuk anlam ve sonuçlarını algılayamaması veya davranışlarını yönlendirme yeteneğinin yeterince gelişmemiş olması hâlinde ceza sorumluluğu yoktur. Ancak bu kişiler hak-

kinda çocuklara özgü güvenlik tedbirlerine hükmolunur. İşlediği fiilin hukukî anlam ve sonuçlarını algılamak ve bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğinin varlığı hâlinde indirimli ceza uygulanmaktadır. Fiili işlediği sırada on beş yaşını doldurmuş olup da on sekiz yaşını doldurmamış olan kişiler hakkında indirimli ceza uygulanmaktadır. Kuşkusuz bu değerlendirmelerde çocuk psikiyatristi, adli tıp uzmanı ve sosyal hizmet uzmanlarının değerlendirmelerinin büyük önemi vardır.

Çocukların cinsel istismarı ile ilgili TCK 103. Maddesi kapsamında; çocuğu cinsel yönden istismar etme, cinsel istismarın vücuda organ veya sair bir cisim sokulması suretiyle gerçekleştirilmesi, cinsel istismarın üstsoy, ikinci veya üçüncü derecede kan hısmı, üvey baba, evlat edinen, vasi, eğitici, öğretici, bakıcı, sağlık hizmeti veren veya koruma ve gözetim yükümlülüğü bulunan diğer kişiler tarafından ya da hizmet ilişkisinin sağladığı nüfuz kötüye kullanılmak suretiyle veya birden fazla kişi tarafından birlikte gerçekleştirilmesi hâlinde, çocuklara karşı cebir veya tehdit kullanmak suretiyle gerçekleştirilmesi hâlinde, istismar için başvuru olan cebir ve şiddetin kasten yaralama suçunun ağır neticelerine neden olması hâlinde, suçun sonucunda mağdurun beden veya ruh sağlığının bozulması hâlinde, mağdurun bitkisel hayata girmesine veya ölümüne neden olması durumunda cezalarda artırıcı unsur olarak yer almaktadır.

Reşit olmayanla cinsel ilişki TCK 104.Maddesi kapsamında değerlendirilmekte ve cebir, tehdit ve hile olmaksızın, on beş yaşını bitirmiş olan çocukla cinsel ilişkide bulunan kişi, şikâyet üzerine, altı aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılmaktadır.

Tüm bu değerlendirmelerin mutlaka multidisipliner bir yaklaşım gerektirdiği kaçınılmazdır. Türkiye, Birleşmiş Milletler Genel Merkezinde 1989 tarihinde toplanan "Çocuklar için Dünya Zirvesinde" ilk kez imzaya açılan Çocuk Hakları Sözleşmesine ilk imzayı koyan devletler içinde yer almıştır. Bu sözleşme 2 Eylül 1990 tarihinde uluslararası yasa statüsüne kavuşmuştur. Ancak yasanın yürürlüğe girmesi için gereken ülkelerin meclisinde onaylanması işlemini ancak 9 Aralık 1994'te gerçekleştirmiştir. Bunu yaparken sözleşmenin 7., 29. ve 30. maddelerini Lozan Antlaşması ve T.C. Anayasasının ilgili maddeleri çerçevesinde yorumlama hakkını saklı tutarak onaylamıştır. Çocuk Hakları Sözleşmesi 27 Ocak 1995 tarihinde 22184 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak 4058 sayılı yasa ile iç hukuk kuralına dönüşmüştür.²²

Sözleşme, çocuklara yönelik tutum ve davranışlara ilişkin evrensel standartları derleyip, tek bir hukuk metninde toplayan ve bağlayıcı olan ilk belge olma özelliğini taşımaktadır. Yaşam, sağlık ve eğitim alanlarında gözetilecek standartları belirlemenin yanı sıra bu sözleşme, evde ya da işyerinde, savaş sırasında veya iç çatışma dönemlerinde, fiziksel ve cinsel nitelikte olanları da içermek üzere, şiddet ve istismara karşı çocuklara açık bir koruma getirmeyi amaçlamaktadır.

Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin 19, 34 ve 39'uncu maddeleri çocuk istismarı, ihmali ve önlenmesiyle ilgilidir.

Sözleşmenin 19'uncu maddesine göre çocuğun yetiştirilmesinden sorumlu olanlar, bu haklarını çocuklara zarar verecek şekilde kullanamazlar. Devlet çocuğu anne-babanın ya da çocuğun bakımından sorumlu başka kişilerin her türlü kötü muamelesinden korumak, çocuğun istismarını önlemek ve bu tür davranışlara maruz kalan çocukların tedavisini amaçlayan sosyal programlar hazırlamakla yükümlüdür. Sözleşmenin 39'uncu maddesi, silahlı çatışma mağduru olan çocukların bedensel ve ruhsal sağlığının korunmaları veya buna yeniden kavuşmaları ve toplumla bütünleşebilmelerini sağlamaları için taraf devletlerin uygun önlemler almaları gerektiğini vurgulamaktadır. Taraf devletlerin silahlı çatışma, işkence, ihmâl, kötü muamele ve sömürü mağduru çocukların sağlıklarına kavuşturulmaları ve toplumla bütünleşmelerini sağlamak amacıyla uygun önlemleri almakla yükümlü oldukları belirtilmektedir. Şiddete maruz kalmış çocukların rehabilitasyonunu bu madde irdelemektedir. Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin 34'üncü maddesi de cinsel istismarla ilgili olup bu maddede fuhuş ve pornografi dahil, çocuğu cinsel istismar ve sömürüden korumak konu edilmektedir.²²

Ülkemizde Türk Ceza Kanunu, Çocuk Koruma Kanunu, Ailenin Korunmasına Dair Kanun ile birlikte çok sayıda düzenlemelerin yapıldığı görülmektedir. Ancak yasal düzenlemeler, onlara eşlik eden kurumsal yapılanmalar oluşturulmadığından güncel uygulamalarda dönüşüm sağlama yeterliliğine kavuşmamaktadır. Kamusal alanda çocuğun yüksek yararının eksiksiz bir şekilde ortaya konması için tıpsal, hukuksal ve sosyal yapısal dönüşümlerin sağlanarak multidisipliner yaklaşımın geçerlilik kazanması gerekmektedir.

Kaynaklar

1. Polat O. Klinik Adli Tıp. Adli Tıp Uygulamaları. Çocuk istismarı, 7. Bölüm. Seçkin yayınları; Sözkese Matbaası, Ankara, 2006; 129-176.
2. Öntaş Ö.C. "Tehlikeli Çocuklar" ve iktidar. Birikim Dergisi. 2005; 192: 49-54.
3. Dokgöz H, Afşin H. Çocuk istismarını tespit etmede ve önlemede dış hekiminin rolü. Adli Dış Hekimliği Kitabı. Editör, Afşin H. Adli Tıp Kurumu Yayınları-10, İstanbul; 2004; 311-323.
4. Giardino A.P, Christian C.W, Giardino E.R. A Practical Guide to the Evaluation of Child Physical Abuse and Neglect. Sage Pub. London,1997; pp.23-211.
5. Wallace R.F. Family Violence. A Viacom Comp. USA, 1999; pp.37-125.
6. U.S. Department of Health and Human Services. Child Maltreatment 1990-2006: Reports from the states to the national child abuse and neglect data system. US Government Printing Office, Washington, DC, 1992-2008.
7. Finkelhor D, Jones L. Why have child maltreatment and child victimization declined. J Soc Iss 2006;62:685-716.
8. Legano L, McHugh M.T, MPH, Polusci V.J. Child abuse and neglect; Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care, February 2009; 31-57.
9. Nathanson M, Heger A.H. The Pathology of Trauma: The Physically and emotionally abused child, sexual violence. Ed. Mason JK, Purdue BN. 3rd Ed. Arnold Pub. London, 2000; pp.155-190.
10. Faller K.C. Child Sexual Abuse: An Interdisciplinary Manual for Diagnosis, Case Management and Treatment. Mac Millan Edu.1988; pp.244-320.

