

**T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ADLI
TIP ANABİLİM DALI**

**REKÜRREN MERKEZ BAŞVURULARI OLAN İSTİSMAR MAĞDURU
ÇOCUKLARIN KLİNİK VE DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Uzmanlık Tezi

Dr. Çağnur CANATAN TECİR

TRABZON - 2025

**T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ADLİ
TIP ANABİLİM DALI**

**REKÜRREN MERKEZ BAŞVURULARI OLAN İSTİSMAR MAĞDURU
ÇOCUKLARIN KLİNİK VE DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Uzmanlık Tezi

Dr. Çağnur CANATAN TECİR

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Güven Seçkin KIRCI

TRABZON - 2025

ÖNSÖZ

Bizlere özgürlük ve fırsat eşitliği sunan, bilime verdiği değer ve kadınlara sağladığı çağdaş haklarla yolumuzu aydınlatan Ulu Önder Mustafa Kemal ATATÜRK'e,

Uzmanlık eğitimim süresince; akademik ve bilimsel yol göstericiliğine, mesleki bilgi ve tecrübelerine saygı ve sevgi duyduğum, her türlü yardım ve desteklerini esirgemeyen, tez çalışmamı akademik ve bilimsel temeller ışığında değerlendiren çok değerli hocam Doç. Dr. Güven Seçkin KIRCI'ya,

Uzmanlık eğitimimde mesleki, manevi katkılarını, her konuda yardım ve desteklerini esirgemeyen çok değerli hocam Prof. Dr. Erdal ÖZER'e,

Birlikte çalışmaktan ve vakit geçirmekten keyif ve mutluluk duyduğum tüm asistan doktor arkadaşlarıma,

Bölüme başladığım ilk günden beri şefkatini ve sevgisini hiç esirgemeyen, beni her konuda düşünen bölüm sekreterimiz canım ablam Yonca ÖKSÜZ'e,

Çok kıymetli emekleri ve sevgileri ile hayatımın her aşamasında olduğu gibi asistanlık sürecimde de yanımda olan ablam Çağla PINAR'a, annem Nebile CANATAN'a ve babam Hayri CANATAN'a,

Sonradan kazandığım ailem, her anımda yanımda olan ve destek olan kardeşim Nurhayat TECİR'e, annem Aynur TECİR'e ve babam Murat TECİR'e,

Her zaman olduğu gibi bu süreçte desteğini hiç esirgemeyen, her türlü konuda yardımına ve sevgisine sığındığım canım eşim Osman TECİR'e,

Günümü güzelleştiren, sevgisiyle huzur bulduğum canım oğlum Özgür TECİR'e

Teşekkür ederim.

Dr. Çağnur CANATAN TECİR

ÖZET

Giriş ve Amaç: Dünya Sağlık Örgütü, Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi ve Kanunlarımıza göre 18 yaşın altındaki her birey çocuk olarak tanımlanmıştır. Çocuklara yönelik her türlü kötü muamele istismar olarak kabul edilmektedir. Çocuk istismarı, fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar ve ihmal olmak üzere dört ana başlık altında incelenir. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2024 yılı verilerine göre 5 yaşın altındaki çocukların %60'ının düzenli olarak ebeveynleri ve bakıcıları tarafından fiziksel cezaya ve/veya psikolojik şiddete maruz kaldığı, her 5 kadından 1'inin ve her 7 erkekten 1'inin çocukken cinsel istismara uğradığı ortaya konmuştur. Bu çalışmada; Trabzon Çocuk Koruma ve İzlem Merkezine tekrarlayan başvurusu olan istismar mağduru çocuk olguların bilgileri saklı kalacak şekilde geriye dönük taraması yapılarak değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

Gereç ve Yöntem: Araştırmanın yapısı kesitsel tanımlayıcı bir çalışma niteliğinde olup Trabzon Çocuk Koruma ve İzlem Merkezi'ne (ÇOKİM), 2014-2024 yılları arasında 2 veya daha fazla sayıda başvuran istismar mağduru çocuk olgularının dosyalarının geriye dönük incelenmesi ile yapılmıştır. Karadeniz Teknik Üniversitesi Rektörlüğü Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'nun 15.01.2025 tarih, 24237859-43 sayılı onayı ile çalışma için gerekli izinler alınmıştır.

Bulgular: Çalışmamızda tekrarlayan başvuruları olan 115 çocuğun 269 başvurusu incelendiğinde; çocukların %92,2'si kız, %7,8'i erkek saptandı. Olguların ilk başvurularındaki yaş ortalaması $13,28 \pm 3,20$ yıl olarak saptandı. Eğitim düzeylerine bakıldığında tekrarlayan başvuruları olan çocukların ilk başvuruları esnasında %39,1'inin lise çağında ve %33,9'unun ortaokul çağında olduğu saptandı. Çocukların ÇOKİM'e ortalama başvuru sayısı $2,36 \pm 0,74$ olup yineleyen istismarların %11,3'ünde failin aynı kişi olduğu belirlenmiştir.

Sonuç: Çocuk istismarı; çok disiplinli, hızlı ve koordineli müdahaleler gerektiren, pek çok kurum ve uzmanın ortak çalışmasını zorunlu kılan karmaşık bir sorundur. Bu nedenle, korunmaya yönelik erken müdahaleler ve önleyici uygulamalar büyük önem taşımaktadır. Bunun için Çocuk İzlem Merkezleri, çocuk istismarına ilişkin süreçlerin yönetiminde multidisipliner bir modeli benimseyerek etkili bir hizmet sunumu sağlamaktadır. Çocukların merkeze ilk başvurularında istismarın tekrarlama riskinin dikkatle değerlendirilmesi ve gerekli koruyucu önlemlerin alınması, istismarın yinelenmesini önlemede temel bir gerekliliktir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk İstismarı, Tekrarlayan İstismar, Adli Tıp.

SUMMARY

Introduction and Objectives: According to the World Health Organization, the United Nations Convention on the Rights of the Child, and national legislation, every individual under the age of 18 is defined as a child. All forms of maltreatment directed toward children are considered abuse. Child abuse is examined under four main categories: physical abuse, sexual abuse, emotional abuse, and neglect. According to the 2024 data of the World Health Organization, it has been revealed that 60% of children under the age of five are regularly exposed to physical punishment and/or psychological violence by their parents or caregivers, and that 1 in 5 women and 1 in 7 men experienced sexual abuse during childhood. This study aims to retrospectively review and evaluate the records—while preserving confidentiality—of child victims with repeated admissions to the Trabzon Child Protection and Advocacy Center.

Materials and Methods: This research is a cross-sectional descriptive study based on the retrospective review of records of child abuse victims who presented two or more times to the Trabzon Child Protection and Advocacy Center between 2014 and 2024. The necessary permissions for the study were obtained with the approval of the Karadeniz Technical University Faculty of Medicine Scientific Research Ethics Committee, dated 15 January 2025 and numbered 24237859-43.

Results: In our study, 269 admissions of 115 children with repeated presentations were examined; 92,2% of the children were female and 7,8% were male. The mean age at the first admission was $13,28 \pm 3,20$ years. Regarding educational level, 39,1% of the children with repeated presentations were of high school age and 33,9% were of middle school age at their first visit. The average number of admissions to Child Protection and Advocacy Center was $2,36 \pm 0,74$, and in 11,3% of repeated abuse cases, the perpetrator was identified as the same individual.

Conclusion: Child abuse is a complex issue requiring multidisciplinary, rapid, and coordinated interventions, necessitating the collaboration of many institutions and professionals. Therefore, early protective interventions and preventive practices are of great importance. Child Protection Centers adopt a multidisciplinary model in managing child abuse processes, ensuring effective service delivery. Careful assessment of the risk of repeated abuse at the child's first admission and the prompt implementation of necessary protective measures are essential to preventing recurrence.

Keywords: Child Abuse, Recurrent Abuse, Forensic Medicine.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

ÖZET.....	ii
SUMMARY	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
KISALTMALAR DİZİNİ	vi
TABLolar DİZİNİ	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	viii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. Çocukluk Kavramı	2
2.1.1. Tarihte Çocuk.....	2
2.1.2. Günümüzde Çocuk.....	3
2.2. Çocuk İhmali ve Çocuk İstismarı Kavramları	3
2.3. Çocuk İstismarı Epidemiyolojisi.....	4
2.4. Çocuk İstismarı Risk Faktörleri	5
2.4.1. Çocuk ile İlgili Risk Faktörleri	5
2.4.2. Anne-Baba ya da Bakım Veren ile İlgili Risk Faktörleri	6
2.4.3. Ailenin Sosyal Yapısına İlişkin Risk Faktörleri	6
2.4.4. Toplumla İlgili Risk Faktörleri	6
2.5. İstismar Türleri.....	7
2.5.1. Fiziksel İstismar	7
2.5.2. Duygusal İstismar.....	8
2.5.3. İhmal	8
2.5.4. Cinsel İstismar.....	10
2.6. Çocuk İstismarının Hukuksal Yönü	12
2.6.1. Uluslararası Alanda Çocuk Hukuku.....	12
2.6.2. Türk Hukukunda Çocuk	13
2.7. Çocuk İzlem Merkezleri (ÇİM)	14
2.7.1. Tanımı ve Amacı.....	14
2.7.2. Cinsel İstismar Vakalarında İzlenen Hukuki Süreç	16
2.7.3. Yasal Mevzuat.....	17
2.7.4. Çocuk İzlem Merkezlerinin İşleyişi	17
2.7.5. Çocuk İzlem Merkezi Yönetim ve Koordinasyon Kurulu	19

2.7.6. Çocuk İzlem Merkezlerinin Fiziki Yapılanması	20
2.7.7. Çocuk İzlem Merkezlerinde Görev Alan Personeller	21
3. GEREÇ ve YÖNTEM	24
3.1. Araştırmanın Tipi	24
3.2. Araştırma Grubu	24
3.3. Çalışmanın Yapısı	24
3.4. Örneklem	24
3.5. Veri Toplama Araçları	25
3.6. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri	25
3.7. Çalışma İçin Dışlanma Kriterleri	25
3.8. İstatistiksel Analiz, Değerlendirme Yöntem ve Biçimleri	25
3.9. Çalışmanın Kısıtlılıkları	26
3.10. Etik Konular	26
4. BULGULAR	27
5. TARTIŞMA	42
6. SONUÇ	52
7. KAYNAKLAR	54

KISALTMALAR DİZİNİ

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
KTÜ	: Karadeniz Teknik Üniversitesi
ÇİM	: Çocuk İzlem Merkezi
ÇOKİM	: Çocuk Koruma ve İzlem Merkezi
UNICEF	: Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuk Acil Durum Fonu
CMK	: Ceza Muhakemesi Kanunu
MR	: Mental Retardasyon
WISC-R	: Wechsler Intelligence Scale for Children-Revised
NCSS	: Number Cruncher Statistical System
CAC	: Child Advocacy Center

TABLÖLAR DİZİNİ

Sayfa no:

Tablo 1. Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı.....	28
Tablo 2. İstismara İlişkin Bilgilerin Dağılımı.....	29
Tablo 3. Tüm Başvuruların Cinsiyetlere Göre Tanımlayıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması	31
Tablo 4. Tüm Başvuruların Cinsiyetlere Göre İstismara İlişkin Bilgilerinin Karşılaştırılması	33
Tablo 5. Yaşlara Göre Tanımlayıcı Özelliklerin Karşılaştırılması	34
Tablo 6. ÇOKİM’e Başvuru Sayılarına Göre Tanımlayıcı Özelliklerin Karşılaştırılması	35
Tablo 7. ÇOKİM’e Başvuru Sayılarına Göre İstismara İlişkin Bilgilerin Karşılaştırılması	36
Tablo 8. Madde Kullanımlarına Göre Eğitim Durumu, Yaşadığı Yer ve Aile Durumunun Karşılaştırılması	37
Tablo 9. Failin Aynı Kişi Olma Durumlarına Göre Yaşadığı Yer ve Aile Durumlarının Karşılaştırılması	38

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa no:

Şekil 1. İlk Başvuru İçin Cinsiyet Dağılımı	27
Şekil 2. İlk Başvuru İçin Sosyal İnceleme Sonucu Dağılımı	29
Şekil 3. Cinsiyetlere Göre Yaş Ortalamaları.....	30
Şekil 4. Cinsiyetlere Göre ÇOKİM'e Başvuru Sayılarının Ortalaması	31
Şekil 5. Cinsiyetlere Göre İstismar Sonrası Kurum Bakımına Alınma Dağılımı	32
Şekil 6. Madde Kullanım Durumlarına Göre Yaş Ortalaması	33
Şekil 7. Failin Aynı Kişi Olma Durumlarına Göre Yaşanılan Yerlerin Dağılımı.....	37

1. GİRİŞ VE AMAÇ

İnsanlık tarihi boyunca, her kültür ve dönem çocuklara farklı roller yüklemiş, onları çeşitli toplumsal tutum ve davranışlar içinde konumlandırmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), çocuk ihmali ve istismarını; 18 yaşından küçük bireylerin sağlığını, yaşamını, gelişimini ya da kişiler arası ilişkilerdeki güven duygusunu olumsuz etkileyen fiziksel, duygusal ve cinsel kötü muamele ile ihmal ve diğer sömürü biçimleri sonucu ortaya çıkan davranışlar olarak tanımlamaktadır (1). Her çocuğun koruyucu, destekleyici ve şiddetten uzak bir ortamda yaşama hakkı bulunmasına rağmen, dünya genelinde her yıl milyonlarca çocuğun fiziksel, cinsel veya duygusal şiddete maruz kaldığı veya bu tür olaylara tanıklık ettiği bilinmektedir. Çocuklara yönelik kötü muamele yalnızca çocukluk döneminde değil, bireylerin uzun vadeli fiziksel ve ruhsal sağlığında da ciddi olumsuz sonuçlara yol açarak toplum sağlığını etkileyen küresel bir sorun haline gelmiştir (2). Her yıl dünya genelinde her iki çocuktan biri, bir şiddet türüne maruz kalmaktadır (3). Yapılan çalışmalar dünya genelinde olduğu gibi Türkiye’de de kız çocuklarının erkek çocuklara kıyasla cinsel istismara daha yüksek oranda maruz kaldığını göstermektedir (4).

Avrupa Konseyi’nin Çocukların Cinsel Sömürü ve İstismara Karşı Korunması Sözleşmesi’nin 35. maddesi, mağdur çocukla yapılacak görüşmelerin bu amaca uygun hazırlanmış mekânlarda ve uzman kişiler eşliğinde gerçekleştirilmesi gerektiğini vurgulamakta; mümkün olduğunca tüm görüşmelerin aynı ekip tarafından yürütülmesi ve sürecin sesli-görüntülü şekilde kayıt altına alınmasının uygun olduğunu belirtmektedir (5). Bu yaklaşım doğrultusunda ilk Çocuk İzlem Merkezi (ÇİM) niteliğindeki yapılanma Amerika Birleşik Devletleri’nde kurulmuştur (6). Zaman içinde benzer merkezlerin dünya genelinde yaygınlaştığı görülmektedir. Türkiye’de ise ilk ÇİM, 2012 yılında İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi bünyesinde hizmet vermeye başlamıştır (7). Bu çalışmada Trabzon Çocuk Koruma ve İzlem Merkezi’nin kurulduğu tarih olan 14/12/2014 ile 31/12/2024 tarihleri arasında tekrarlayan başvuruları olan çocukların bilgileri saklı kalacak şekilde değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Çocukluk Kavramı

2.1.1. Tarihte Çocuk

Çocuk ve çocukluk olgusuna ilişkin ilk sistemli veriler Antik Yunan dönemine kadar uzanmaktadır. Bu dönemde baba, çocuk üzerinde neredeyse sınırsız bir otoriteye sahip kabul edilmekteydi. Germen topluluklarında ise bu otoritenin, çocuğun yaşamına son verme kararını dahi kapsayabildiği bildirilmektedir (8).

Orta Çağ Avrupa'sında erkek çocukları 12, kız çocukları 14 yaşında yetişkin sayılmaya başlanmış ve kilisenin yönlendirmesiyle erken yaşta evlendirilerek yetişkin sorumluluklarıyla karşı karşıya bırakılmışlardır. Örneğin kız çocukları çoğunlukla ev içi işlere yönlendirilirken, erkek çocukları çiftçi, zanaatkâr, asker veya din adamı olarak yetiştirilmişlerdir (9).

İslamiyet öncesi Türk toplumlarında çocukların temel görevinin bir an önce yetişkin rollerine hazır hale gelmek olduğu ifade edilmektedir. Aile yapısına verilen yüksek değer nedeniyle kız çocuklarından soyun devamını sağlayacak biçimde doğurganlık, erkek çocuklardan ise aile adını ve soyunu sürdürmeleri beklenmiştir. Erkek çocukların isim almaları için belirli bir yaşa ulaşmaları ve topluluk nezdinde kabul gören bir kahramanlık sergilemeleri gerekmiştir. Kendi yaşamını sürdürebilecek olgunluğa ulaştığını düşünen çocukların özgürlük talep edebildiği ve aile malvarlığından pay isteyebildikleri de belirtilmektedir (10).

İslamiyetin kabulüyle birlikte artık çocuk, ebeveynlere emanet edilen bir varlık olarak kabul edilmeye başlanmıştır. Çocukların günahsız ve saf doğdukları, aile içi eğitim ve yetiştirilme tarzına bağlı olarak şekillendikleri düşüncesi yaygınlık kazanmıştır. Bu dönemde, önceki dönemlerde görülen şiddet ve ölümle sonuçlanabilen uygulamalardan uzaklaşmış; bunların yerine ölçülü, sevgi temelli ve koruyucu tutumların teşvik edildiği bir anlayış benimsenmiştir (11).

Aydınlanma Çağı ile ortaya çıkan bilimsel ve teknolojik gelişmeler ve bunlara paralel olarak artan eğitilmiş insan ihtiyacı, çocukların fabrikalardan okullara

yönlendirilmesine zemin hazırlamış; böylece çocuk ve çocukluk algısında köklü bir dönüşüm yaşanmıştır (8).

2.1.2. Günümüzde Çocuk

Günümüzde çocukluk kavramı, uluslararası sözleşmeler ile güvence altına alınmış durumdadır. Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin 1. maddesinde; “Bu Sözleşme uyarınca çocuğa uygulanabilecek olan kanuna göre daha erken yaşta reşit olma durumu hariç, on sekiz yaşına kadar her insan çocuk sayılır.” ifadesiyle çocukluk döneminin hukuki sınırı çizilmiştir (12).

Türkiye’de yürürlükte olan 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu ve 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanunu’nda da çocukluk dönemi için yaş sınırı 18 olarak belirlenmiştir (13,14). 4721 sayılı Türk Medeni Kanunu’nun 339. maddesinde yer alan; “Ana ve baba, çocuğun bakım ve eğitimi konusunda onun menfaatini göz önünde tutarak gerekli kararları alır ve uygularlar. Ana ve baba, olgunluğu ölçüsünde çocuğa hayatını düzenleme olanağı tanılır; önemli konularda olabildiğince onun düşüncesini göz önünde tutarlar.”, 340. maddesinde yer alan; “Ana ve baba, çocuğu olanaklarına göre eğitirler ve onun bedensel, zihinsel, ruhsal, ahlâkî ve toplumsal gelişimini sağlar ve korurlar.” ve 341. maddesinde yer alan “Çocuğun dinî eğitimini belirleme hakkı ana ve babaya aittir. Ergin, dinini seçmekte özgürdür.” hükümleri, günümüzde çocuk ve çocukluk algısının ulaştığı noktayı ve çocuğun üstün yararı ilkesinin hukuksal çerçevesini göstermektedir (15).

2.2. Çocuk İhmali ve Çocuk İstismarı Kavramları

Çocuk ihmali; çocuğun bakımından sorumlu ebeveynlerin veya bakıcıların, çocuğa gerekli bakım ve ilgiyi sunabilecek sosyo-kültürel ve ekonomik imkanlara sahip olmalarına rağmen bu sorumluluklarını yeterince yerine getirememeleri, çocuğun temel gereksinimlerini karşılamada yetersiz kalmaları şeklinde tanımlanabilir. Bu ihmal; beslenme, sağlık hizmetlerine erişim, eğitim, duygusal destek, barınma ve güvenli yaşam koşullarının sağlanmasındaki eksiklikler şeklinde ortaya çıkmaktadır (16).

DSÖ çocuk istismarını; “18 yaşın altındaki çocukların sağlığını, sağ kalımını, gelişimini veya ilişkilerdeki güven duygusunu olumsuz yönde etkileyen fiziksel/duygusal/cinsel istismar, ihmal ve diğer sömürü türleriyle sonuçlanan kötü davranışlar” olarak tanımlamaktadır (1).

Tarihsel süreç içinde toplumların kültürel ve etik değerlere ilişkin farkındalık düzeyleri, hangi eylemlerin istismar kapsamında değerlendirildiğini de önemli ölçüde etkilemiştir. Örneğin Orta Çağ’da çocukların ailelerin mülkü veya eşyası gibi görülmesi, sömürge dönemi Amerika’sında çocukların tarlalarda çalıştırılan “küçük yetişkinler” olarak kabul edilmesi, Roma döneminde babanın çocuğunu satma veya öldürme hakkına yasal olarak sahip olması, istismar kavramının tarihsel sınırlarına çarpıcı örneklerdir (17).

2005 yılında Roche AJ ve arkadaşlarının çocuk istismarının ilk kesin tanımına yönelik Ambroise Tardieu’nun çalışmalarının incelediği yazısında, çocuk ihmal ve istismarının bir sorun olarak tanımlanmasına yönelik ilk bilimsel çalışmaların 1860 yılında Tardieu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmalarda karşımıza çıktığından bahsetmektedir (18). 1946’da radyolog Caffey ve ark. subdural hematoma ve eşlik eden çoklu kırıkları tanımlamaları, 1953’te ise Silverman ve ark. çocukluk çağındaki spontan kırıkların aslında gözden kaçan travmalara bağlı olduğunu ortaya koymalarıyla bu alandaki araştırmalar ivme kazanmıştır (19,20). Kempe ve ark. 1962 yılında tanımladığı “The Battered Child Syndrome (Sarsılmış Bebek Sendromu)” ise çocuk istismarı literatüründe dönüm noktası niteliğinde olup, çocukların korunmasına yönelik yasal düzenlemelere öncülük etmiştir (21).