11. Rutter M, Taylor E, Hersov L. *Child and Adolescent Psychiatry; Modern approaches*. 3rd Ed. Blackwell Science Ltd. 1994; pp.230-252.
12. Back S, Lips H.M. Child sexual abuse: victim age, victim gender, and observer gender as factors contributing to attributions of responsibility'. *Child Abuse & Neglect*. 1988; 22(12): 1239-1252.
13. Gries T.L, Goh D.S, Cavanaugh J. Factors associated with disclosure during child sexual abuse assessment. *Journal of Child Sexual Abuse*. 1996; 5(3): 1-19.
14. De Voe E.R, Faller K.C. The characteristics of disclosure among children who may have been sexually abused. *Child Maltreatment*. 1999; 4 (3): 217-227.
15. Orbach Y, Hershkowitz I, Lamb M.E, Sternberg K.J, Esplin P.W, Horowitz D. Assessing the value of structured protocols for forensic interviews of alleged child abuse victims. *Child Abuse & Neglect*. 2000; 24 (6): 733-752.
16. Morgan M. *How to Interview Sexual Abuse Victims: Including the Use of Anatomical Dolls*. Sage Pub. London, 1995; pp.13-61.
17. Peterson L.W, Hardin M, Nitsch M.J. The use of children's drawings in the evolution and treatment of child sexual, emotional and physical abuse. *Arch Fam Med.*; 1995; 4: 445-452.
18. Chantler L, Pelco L, Mertin P. The psychological evaluation of child sexual abuse using the Louisville behavior checklist and human figure drawing. *Child Abuse & Neglect*. 1993; 17 (2): 271-279.
19. Finkel M.A, De Jong, A.R. Medical Findings in Child Sexual Abuse, in *Child Abuse: Medical Diagnosis and Management*. Lea & Febinger. USA, 1993; pp.185-241.
20. Adams J.A, Harper K, Knudson S, Revilla J. Examination findings in legally confirmed child sexual abuse: it's normal to be normal. *Pediatrics*. 1994; 94 (3): 310-317.
21. Christian C.W, Lavelle J.M, De Jong A.R, Loissell J, Brenner L, Joffe, M. Forensic evidence findings in prepubertal victims of sexual assault. *Pediatrics*. 2000; 106: 100-104.
22. Akço S, Aksel Ş, Arman A.R, Beyazova U, Dağlı T, Dokgöz H, Gürpınar S, İnanıcı M.A, Oral G, Polat O, Sözen Ş, Şahin F, Tekeş A.T, Topuzoğlu A.Y. *Çocuk İstismarı ve İhmali Kitabı*. UNICEF-Adli Tıp Kurumu. 2003.
23. Reece R.M, Ludwig S. *Child Abuse Medical Diagnosis and Management*. Sec Ed. Lippincott Williams&Wilkins, Philadelphia, 2001; pp.339-362.
24. Munkel W.I. *Neglect and Abandonment*. Child Maltreatment (Brodeur AE Eds.). GW medical Publishing St. Louis, 1994; pp.241-258.
25. Dubowitz H, Giardino A, Gustavon E. *Child Neglect: Guidance for pediatricians*. *Pediatr Rev*. 2000; (21): 111-116.
26. Alder C, Polk K. *Child Victims of Homicide*. Cambridge University Press, Cambridge, 1st Ed. 2001; pp.19-21.
27. Rao N, Smith R.E, Choi J.H, Xiaohu X, Kornblum R.N. Autopsy Findings in The Eyes of Fourteen Fatally Abused Children. *Forensic Sci Int*. 1988; 39: 293-299.
28. Collins K.A, Nichols C.A. A Decade of Pediatric Homicide, A Retrospective Study at the Medical University of South Caroline. *The Am J of Forensic Med and Pathol*. 1999; 20(2): 169-172.
29. Yeni Türk Ceza Yasası. <http://www.ceza-bb.adalet.gov.tr/mevzuat/5237.htm> (Erişim tarihi: 27.01.2009).