2.3. Çocuk İstismarı Epidemiyolojisi

Herhangi bir sağlık sorununun epidemiyolojik özelliklerinin ortaya konulması, o sorunun tanımlanması ve etkili çözüm stratejilerinin geliştirilmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Son yıllarda gerçekleştirilen uluslararası değerlendirmeler, çocuklara yönelik istismar ve şiddetin küresel ölçekte oldukça yaygın olduğunu göstermektedir. DSÖ verilerine göre, 2–17 yaş aralığındaki çocuklar arasında fiziksel, cinsel veya duygusal şiddet ya da ihmal deneyimleyenlerin sayısı her yıl yaklaşık 1 milyara ulaşmaktadır (22). Özellikle küçük yaş gruplarının istismar ve şiddet açısından

daha yüksek risk altında olduğu bildirilmektedir. Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuk Acil Durum Fonu'nun (UNICEF) 2024 yılında yayımladığı güncel rapora göre, 5 yaş altındaki çocukların yaklaşık 400 milyonu (bu yaş grubundaki her 10 çocuktan yaklaşık 6'sı) ev ortamında düzenli olarak fiziksel ceza veya psikolojik şiddet içeren disiplin uygulamalarına maruz kalmaktadır (23).

Cinsel istismar da küresel ölçekte ciddi bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. 2024 yılında yayımlanan güncel tahminlere göre, 18 yaşından önce cinsel saldırı veya tacize maruz kalan kız çocukları ve kadınların sayısı 370 milyonu aşmaktadır; bu değer, günümüzde her sekiz kadından birinin çocukluk döneminde cinsel istismar yaşadığını göstermektedir (24).

2.4. Çocuk İstismarı Risk Faktörleri

Çocuklara yönelik kötü muamelenin nedenlerini açıklamaya yönelik yaklaşımlar incelendiğinde, tek bir etkenin belirli toplumlarda istismar oranlarının neden daha yüksek olduğunu açıklamaya yetmediği görülmektedir. Bu nedenle çocuk istismarını anlamak için çok düzeyli ve çok faktörlü modeller kullanılmaktadır.

Tek başına istismar tanısı koydurmayan, ancak kaynakların kısıtlı olduğu durumlarda risk altındaki çocukların önceliklendirilmesine katkı sağlayabilen bu faktörler temel olarak aşağıdaki gruplarda toplanmaktadır:

2.4.1. Çocuk ile İlgili Risk Faktörleri

- İstenmeyen gebelikten doğan çocuklar, aile beklentilerini karşılamayan cinsiyette çocuklar veya doğumsal anomaliler, mizaç özellikleri gibi nedenlerle aile içinde kabul görmekte zorlanan çocuklar
- Zihinsel yetersizlik, prematüre doğum veya kronik hastalık gibi durumlar nedeniyle sürekli bakım ihtiyacı olan çocuklar
- Fiziksel veya zihinsel engeli bulunan çocuklar
- Hiperaktivite, dürtüsellik veya tehlikeli davranış örüntüleri gösteren çocuklar

- Üvey çocuklar veya biyolojik ebeveyn tarafından yetiştirilmeyen çocuklar
- Yoğun ve sürekli ağlama davranışı sergileyen, bakım vereni zorlayan çocuklar

2.4.2. Anne-Baba ya da Bakım Veren ile İlgili Risk Faktörleri

- Çok genç yaşta ebeveyn olmak veya çocuğu tek başına büyütmek
- Yetersiz eğitim düzeyi, özellikle çocuk gelişimi ve bakımına ilişkin bilgi eksikliği
- Alkol, madde veya diğer bağımlılık yapıcı maddeleri kullanma
- Kendi çocukluk döneminde istismar ya da ihmal yaşama öyküsü
- Fiziksel hastalıklar veya ruh sağlığı sorunlarının bulunması
- Dürtü kontrolü ve öfke yönetiminde güçlük yaşama
- İletişim ve sosyal etkileşim becerilerinin yetersiz olması

2.4.3. Ailenin Sosyal Yapısına İlişkin Risk Faktörleri

- Ebeveyn–çocuk bağının zayıf olması veya sağlıklı bağlanmanın hiç gelişmemiş olması
- Çok çocuklu ve katı disiplin anlayışıyla hareket eden aile yapıları
- Yoksulluk, işsizlik, kalıcı ekonomik sorunlar veya aile içi şiddet varlığı
- Ailenin sosyal destek ağlarının zayıf ya da hiç mevcut olmaması
- Evlilikte yaşanan çatışmalar, ayrılık süreçleri veya kronik ilişki sorunları sonucu aile bütünlüğünün bozulması
- Aile bireyleri arasında güven ilişkisinin zayıf olması, sık sık sözel anlaşmazlık veya psikolojik çatışmaların görülmesi

2.4.4. Toplumla İlgili Risk Faktörleri

- Çocukları koruyan yasaların yetersizliği veya uygulanmasındaki eksiklikler
- Toplumda çocuğa verilen değerin düşük olması ve çocuk haklarının yeterince benimsenmemesi
- Toplumsal cinsiyet ayrımcılığı, ekonomik ve sosyal eşitsizlikler

- Şiddetin toplum tarafından normalleştirilmesi, tolere edilmesi veya yaygın olarak görülmesi; savaş, terör ve yüksek suç oranları gibi organize şiddet ortamları
- Pedofilinin varlığı ve toplumsal düzeyde yetersiz denetim mekanizmaları
- İnternetin ve dijital ortamların kontrolsüz kullanımı, kültürel normların istismarı kolaylaştıran biçimde şekillenmesi (25).

2.5. İstismar Türleri

Çocuk istismarı; fiziksel, duygusal, cinsel istismar ve ihmal olarak 4 temel grupta incelenmektedir.

2.5.1. Fiziksel İstismar

Fiziksel istismar; çocuğa yönelik, kaza sonucu ortaya çıkmayan, vücutta fiziksel hasara neden olan ekimozların, kırıkların, yanıkların ve benzeri her türlü lezyonların ortaya çıkmasına yol açan istismar olarak tanımlanabilir (26). Tekmeleme, yumruk atma, boğmaya çalışma, yakma, ısırma, zehirleme gibi çok çeşitli biçimlerde ortaya çıkabilir. En sık başvuru nedeni, açıklanamayan morluk ve ekimozların varlığıdır (27).

Sarsılmış Bebek Sendromu, genellikle iki yaş altındaki çocuklarda görülen, çocuk istismarının özel bir formudur. Özellikle öfke kontrolü zayıf ebeveynler tarafından bebeğin şiddetli biçimde sallanması sonucu beyin kafatası içerisinde tekrarlayan çarpışmaları, kontüzyon, köprü venlerde yırtılma ve subdural hematom ile karakterizedir. Bir yaş altındaki kafa travmalarının yaklaşık %64'ünün istismara bağlı olduğu, olguların %85'inde tek veya iki taraflı retina hemorajisinin görüldüğü ve bu bulgunun tanıda önemli bir ipucu olduğu belirtilmektedir (27).

“Munchausen by Proxy” sendromu ise fiziksel istismarın bir başka özel formu olup, ebeveynin çocuğunu kasıtlı olarak hasta etmesi, yaralaması veya çocuğu hastaymış gibi göstermesi şeklinde tanımlanmaktadır. Bu sendromda genellikle tedaviye yanıt vermeyen, klinik bulguları birbiriyle uyumsuz olan çocuklar ve tıbbi konularda bilgi sahibi görünen, sıklıkla sağlık sistemi ile yoğun temas halinde bulunan ebeveynler dikkat çekmektedir (28).

2.5.2. Duygusal İstismar

Duygusal istismar; çocuğun psikolojik bütünlüğüne zarar verdiği bilinen tutum ve davranışların sergilenmesi ile gösterilmesi gereken ilgi, sevgi ve desteğin ihmal edilmesini kapsayan geniş bir kavramdır. Çocuğu yok sayma, sürekli eleştirerek değersiz hissettirme, tehdit ve korkutma, akranlarından izole etme, suça yönlendirme, duygusal gereksinimlere yanıt vermeme ve temel ihtiyaçlar karşısında duyarsız kalma gibi davranışlar duygusal istismara örnek oluşturmaktadır (29).

Örsel ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, katılımcıların %81,6'sının duygusal istismara maruz kaldığı, bu grupta duygu durum ve anksiyete bozukluklarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bildirilmiştir (30).

2.5.3. İhmal

İhmal, fiziksel şiddet olmaksızın, çocuğun temel gereksinimlerini karşılamaya yönelik ebeveyn sorumluluklarının yeterince yerine getirilmediği durumları ifade eder. Çocuk istismarından şüphe duyulan olgularda ihmal bulgularının da gözlenmesi, mevcut şüpheyi daha da pekiştirebilir (31).

Çocuk ihmalinde, çocuğun doğrudan zarar görmesi gerekmez; örneğin uygun çocuk güvenlik koltuğu kullanılmaması hem mevcut hem de gelecekte ortaya çıkabilecek riskleri barındıran davranışlara örnektir. Bu olumsuz etkiler fiziksel ya da psikolojik olabilir ve kısa ya da uzun vadede kendini gösterebilir. İhmal davranışı; çocuğun kendi özelliklerinden, ebeveynlerin yetersizliklerinden, aile yapısından veya kurumsal mekanizmalardan kaynaklanabileceği gibi, genel olarak çocuğun yaşamsal ve gelişimsel ihtiyaçlarının karşılanmaması şeklinde de tanımlanmaktadır (32).

Fiziksel ihmal, çocuğun yeterli düzeyde beslenme, giyinme, barınma, hijyen ve güvenlik olanaklarına erişememesi ya da çocuğun güvenliğini tehdit eden biçimde yetersiz gözetim altında bırakılması ile karakterizedir. Çocuğun sağlıklı bir fiziksel ortamda yaşaması, ev içi veya dışındaki kazalara karşı gerekli tedbirlerin alınmaması

ve sürekli risk altında bulunması gelişimsel geriliklere yol açabilir. Beslenme yetersizliği ekonomik zorluklara bağlı olabileceği gibi yanlış beslenme tercihleri nedeniyle de ortaya çıkabilir. Bu nedenle zayıflık ve gelişme geriliğinin dikkatle değerlendirilmesi gerekir.

Hijyen eksikliği, uygun olmayan kıyafetler veya çevresel tehlikelere karşı korunmama (örneğin silahlara erişim, güvenlik kapılarının veya duman dedektörlerinin bulunmaması) ebeveynin kaynak yetersizliği ya da önceliklerini farklı belirlemesinden kaynaklanabilir. Fiziksel ihmal söz konusu olduğunda, aileye ait ekonomik durumun yanı sıra ebeveynlerin yaralanma önleme konusundaki bilgi düzeylerinin de incelenmesi önem taşır. Her çocuğun güvenli bir çevrede büyüme hakkı olduğu ebeveynlere hatırlatılmalıdır. Çocuğun bakım sürecinde yalnız bırakılıp bırakılmadığı, yanında sorumlu bir yetişkin bulunup bulunmadığı ve yaşadığı ev ile mahalle koşullarının güvenliği mutlaka gözden geçirilmelidir (32).

Duygusal ihmal, çocuğun psikolojik, duygusal veya gelişimsel iyilik hâlini olumsuz etkileyen ve sıklıkla tekrarlayıcı nitelikte olan davranış örüntülerini kapsar. Çocuğun aşağılanması, azarlanması, dışlanması; tehdit edilmesi veya kendisinin ya da yakınlarının tehlikeye atılması gibi davranışlar duygusal kötü muamele örnekleridir. Bunun yanında çocuğun uygunsuz davranışlara (örneğin hırsızlık) teşvik edilmesi, duygusal karşılık görmemesi, sosyal etkileşimden uzak tutulması veya zihinsel, eğitimsel ve sağlıkla ilgili temel gereksinimlerinin karşılanmaması da duygusal ihmal kapsamına girer.

Duygusal ihmal tek başına gerçekleşebileceği gibi fiziksel ihmal veya diğer istismar türleriyle birlikte de görülebilir. Bu örüntülerde fiziksel temasın bulunması gerekmez; çocuğun bakımından sorumlu kişiyle kurulan olumsuz etkileşim sonucunda çocuk kendini değersiz, yetersiz ve sevilmeyen biri olarak algılayabilir. Bu davranışların süreklilik göstermesi çocuğun sosyal gelişimini ve kişilik yapılanmasını olumsuz yönde etkiler. Tüm duygusal ihmal türlerinin ortak noktası, davranışların çocuğun iyilik hâline zarar veren bir nitelik taşımasıdır (33).

Eğitim ihmali, çocuğun okula kaydedilmemesi, düzenli okula devamının sağlanmaması, gerekli eğitimsel desteğin verilmemesi veya evde eğitim sağlanması

gereken durumlarda bu sorumluluğun yerine getirilmemesi gibi durumları içerir. Eğitimsel ihmale maruz kalan çocuklar hiç okula gönderilmeyebilir veya okula gitse bile akademik sorunları, davranış problemleri ya da başarısızlıklarıyla ilgilenilmez.

Bu ihmal türünde çocuğun bilişsel gelişimini destekleyecek uygun uyaranların sağlanması yeterli düzeyde gerçekleşmez; eğitim gereklilikleri arasında çocuğun okula kaydının yapılması, devamlılık sağlanması ve evde eğitim gerekiyorsa bunun uygulanması yer alır. Eğitimsel ihmalin değerlendirilmesinde çocuğun okula gitmeme nedenlerinin ayrıntılı olarak araştırılması önemlidir. Gerekli durumlarda öğretmenler, okul yöneticileri ve sosyal hizmet uzmanlarıyla görüşülerek durumun netleştirilmesi gerekir (32).

Tıbbi ihmal, çocuğun sağlığı için gerekli tıbbi değerlendirme, tedavi veya bakımın geciktirilmesi ya da hiç sağlanmaması anlamına gelir. Bu durum; ebeveynlerin bilgi eksikliği, motivasyon yetersizliği, sağlık sistemine erişim güçlüğü, ekonomik kısıtlılıklar veya sağlıkla ilgili yanlış inanışlar gibi çeşitli nedenlerden kaynaklanabilir.

Ailenin çocuğu sağlık kuruluşuna geç götürmesi, önerilen tedavilere uymaması veya gerekli kontrollerin aksatılması tıbbi ihmal örneklerindendir. Yoksulluk, sosyal güvence eksikliği, ulaşım sorunları ya da tedavinin uygulanmasına ilişkin güçlükler bu ihmali tetikleyebilir. Tıbbi ihmal değerlendirilirken ailenin koşulları, sağlık hizmetlerine erişimde yaşadığı güçlükler ve bakım sorumluluğunu yerine getirme kapasitesi dikkate alınmalıdır (32).

2.5.4. Cinsel İstismar

Cinsel istismar, en temel ifade ile, psikososyal gelişimini henüz tamamlamamış bir çocuğun bir yetişkin tarafından cinsel uyarılma amacıyla kullanılması olarak tanımlanmaktadır. Uluslararası Çocuk İstismarı ve İhmalini Önleme Derneği, çocukların cinsel istismarını; “rıza yaşının altındaki bir çocuğun, bir yetişkinin cinsel tatminine hizmet edecek herhangi bir eyleme dâhil edilmesi ya da bu tür bir davranışa göz yumulması” şeklinde açıklamaktadır. Bu tanıma göre eylemin şiddet, fiziksel temas, genital temas veya herhangi bir nesne kullanımı içermesi, davranışın çocuk tarafından başlatılmış olup olmaması ya da kısa dönemde belirgin bir zarar ortaya çıkıp

çıkması dikkate alınmaksızın cinsel istismar kapsamında değerlendirilmektedir (34).

Cinsel istismar iki ana başlık altında incelenir:

A. Temas İçermeyen Cinsel İstismarlar

- Çocukla cinsel içerikli konuşmalar yapılması
- Pornografik materyallerin gösterilmesi
- Çocuğun cinsel içerikli görüntülerinin çekilmesi; çocuk pornografisi
- Çocuğun cinsel özellikleriyle alay edilmesi
- Çocuğa genital bölgelerin gösterilmesi
- Çocuğun önünde mastürbasyon yapılması
- Çocuğun soyunukken izlenmesi
- Çocuğun başkasının istismarına tanık edilmesi

B. Temas İçeren Cinsel İstismarlar

- Çocuğun cinsel amaçla öpülmesi
- Çocuğa cinsel amaçlı dokunulması
- Çocuğun istismarcıya dokunmaya zorlanması
- Çocuğun istismarcıya oral seks veya mastürbasyon yapmaya zorlanması
- İnterfemoral ilişki
- Çocuğa yönelik cinsel şiddet
- Çocukla vajinal veya anal birleşme
- Çocuğun fuhuş amaçlı kullanılması
- Çocuğun hayvanlarla cinsel ilişkiye zorlanması

Cinsel istismarın fark edilmesi çoğu zaman tesadüfen olur. Çocuklar genellikle yaşadıklarını söylemekten kaçınırlar; bunun başlıca nedenlerinde yetişkinlerle konuşmaktan, özellikle yabancılar veya doktorlardan çekinmeleri, kimsenin kendilerine inanmayacağını düşünmeleri, anlatmaları hâlinde kendilerine veya sevdiklerine zarar geleceği korkusu, yalnız kalma korkusu, cinsel konuları

konusmaktan rahatsızlık duymaları, utanç ve aşağılanma kaygısı, damgalanma korkusu ve gelişimsel olarak yaşadıklarını ifade edecek kelime dağarcığına sahip olmamaları vardır (35).

2.6. Çocuk İstismarının Hukuksal Yönü

2.6.1. Uluslararası Alanda Çocuk Hukuku

Tarihsel süreç incelendiğinde, kadınlar ve çocuklar üzerinde uygulanan baskı, ayrımcılık ve zorlayıcı tutumların hemen her toplum ve dönemde görüldüğü anlaşılmaktadır. Çocukların sevgi, barınma, beslenme ve eğitim gibi temel gereksinimlerinin karşılanarak sağlıklı biçimde yetişkinliğe ulaştırılması gerektiğine ilişkin düşünce ise ancak 20. yüzyılın son çeyreğinde uluslararası düzeyde olgunlaşmaya başlamıştır (36).

1874 yılında, evlat edinildiği aile tarafından yaklaşık yedi yıl boyunca sistematik biçimde istismara uğrayan Mary Ellen Wilson'un davası, çocuk istismarına ilişkin kayıtlara geçen ilk dava olması açısından önem taşımaktadır (37). Bu davanın ardından artan toplumsal duyarlılık ve kamuoyu baskısı ile 1899 yılında Chicago'da dünyanın ilk çocuk mahkemesi kurulmuştur (36).

Çocuk haklarının, insan haklarının ayrılmaz bir parçası olarak değerlendirilmesi gerektiği fikrinin güçlenmesi sonucunda, 1924 yılında Cenevre Çocuk Hakları Beyannamesi kabul edilmiştir. Bu belge, çocukların korunmasına yönelik uluslararası ölçekte atılan ilk adım olarak kabul edilmektedir. Beyannamede; çocuklara maddi ve manevi imkânların sunulması, aç ve hasta çocukların korunması, kriz dönemlerinde önceliğin çocuklara verilmesi, sömürülmelerinin engellenmesi ve yetim ya da kimsesiz çocukların korunması gibi temel ilkeler yer almaktadır (38). Bu beyanname, daha sonra hazırlanacak sözleşme ve bildirgeler için önemli bir referans noktası oluşturmıştır.

1959 yılında Birleşmiş Milletler Genel Kurulu'nda kabul edilen Çocuk Hakları Bildirgesi ile; çocukların ırk, din gibi temellerde ayrımcılığa maruz bırakılmaması, ilköğretim düzeyinde ücretsiz ve zorunlu eğitim hakkı, ailesiz veya yetersiz destek alan çocukların bakımının toplum ve kamu otoritelerinin sorumluluğunda olduğu, her

çocuğun bir isme ve vatandaşlığa sahip olması ve çocuğun üstün yararının her durumda gözetilmesi gibi ilkeler ortaya konmuştur (39).

Kempe ve ark. 1962 yılında tanımladığı “Sarsılmış Bebek Sendromu”, Amerika Birleşik Devletleri’nde kamuoyunun çocuk istismarı konusunda bilinçlenmesine ve bu alanda yasal düzenleme yapılması yönünde ciddi bir toplumsal baskı oluşmasına katkı sağlamıştır (18). Bu sürecin sonunda 1974 yılında Çocuk İstismarının Önlenmesi ve Tedavisi Yasası yürürlüğe girmiştir (36).

Günümüzde uluslararası alanda çocuk hakları açısından ulaşılan en kapsamlı metin, Birleşmiş Milletler tarafından 20 Kasım 1989 tarihinde kabul edilen Çocuk Hakları Sözleşmesi’dir. Sözleşme, 1959 tarihli Çocuk Hakları Bildirgesi’ni temel almakla birlikte; cinsel istismar, mülteci çocuklar, fırsat eşitliği, ceza ehliyeti ve çocukların oyun hakkı gibi birçok konuda ayrıntılı düzenlemeler içermektedir (12). Sözleşmeye yöneltelen eleştiriler ve uygulamadan kaynaklanan ihtiyaçlar doğrultusunda, 14 Nisan 2014 tarihinde Çocuk Haklarına Dair Sözleşmenin Başvuru Usulüne İlişkin İhtiyari Protokol yürürlüğe girmiş; bu protokolle sözleşmeye çocuk satışı, çocuk pornografisi ve çocuk fahişeliği gibi alanlara ilişkin hükümler eklenmiştir (40).

2.6.2. Türk Hukukunda Çocuk

Türk toplumunda çocuk haklarına yönelik ilk kurumsal düzenlemelerden biri, 19. yüzyılda Tuna Eyaleti Valisi Mithat Paşa tarafından çocuk ıslahevlerine ilişkin çıkarılan tüzük olarak kabul edilmektedir.

20. yüzyıla gelindiğinde ise cumhuriyetimizin kurucusu Gazi Mustafa Kemal Atatürk tarafından kurulan Çocuk Esirgeme Kurumu ve 23 Nisan Ulusal Egemenlik ve Çocuk Bayramı’nın çocuklara armağan edilmesi, Türk toplumunda çocuklara verilen değerin sembolik ve pratik göstergeleri olarak öne çıkmaktadır (41).

1963 yılında, Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Bildirgesi’ne paralel olarak Türk Çocuk Hakları Bildirisi kabul edilmiştir. Bu bildiride, uluslararası metne ek olarak; 16 yaşından önce çocukların eğitimleri engellenerek çalıştırılmayacağı, ortaöğretime devam edemeyen ve aile desteği yetersiz olan çocuklara mesleki bilgi ve

beceri kazandırılması için devletin kurs açma sorumluluğu bulunduğu, çocuğun korunması ve gözetilmesine ilişkin hukuki, idari ve uygulamaya yönelik gerekli her türlü önlemin devlet tarafından alınması gerektiği vurgulanmıştır (42).

Birleşmiş Milletler Genel Kurulu'nda 20 Kasım 1989 tarihinde kabul edilen Çocuk Hakları Sözleşmesi, Türkiye tarafından 14 Eylül 1990 tarihinde imzalanmış, 11 Aralık 1994 tarih ve 22138 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Anayasa'nın 90. maddesi uyarınca sözleşme, iç hukuk normu haline gelmiştir. Türkiye Büyük Millet Meclisi, Lozan Antlaşması çerçevesinde sözleşmenin 17, 29 ve 30. maddelerini yorumlama hakkını saklı tuttuğunu beyan etmiştir (43). Birleşmiş Milletler tarafından kabul edilen Çocuk Haklarına Dair Sözleşmenin Başvuru Usulüne İlişkin İhtiyari Protokol ise ülkemizde 26 Mart 2018 tarihinde, bazı çekincelerle birlikte yürürlüğe girmiştir (40).

Türkiye'de çocuk istismarı, insanlığa karşı işlenen suç kategorisinde değerlendirilmekte ve yasal çerçevesi 12.10.2004 tarihli ve 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'nda çeşitli maddelerle düzenlenmektedir (13).

2.7. Çocuk İzlem Merkezleri (ÇİM)

2.7.1. Tanımı ve Amacı

Çocuk İzlem Merkezleri (ÇİM); istismara maruz kaldığı bilinen ya da bu yönde güçlü şüphe bulunan çocukların ifadelerinin alındığı, adli ve tıbbi muayenelerinin gerçekleştirildiği, aileleriyle görüşmelerin yapıldığı ve tüm bulguların raporlanarak kayıt altına alındığı, her ilde Sağlık Bakanlığı'na bağlı olarak hizmet veren resmi kurumlardır (44).

Bu merkezlerin kurulmasının temel gerekçesi, istismar mağduru çocukların ifade alma, muayene ve benzeri adli-tıbbi süreçler sırasında yalnızca bu konuda eğitilmiş personelce, çocuk dostu bir ortamda değerlendirilmesini sağlayarak, çocuğun tekrar tekrar travmatik anlatıma maruz kalmasını önlemektir (44,45). Trabzon Barosu raporunda, ÇİM'ler kurulmadan önce çocukların yaşadıkları olayı sırasıyla kolluk birimlerine, savcıya, mahkeme heyetine, Adli Tıp Kurumu görevlilerine ve gerek

görüldüğünde başka uzmanlara defalarca anlatmak zorunda kaldıkları, böylece travmanın yinelendiği belirtilmiştir (44).

ÇİM'lerin kuruluş sürecinde Sağlık Bakanlığı'nın koordinasyonunda; Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü, Adalet Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, Millî Eğitim Bakanlığı, Adli Tıp Kurumu Başkanlığı ve Diyanet İşleri Başkanlığı temsilcilerinin katılımıyla bir Koordinasyon Kurulu oluşturulmuştur. Ayrıca Hakimler ve Savcılar Kurulu, Yargıtay Başkanlığı ve ilgili il Cumhuriyet Başsavcılığı temsilcileri de bu kurula davet edilmiştir. Koordinasyon Kurulu'nun yürüttüğü çok sayıda toplantının ardından ilk ÇİM, pilot uygulama olarak Ankara'da faaliyete geçmiştir (46). Merkezin kuruluşunu takiben, Ankara'da görev yapan okul psikolojik danışmanları, sosyal hizmet uzmanları, öğretmenler, sağlık personeli, din görevlileri ve kolluk personeli "Çocuk İzlem Merkezlerinin Amacı ve İşleyişi" konusunda bilgilendirilmiş; her kurum kendi çalışanlarına bu alana özgü eğitimler vermiştir (46).

Çocuk İzlem Merkezleri'nin kuruluş amaçları şu şekilde özetlenmektedir (44,45):

- Cinsel istismar mağduru çocuğun tanı, tedavi ve adli süreçlerinde görev alacak tüm kişi ve kurumlar arasında iş birliği ve eşgüdümü sağlamak,
- Çocuğun ikincil travmaya maruz kalma riskini mümkün olduğunca azaltmak,
- Çocuğun yaşadığı travmanın etkilerini hafifletebilmek için kendini güvende hissedebileceği bir ortam oluşturmak,
- Çocuğun mevcut yaşam ortamına dönmesinin sakıncalı görüldüğü ve korunma altına alınmasına karar verildiği durumlarda, uygun yaşam koşulları sağlanıncaya dek temel gereksinimlerinin karşılanmasını temin etmek,
- Travmanın aile üzerindeki etkilerini değerlendirmek amacıyla aile ile görüşmeler yapmak,
- Ailenin ilk aşamada ihtiyaç duyacağı danışmanlıkları sunmak,
- Bu alanda görev yapan personelin meslek içi eğitim ihtiyaçlarını belirlemek ve gerekli eğitim süreçlerini yürütmek.

2.7.2. Cinsel İstismar Vakalarında İzlenen Hukuki Süreç

Çocuk cinsel istismarı ile ilgili bir ihbar kolluk birimlerine ulaştığında, bu bildirim öncelikle Cumhuriyet Savcısı'na aktarılmakta; savcının talimatı doğrultusunda çocuk, kolluk kuvvetleri tarafından sivil bir araç ve sivil giyimli personel eşliğinde Çocuk İzlem Merkezi'ne getirilmektedir. ÇİM'e ulaşan olası istismar mağduru çocukla ilk görüşmeyi, bu alanda eğitim almış ve adli görüşmeci olarak görev yapan sağlık personeli (sosyal hizmet uzmanı, çocuk gelişim uzmanı, psikolog vb.) gerçekleştirmektedir (47).

Cinsel istismar mağduru çocuğun muayenesi ÇİM'de bulunan hekimler Adli Tıp Uzmanı ve Çocuk Hekimi tarafından yapılır. Çocukla ilgili ceza soruşturması, T.C. Adalet Bakanlığı bünyesindeki çocuk savcıları tarafından yürütülmekte; süreç Cumhuriyet Savcısı, ÇİM sorumlu hekimleri, kolluk kuvvetleri, Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü personeli ve çocuğun avukatının yer aldığı multidisipliner bir ekip tarafından sürdürülmektedir (45).

Çocuğun üstün yararının korunması ve yeniden istismarın önlenmesi açısından, sosyal hizmet uzmanları tarafından çocuğun yaşadığı hanede sosyal inceleme yapılması önem taşımaktadır. Bu inceleme; çocuğun ailesi ile barınmaya devam edebilmesi için hangi tedbirlerin (barınma, eğitim, danışmanlık vb.) alınması gerektiğini, ya da çocuk hakkında bakım tedbiri uygulanarak mevcut aile ortamından alınıp kurum bakımına veya koruyucu aile yanına yerleştirilmesinin gerekip gerekmediğini kapsamaktadır. Değerlendirme, Çocuk Koruma Kanunu çerçevesinde; çocuğun fiziksel ve ruhsal bütünlüğünü tehdit eden risklerin varlığı, enstest olasılığı, çocuğun güvenli barınma imkânının bulunup bulunmaması, ailenin istismara bakış açısı, istismarın tekrarlama riski, ailenin çocuğun eğitimi ve psikolojik desteğinin devamına yönelik tutumu gibi ölçütler doğrultusunda yapılmakta ve karar bu doğrultuda verilmektedir (48).

Bakım tedbiri kararı, Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü'ne iletilmekte; acil durumlarda ise valilik onayı alınarak çocuğun uygun bir kuruma yerleştirilmesi sağlanmaktadır (48).

2.7.3. Yasal Mevzuat

Çocuk İzlem Merkezlerine ilişkin ilk düzenleyici adım, Hâkimler ve Savcılar Kurulu’nun 18.10.2011 tarihli ve 10 numaralı “Soruşturma Usul ve Esasları” konulu Genelgesi ile atılmıştır (48). Söz konusu Genelgenin 48. maddesinde; cinsel istismar mağduru çocukların etkin biçimde korunması, ikincil mağduriyetlerinin önlenmesi, adli ve tıbbi işlemlerin uzman personel tarafından ve mümkünse tek seferde yapılması, ayrıca istismarı önleyici tedbirlerin alınması amacıyla, soruşturma işlemlerinin Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastane ve kurumlar bünyesinde kurulan Çocuk İzlem Merkezlerinde yürütülmesi gerektiği ifade edilmiştir (48).

Hakimler ve Savcılar Kurulu’nun 11.02.2012 tarih ve 8134 sayılı “Üniversitelerin Çocuk Koruma Birimleri ve Merkezleri” konulu duyurusunda ise, usul ve esasları tamamlanmış ve gerekli donanımına sahip bulunan üniversite çocuk koruma birimleri veya merkezlerinde de ÇİM’lerle aynı ilkeler göz önünde bulundurularak soruşturma işlemlerinin yapılabileceği belirtilmiş; tüm Cumhuriyet Başsavcılıklarından bu konuda özen göstermeleri istenmiştir (48).

Başbakanlık tarafından hazırlanan 4 Ekim 2012 tarihli ve 28431 sayılı “Çocuk İzlem Merkezleri Konulu Genelge” Resmî Gazete’de yayımlanmış ve ÇİM’lerin işleyişine ilişkin temel ilkeleri ortaya koymuştur. ÇİM’lerin çalışma usul ve esaslarını daha ayrıntılı düzenlemek amacıyla 2013 yılında “Çocuk İzlem Merkezleri Yönetmelik Taslağı” hazırlanmış, Aralık 2020 – Ocak 2021 döneminde ise bu taslak, görüş alınmak üzere alan uzmanlarına, ilgili meslek derneklerine ve akademisyenlere gönderilmiştir (48).

2.7.4. Çocuk İzlem Merkezlerinin İşleyişi

Çocuk İzlem Merkezleri 24 saat esasına göre hizmet vermektedir. Merkezde adli tıp uzmanı, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü’nü temsilen bir sosyal hizmet uzmanı, hemşire, adliyeden görevlendirilmiş bir Cumhuriyet Savcısı ve CMK kapsamında görevlendirilen bir avukat hazır bulunmaktadır. Adli görüşmeler, aynalı odada, ses ve görüntü kaydı alınarak ve bu konuda eğitilmiş adli görüşmeci tarafından yürütülmekte; savcı ise görüşmeyi izlemektedir (47,48).

ÇİM'e bir ihbar ulaştığında, bu bilgi öncelikle merkezde görev yapan Cumhuriyet Savcısı'na iletilmekte; savcının talimatına göre, bu iş için özel eğitim almış sivil kolluk personeli çocuğu sivil araçla bulunduğu yerden alarak merkeze getirmektedir (45,47,48). Nakil sırasında dikkat çekmemeye özen gösterilmesi önemlidir. Mağdurla kolluk birimlerinde olayın içeriğine ilişkin görüşme yapılmaz; çocuk, olay hakkında ayrıntılı konuşma yapılmaksızın ÇİM'e ulaştırılır ve bu süreçte baro tarafından çocuğa avukat görevlendirilir (47,48).

Merkeze gelen çocuk, çocukla çalışma konusunda eğitilmiş psikolog, psikolojik danışman, sosyal hizmet uzmanı, çocuk gelişimci veya hemşire tarafından karşılanır. Çocuk, yaş ve gelişim düzeyine uygun biçimde düzenlenmiş bekleme alanında ön görüşmeye alınır. Bu ön görüşmede çocuğun gelişimsel özellikleri değerlendirilmektedir; yaşanan olaya ilişkin temel bilgiler alınmakta, adli görüşme süreci çocuğa açıklanmakta ve merkezin fiziksel ortamına uyum sağlanması desteklenmektedir (46,48).

Gelişimsel değerlendirme, ifade alma sürecinde çocuğa nasıl yaklaşılması gerektiğini, soruların düzeyini ve çocuktan beklenebilecek bilgi miktarını öngörmek açısından yol göstericidir (45). ÇİM'e gelen olguda sırasıyla ön görüşme, adli görüşme, tıbbi muayene, gerekliyse çocuk psikiyatrisi değerlendirmesi yapılmakta; bu süreçte psiko-sosyal öykü alınmakta, görüşme kayıtları tutulmakta ve ayrıntılı rapor hazırlanarak dosyaya işlenmektedir (47,48).

Adli görüşme, adli görüşmeci tarafından yürütülür ve aynalı bir odada, sesli-görüntülü kayıt alınarak gerçekleştirilir; aynı anda Cumhuriyet Savcısı, kolluk görevlisi, Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü personeli, çocuğun avukatı ve gerektiğinde adli tıp uzmanı veya çocuk psikiyatristi aynanın arkasındaki bölümde görüşmeyi canlı olarak izler (45,48). Bu izleme sayesinde, eksik kalabilecek noktalar ya da açıklığa kavuşturulması gereken hususlar kulaklık sistemi aracılığıyla adli görüşmeciye iletilerek, gerekli soruların yöneltmesi sağlanır (46,48).

Adli görüşme sırasında cinsel istismar kuşkusu teyit edilirse, tıbbi muayene planlanmaktadır (48). Muayene genel fizik muayene ile genital muayeneyi kapsar; gerekli görülen durumlarda farklı branşlardan hekimlerin konsültasyonu istenir. Tüm

bu işlemler çocuğun rızası ve ailenin onamı alınarak yürütülür; çocuktan kan, idrar, anal–genital sürüntü, gebelik testi ve bulaşıcı hastalık paneli gibi gerekli örnekler alınabilir, psikiyatrik değerlendirme yapılabilir ve fiziksel bulgular gerektiğinde fotoğraf veya video ile belgelenebilir (46–48).

Görüşme ve muayenelerin tamamlanmasının ardından elde edilen tüm bilgi ve belgeler sistematik bir rapor hâline getirilerek, ses ve görüntü kayıtlarıyla ilgili Cumhuriyet Başsavcılığı'na gönderilir ve sonraki adli işlemler bu rapor doğrultusunda yürütülür (48). Cinsel istismarı destekleyen delillerin varlığı halinde savcılık, failer hakkında ilgili Türk Ceza Kanunu maddelerine göre soruşturma başlatır (48,49). Bu süreçte çocuğun kısa süreli korunma ve tedavi tedbirleri ÇİM bünyesinde sürdürülmektedir (48).

2.7.5. Çocuk İzlem Merkezi Yönetim ve Koordinasyon Kurulu

Koordinasyon Kurulu'nun temel görevleri; çocukların bedensel ve ruhsal sağlığını olumsuz yönde etkileyen, cinsel istismar dahil tüm dış etkenlere karşı alınması gereken önlemleri belirlemek, bu önlemlerin uygulanmasına ilişkin kararlar almak, ulusal düzeyde çalışmalar yürütmek, yürütülen faaliyetleri izlemek ve değerlendirmek, gerekli görüldüğünde ulusal ve uluslararası toplantılar düzenlemek veya bu toplantılara katılmak ve mevzuat değişikliklerine ilişkin öneriler geliştirmektir (48).

Kurulda; Sağlık Bakanlığı (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü), Adalet Bakanlığı, Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, Millî Eğitim Bakanlığı, Türkiye Barolar Birliği ve Yükseköğretim Kurulu'ndan birer temsilci yer almaktadır (48). Kararlar oy çokluğu ile alınmakta; eşitlik durumunda Başkanın oyu belirleyici olmaktadır. Daha nitelikli kararlar alınabilmesi amacıyla kurul çalışmalarına çocuk istismarı ve ihmali alanında çalışan çocuk ve ergen ruh sağlığı uzmanı, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı, çocuk cerrahı, çocuk gelişimcisi, psikolog ve sosyal hizmet uzmanlarının da katkı vermesi önerilmektedir.

Kurul, Başkanın çağrısı üzerine yılda iki kez toplanmakta; görüşülmesi istenen gündem maddeleri üyeler tarafından toplantıdan en az iki hafta önce bildirilmektedir.

Tüm kararlar kurul üyeleri tarafından imzalanarak dosyalanır; ihtiyaç duyulduğunda alan uzmanlarının yazılı görüşlerine de başvurulabilmektedir (48).

2.7.6. Çocuk İzlem Merkezlerinin Fiziki Yapılanması

Çocuk İzlem Merkezleri, Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler içerisinde, kurumun diğer bölümlerinden dış görünüş itibarıyla ayırt edilmeyecek şekilde yapılandırılmıştır (45). ÇİM'in fiziki tasarımında en önemli özelliklerden biri, dışarıdan bakıldığında bağlı olduğu kurumdan bağımsız ve dikkat çekici bir birim gibi görünmemesi; yönlendirici, ayırt edici tabela veya levha bulundurulmamasıdır. Ayrıca, mahremiyetin sağlanması için pencerelerin filmle kaplanması ve içlerinin dışarıdan görülmemesi gerektiği belirtilmektedir (48).

Merkezde, kendine zarar verme ve intihar girişimlerini önlemeye yönelik güvenlik tedbirlerinin alınması zorunludur. Bu kapsamda; oda, banyo ve tuvalet kapılarının dışarıdan da açılabilir olması, kesici-delici aletlerin kontrol altında tutulması, duş başlıklarının duvara gömülü ve belirli bir ağırlığın üzerinde yük taşıyamayacak şekilde sabitlenmiş olması gibi düzenlemeler yapılmaktadır. Buna ek olarak güvenlik kameraları, görevli bir polis memuru ve bu personelin silahını muhafaza edebileceği kilitli bir bölüm bulunmaktadır. Merkezin ihtiyaç duyduğu araç-gereçler ise bağlı bulunduğu hastane yönetimi tarafından temin edilmektedir (48).

ÇİM'lerde; bekleme odası, aile görüşme odası, çocuk ön görüşme odası, ergen görüşme odası, adli görüşme ve izlem odası, muayene odası, sorumlu hekim/toplantı odası, mutfak, konaklama odası, sekreter odası, nöbetçi personel odası, raporlama odası, tuvalet ve lavabolar, arşiv-depo odası ve güvenlik noktası yer almaktadır (48).

Bekleme odası, çocukla birlikte gelen kolluk görevlileri ve çocuğun ailesi/yakınlarının bekleyebilmesi için düzenlenmiş olup, girişe yakın ama ön görüşme ve adli görüşme odalarından uzakta konumlandırılmıştır. Aile görüşme odası ise yine ön görüşme ve adli görüşme alanlarından uzak, aile veya avukatla görüşmelerin yapılabilirdiği, mahremiyeti sağlayan bir bölümdür. Çocuk ön görüşme odası, çocuğun kendini güvende ve rahat hissetmesini sağlayacak şekilde; dikkat dağıtmayacak nitelikte oyuncak ve materyallerin bulunduğu, çocukla ilk temasın kurulduğu odadır (48).

Adli görüşme izlem odası, adli görüşmenin yapıldığı ve eşzamanlı olarak izlendiği bölümü içerir. Oda, çocukla görüşmenin yürütüldüğü aynalı bölüm ve arka planda izleme yapılan bölüm olmak üzere iki kısımdan oluşur; bu iki alan arasında ses geçişi olmayacak biçimde yalıtım sağlanmıştır. İzlem bölümünde savcının görüşmeciyeye soru iletebilmesi için mikrofon–kulaklık sistemi ve ses–görüntü kaydı için gerekli teknik donanım bulunmaktadır (48).

Muayene odası, çocuğun adli tıbbi ve fizik muayenesinin yapıldığı; çocuğun kaygısını azaltacak, mahremiyetini koruyacak biçimde düzenlenmiş bir alandır. Konaklama odası; gerektiğinde çocuğun ve refakatçisinin kısa süreli kalabilmesi için tuvalet, banyo ve iki yatak içeren bir odadır. Sekreter odasında ise bilgisayar, faks, fotokopi gibi büro ekipmanları bulunmakta ve yazışma–kayıt işleri yürütülmektedir (48).

2.7.7. Çocuk İzlem Merkezlerinde Görev Alan Personeller

Sorumlu hekim: Başhekimlik tarafından görevlendirilir. Tercihen adli tıp uzmanı veya çocuk/ergen sağlığı alanında uzmanlaşmış bir hekim olmalıdır. Sorumlu hekim, merkezin bağlı olduğu sağlık kuruluşu ile ilişkisini düzenlemek, merkezin mevzuata uygun işleyişini sağlamak, Cumhuriyet Savcısı tarafından iletilen talimatların uygulanmasını takip etmek ve merkezde yapılan görüşmeler sonucunda düzenlenen raporların süreçlerini izlemekle yükümlüdür (48).

Adli tıp uzmanı: Çocuğun fizik muayenesini yapar, gerekli biyolojik örnekleri alır, ön ruhsal değerlendirmeyi gerçekleştirir ve adli tıp raporunu hazırlayarak ilgili savcıya iletilmesini sağlar (48).

Adli görüşmeci: Cinsel istismara maruz kaldığı ya da tanıklık ettiği düşünülen çocuğun dinlenmesi, olayla ilgili gerekli bilgilerin çocuktan alınması ve bunların kayıt altına alınarak raporlanmasından sorumludur (48). Adli görüşmeciler; psikolog, psikolojik danışman, çocuk gelişim uzmanı, sosyal hizmet uzmanı, lisans mezunu hemşire veya hekim gibi meslek gruplarına mensup olup, Sağlık Bakanlığı onaylı Çocukla Adli Görüşme Sertifika Eğitimi’ni tamamlamış kişilerden oluşur (46,48). Adli görüşmecinin temel görevi, çocuğa ikincil travma yaşatmadan, istismar olayıyla ilgili adli sürece esas bilgileri elde etmektir (45).

Aile görüşmecisi: Aile ile görüşmeleri de yine merkezde görev yapan adli görüşmeciler yürütmektedir. Bu kişiler; bu alanda çalışmaya gönüllü doktor, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, çocuk gelişim uzmanı ya da çocuk gelişimi, psikoloji, psikolojik danışmanlık ve rehberlik veya sosyal hizmet alanında yüksek lisans yapmış hemşireler arasından seçilmektedir. Aile görüşmeciliği görevi adli görüşmeciler arasında dönüşümlü olarak paylaşılır (48). Aile görüşmecisi; merkeze başvuran çocukların aileleriyle görüşerek, ailedeki kriz ve risk durumunu değerlendirmek, çocuk ihmali ve istismarı açısından risk faktörlerini belirlemek, aileyi süreç ve merkezin işleyişi hakkında bilgilendirmek ve danışmanlık desteği sunmakla görevlidir (46,48). Aile görüşmesi, çocukla ön görüşme yürütüldüğü esnada, bu amaç için ayrılmış aile görüşme odasında çocuğun birinci derece yakını ile yapılır. Görüşme sırasında aile öyküsü, olayla ilgili tutum ve tepkiler, mevcut ihtiyaçlar ve olası çözüm yolları değerlendirilir; ailenin sürece nasıl yaklaşması gerektiği konusunda bilgilendirme yapılır (45,48).

Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü temsilcisi: ÇİM’de kurumunu temsilen yer alan ve istismara maruz kalan çocuğun il düzeyinde Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı ile ilgili iş ve işlemlerini yürütmekle sorumlu sosyal hizmet uzmanıdır. Bu kişi, Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü tarafından görevlendirilir (48). Çocukta risk saptanması halinde sosyal inceleme yapar; Çocuk Koruma Kanunu çerçevesinde bakım, barınma, sağlık, eğitim ve danışmanlık tedbirlerine ilişkin karar süreçlerinde rol alır (46). Bu kapsamda sosyal hizmet uzmanı; çocuğun ve ailenin sosyo-demografik özelliklerini, güçlü ve zayıf yönlerini, sosyal destek sistemlerini, risk etkenlerini, ailenin ekonomik durumunu, aile dinamiklerini, çocuğun bilişsel, fiziksel, duygusal ve sosyal gelişim düzeyini ayrıntılı biçimde değerlendirir (47).

Hemşire: Merkeze getirilen ve muayene kararı verilen çocukların muayenelerinde hazır bulunur ve adli tıp uzmanına yardımcı olur. Çocuğun muayeneye hazırlanmasından ve muayene odasındaki araç-gereçlerin eksiksiz ve çalışır durumda olmasından sorumludur (48).

Sekreter: Merkeze getirilecek çocukla ilgili olarak kurumlar arası bilgilendirmelerin yapılması, kayıtların tutulması, düzenlenen raporların ilgili birimlere iletilmesi ve dosyalama işlemlerinin yürütülmesinden sorumludur (48).

Millî Eğitim Bakanlığı temsilcisi: Çocuk İzlem Merkezi'nden sorumlu hekim gerekli gördüğünde, Milli Eğitim İl Müdürlüğü tarafından görevlendirilen bir rehber öğretmen devreye girer. Çocuğun üstün yararı doğrultusunda eğitim sürecine ilişkin düzenlemeleri yürütür (48).

Adli kolluk görevlisi: Çocuğun merkeze güvenli şekilde ulaştırılmasından ve merkezdeki personelin güvenliğinden sorumlu olup, İl Emniyet Müdürlüğü tarafından görevlendirilir (48).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Çalışma geriye dönük kesitsel tanımlayıcı bir çalışmadır.

3.2.Araştırma Grubu

Bu çalışma, kurum dosya arşivinden 2014–2024 yılları (14/12/2014-31/12/2024) arasında Trabzon Çocuk Koruma ve İzlem Merkezi'ne birden fazla kez başvurusu olan çocuklara ait verilerle gerçekleştirildi. Araştırma kapsamında yalnızca tekrarlayan istismar başvurusu bulunan çocuklar değerlendirmeye alındı. İstismar dışı (ek ifade vs.) sebeplerle tekrarlayan başvurusu olan çocuklar çalışmanın dışında bırakıldı. Veriler toplanırken çocuklara ait kimlik bilgileri gizli tutuldu, tüm kayıtlar anonimleştirilerek analiz edildi.

Toplanan verilerde; çocuğun yaşı, cinsiyeti, yaşadığı yer, başvuru sayısı, aile yapısı, eğitim durumu gibi sosyodemografik veriler ve istismar sayısı, istismar sonrası ikamet değişikliği, failin aynı kişi olup olmaması, sosyal inceleme durumları gibi istismara ilişkin bilgiler kaydedildi.

3.3. Çalışmanın Yapısı

Araştırmanın yapısı kesitsel tanımlayıcı bir çalışma niteliğinde olup, Trabzon ÇOKİM'e 2014-2024 yılları (14/12/2014-31/12/2024) arasında birden fazla kez başvuran çocuklara ait dosyaların fiziki ortamda geriye dönük olarak incelenmesi ile yapılmıştır.

3.4. Örneklem

Trabzon ÇOKİM'e 2014-2024 yılları (14/12/2014-31/12/2024) arasında birden fazla kez başvurusu olan çocuklardan oluşmaktadır.

3.5. Veri Toplama Araçları

Trabzon ÇOKİM'e 2014-2024 yılları (14/12/2014-31/12/2024) arasında birden fazla kez başvurusu olan çocukların fiziki ortamdaki dosyalarından veriler elde edilmiştir.

3.6. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

Trabzon ÇOKİM'e 2014-2024 yılları (14/12/2014-31/12/2024) arasında birden fazla kez istismar nedeni başvurusu olan olgular çalışmaya dahil edildi.

3.7. Çalışma İçin Dışlanma Kriterleri

Tek başvurusu olan olgular, tek başvuruda birden çok istismardan bahseden olgular ve istismar dışı (ek ifade vs.) sebeplerle tekrarlayan başvurusu olan olgular çalışmanın dışında bırakıldı.

3.8. İstatistiksel Analiz, Değerlendirme Yöntem ve Biçimleri

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2020 Statistical Software programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken, nicel değişkenler ortalama, standart sapma, medyan, min ve max değerleriyle, nitel değişkenler frekans ve yüzde gibi tanımlayıcı istatistiksel metodlar ile gösterildi. Verilerin normal dağılıma uygunluklarının değerlendirilmesinde Shapiro Wilks test ve Box Plot grafiklerden yararlanıldı.

Normal dağılım gösteren niceliksel iki grup değerlendirmelerinde Student t-test grup içi değerlendirmelerde Paired Sample t-test; üç grup ve üzerindeki karşılaştırmalarında Oneway Anova test ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Bonferroni test kullanıldı. Grup içi değerlendirmelerde Repeated Measures kullanıldı.

Normal dağılım göstermeyen değişkenlerin iki gruba göre değerlendirmelerinde Mann Whitney-U test grup içi değerlendirmelerde Wilcoxon Signed Rank test; üç grup ve üzeri karşılaştırmalarında Kruskal Wallis test ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Dunn test kullanıldı. Grup içi değerlendirmelerde Friedman test kullanıldı.

Değişkenler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde dağılıma göre Pearson veya Spearman's korelasyon analizi; ileri değerlendirmelerde Lineer regresyon modelleri yapıldı.

Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare test, Yates Continuity Correction, Fisher's Exact test ve Fisher Freeman Halton test kullanıldı.

Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p<0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

3.9. Çalışmanın Kısıtlılıkları

Verilerin geriye dönük olarak incelenmesi ile elde edilmesi çalışmanın önde gelen kısıtlılıklarındandır. İncelenen parametreler ile ilgili analiz için yeterli veri tespit edilemeyen parametreler bilinmiyor şeklinde değerlendirmeye alınmıştır. Çalışmanın retrospektif bir çalışma olması, olguların dosyalarındaki bilgilere dayanarak değerlendirme yapılabildiği olması ve dosya içeriğindeki ifadelerin sözel ifade olması nedeniyle eksik ve/veya yanlış bilgi verilmiş olup olmadığını bilmek mümkün olmamıştır.

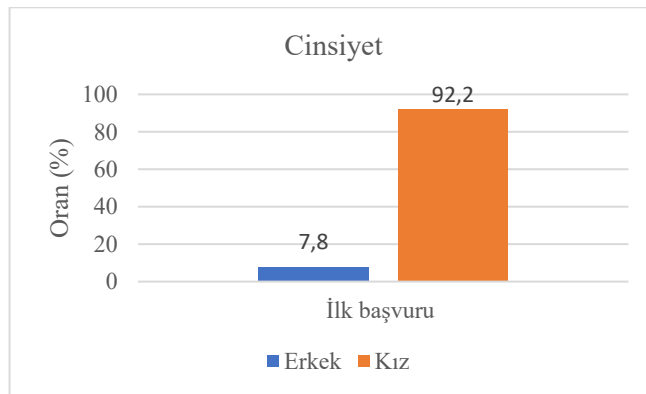
3.10. Etik Konular

Karadeniz Teknik Üniversitesi Rektörlüğü Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 15/01/2025 tarih ve 24237859-43 sayılı etik kurul onayı alınmıştır (Ek-1). Fiziki ve elektronik arşiv taraması için KTÜ Farabi Hastanesi Başhekimliğinden izin alınmıştır (Ek-2). Fiziki dosyaların incelenmesi ve arşiv taraması için Trabzon Çocuk Koruma ve İzlem Merkezi'nden izin alınmıştır (Ek-3).

4. BULGULAR

Çalışmamız 2014-2024 yılları arasında Trabzon Çocuk Koruma ve İzlem Merkezi'ne tekrarlayan başvuruları olan %7,8'i erkek, %92,2'si kız olmak üzere toplam 115 çocuğun 269 başvurusu ile yapıldı.

Tekrarlayan sayıda başvuruları olan çocukların tanımlayıcı özellikleri için ilk başvuruları incelendiğinde %7,8'inin erkek, %92,2'sinin kız olduğu, yaşlarının 3 ile 17 arasında değiştiği ve yaş ortalamasının $13,28 \pm 3,20$ olduğu görüldü (Şekil 1). Eğitim durumları incelendiğinde; 6 hastanın (%5,2) eğitim durumu bilgisine ulaşamadığı, 5 hastanın (%4,3) okula hiç gitmediği, 13 hastanın (%11,3) ilkokul, 39 hastanın (%33,9) ortaokul ve 45 hastanın (%39,1) lise eğitimine devam etmekte olduğu, 7 hastaninsa (%6,1) eğitimden ayrılmış olduğu görüldü. Yaşadıkları yer açısından çocukların %65,2'si çekirdek ailede, %13'ü geniş ailede ve %21,7'si resmi veya özel bakım yurdunda yaşamaktaydı. Aile yapıları değerlendirildiğinde ise; 62'sinin (%53,9) anne-babasının birlikte olduğu, 34'ünün (%29,6) anne-babasının boşanmış olduğu ve 8'inin (%7) anne veya babasının vefat etmiş olduğu görüldü. Vakaların 11'inin (%9,6) aile durumu hakkında bilgiye ulaşamadı. Uyruk durumuna göre %95,7'si Türkiye Cumhuriyeti vatandaşıdır. Madde kullanım geçmişine bakıldığında %2,6'sı sadece alkol, %2,6'sı sadece madde, %2,6'sı hem alkol hem madde kullanmakta, %92,2'sinde ise herhangi bir madde/alkol kullanımı bulunmamaktadır. Özgeçmiş açısından %94,8'inde ek tanı bulunmazken; %1,7'sinde hafif düzey mental retardasyon (MR), %0,9'unda orta düzey MR, %0,9'unda sınır zeka, %0,9'unda geçirilmiş menenjit ve %0,9'unda disosiyatif kişilik bozukluğu olduğu tespit edildi. Çalışmaya dahil edilen hastaların tanımlayıcı özellikleri Tablo 1'de sunulmuştur.



Şekil 1: İlk başvuru için cinsiyet dağılımı

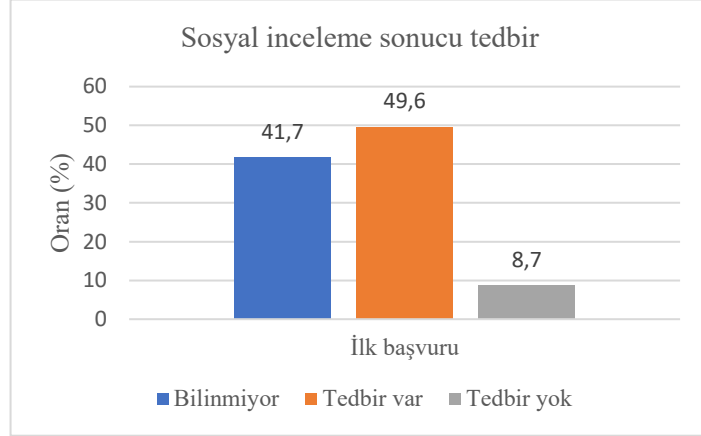
Tablo 1: Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı

		İlk başvuru n (%)
Cinsiyet	Erkek	9 (7,8)
	Kız	106 (92,2)
Yaş	Ort±Ss	13,28±3,20
	Medyan (Min-Maks)	14 (3-17)
Eğitim durumu	Bilinmiyor	6 (5,2)
	Okula gitmemiş	5 (4,3)
	İlkokul	13 (11,3)
	Ortaokul	39 (33,9)
	Lise	45 (39,1)
	Eğitimden ayrılmış	7 (6,1)
Yaşadığı yer	Çekirdek aile	75 (65,2)
	Geniş aile	15 (13)
	Yalnız	0 (0)
	Resmi veya özel bakım yurdu	25 (21,7)
Aile durumu	Bilinmiyor	11 (9,6)
	Anne baba birlikte	62 (53,9)
	Anne baba ayrılmış	34 (29,6)
	Anne ya da baba vefat etmiş	8 (7)
Uyruk	T.C.	110 (95,7)
	Yabancı uyruk	5 (4,3)
Madde kullanımı	Alkol	3 (2,6)
	Madde	3 (2,6)
	Alkol ve madde	3 (2,6)
	Hiçbiri	106 (92,2)
Özgeçmiş özellikleri	Yok	109 (94,8)
	Hafif düzey MR	2 (1,7)
	Orta düzey MR	1 (0,9)
	Sınır zeka	1 (0,9)
	Geçirilmiş menenjit	1 (0,9)
	Disosiyatif kişilik bozukluğu	1 (0,9)

Kurulduğu günden bugüne kadar olan toplam 2315 başvurunun 269'u (%11,6) tekrarlayan sayıda başvuran vakalar olduğu görüldü.

İstismara ilişkin bilgiler için ilk başvurular incelendiğinde, istismar sonrasında ilk başvuru yapılan birimlerin %73'ü polis veya jandarma, %7,8'i savcılık, %19,1'i ÇOKİM olduğu, tekrarlayan istismar failinin aynı kişi olduğu olguların %11,3 oranında olduğu görüldü. Başvuru sonrası vakaların %27,8'inde ilk başvuru sonrasında kurum bakımına alınırken, %18,3'ünde sonraki başvurulardan sonra kurum bakımına alınmış ve %53,9'unda ikamet değişimi olmamıştır. Sosyal inceleme sonucunda %49,6'sında koruyucu tedbir uygulanmış, %8,7'sinde uygulanmamış ve %41,7'sinde sosyal

inceleme bilgisi bulunmamaktadır (Şekil 2). Çocukların ÇOKİM’e ortalama başvuru sayısı $2,36 \pm 0,74$ ’tür (Tablo 2).



Şekil 2: İlk başvuru için sosyal inceleme sonucu dağılımı

Tablo 2: İstismara İlişkin Bilgilerin Dağılımı

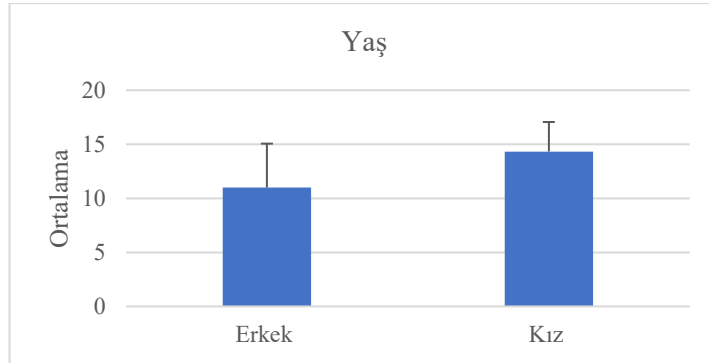
		İlk başvuru n (%)
ÇOKİM’e başvuru sayısı	Ort±Ss	2,36±0,74
	Medyan (Min-Maks)	2 (2-6)
İstismar sonrası kurum bakımına alınma	İlk başvuru sonrası var	32 (27,8)
	İkinci ve sonraki başvuru sonrası var	21 (18,3)
	Yok	62 (53,9)
İlk başvuru birimi	Polis/jandarma	84 (73)
	Savcılık	9 (7,8)
	ÇOKİM	22 (19,1)
Fail aynı kişi mi?	Evet	13 (11,3)
	Hayır	102 (88,7)
Sosyal inceleme sonucu	Bilinmiyor	48 (41,7)
	Tedbir var	57 (49,6)
	Tedbir yok	10 (8,7)

Cinsiyetlere göre tüm başvuruların demografik verilerinin karşılaştırması yapılırken bilgisine ulaşılamayan veriler istatistiğe eklenmedi. Kız çocukların yaşları, erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptandı ($p=0,002$; $p<0,01$) (Şekil 3).

Cinsiyetlere göre eğitim durumları da istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi ($p=0,001$; $p<0,01$). Erkek çocukların eğitim durumunun okula gitmemiş (%10,5) ve ilkokul olma oranı (%31,6), kız çocuklardan (%3,2-%5,1) yüksek; diğer eğitim düzeylerinde ise kız çocukları yüksek saptandı. Erkek çocukların eğitimden ayrılmış olma durumları ise kız çocuklardan düşük saptandı.

Cinsiyetlere göre yaşanan yerler, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,024$; $p<0,05$). Erkek çocukların çekirdek ailesiyle yaşama oranı (%83,3), kız çocuklardan yüksek (%50,6); resmi veya özel bakım yurdunda kalma durumları (%11,1) ise kız çocuklardan (%38,1) düşük olduğu tespit edildi.

Cinsiyetlere göre aile durumu, uyruk, madde kullanımı ve özgeçmiş özelliklerinde ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 3).



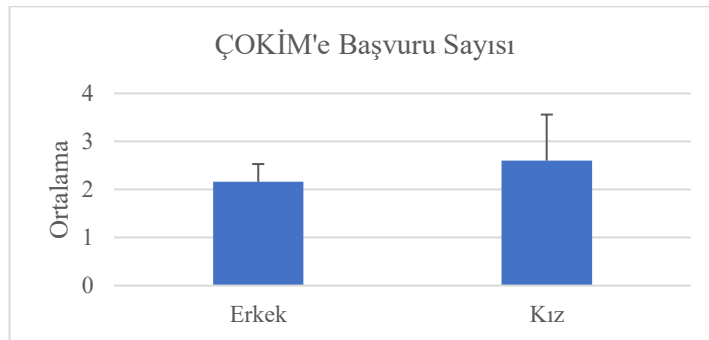
Şekil 3: Cinsiyetlere göre yaş ortalamaları

Tablo 3: Tüm Başvuruların Cinsiyetlere Göre Tanımlayıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması

		Cinsiyet		p
		Erkek (n=19)	Kız (n=250)	
Yaş	Ort±Ss	11,00±4,06	14,33±2,73	^a 0,002**
	Medyan (Min-Maks)	12 (3-16)	15 (3-18)	
Eğitim durumu	Okula gitmemiş	2 (10,5)	7 (3,2)	^b 0,001**
	İlkokul	6 (31,6)	11 (5,1)	
	Ortaokul	5 (26,3)	59 (27,2)	
	Lise	6 (31,6)	113 (52,1)	
	Eğitimden ayrılmış	0 (0)	27 (12,4)	
Yaşadığı yer	Çekirdek aile	15 (83,3)	125 (50,6)	^c 0,024*
	Geniş aile	1 (5,6)	28 (11,3)	
	Resmi veya özel bakım yurdu	2 (11,1)	94 (38,1)	
Aile durumu	Anne baba birlikte	11 (68,8)	119 (57,2)	^c 0,428
	Anne baba ayrılmış	5 (31,3)	72 (34,6)	
	Anne ya da baba vefat etmiş	0 (0)	17 (8,2)	
Uyruk	T.C.	17 (89,5)	242 (96,8)	^d 0,151
	Yabancı uyruk	2 (10,5)	8 (3,2)	
Madde kullanımı	Alkol	1 (5,3)	9 (3,6)	^b 0,059
	Madde	0 (0,0)	11 (4,4)	
	Alkol ve madde	2 (10,5)	3 (1,2)	
	Hiçbiri	16 (84,2)	226 (90,8)	
Özgeçmiş özellikleri	Yok	18 (94,7)	241 (96,4)	^b 0,228
	Hafif düzey MR	0 (0,0)	3 (1,2)	
	Orta düzey MR	0 (0,0)	2 (0,8)	
	Sınır zeka	0 (0,0)	3 (1,2)	
	Geçirilmiş menenjit	1 (5,3)	0 (0,0)	
	Disosiyatif kişilik bozukluğu	0 (0,0)	1 (0,4)	

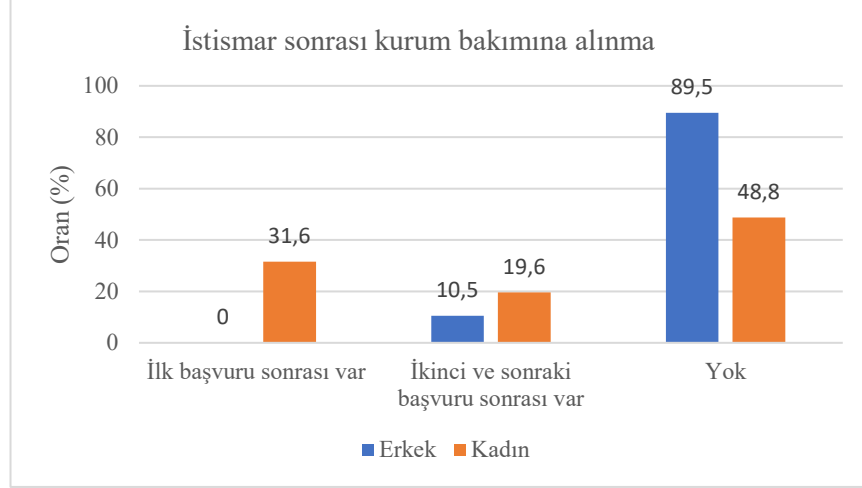
^aStudent t Test, ^bFisher Freeman Halton Test, ^cPearson's Chi Square Test, ^dFisher Exact Test, **p<0,01 *p<0,05

Kız çocukların ÇOKİM'e başvurma sayıları, erkek çocuklardan istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır (p=0,045; p<0,05). Erkek çocukların ortalama başvuru sayısı 2,16±0,37 iken kız çocukların ortalama başvuru sayısı 2,60±0,96 idi.



Şekil 4: Cinsiyetlere göre ÇOKİM'e başvuru sayılarının ortalaması

Cinsiyetlere göre istismar sonrası kurum bakımına alınma, istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi ($p=0,002$; $p<0,01$). Erkek çocukların ilk başvuru sonrası ikamet değişikliğinin olmadığı, kız çocuklarında ise ilk başvuru sonrası kurum bakımına alınma oranının %31,6 olduğu saptandı (Şekil 5).



Şekil 5: Cinsiyetlere göre istismar sonrası kurum bakımına alınma dağılımı

Cinsiyetlere göre ilk başvuru birimi, ikinci kez istismara uğrayanlarda failin aynı kişi olup olmaması ve sosyal inceleme sonrası tedbir alınması sonuçlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 4).

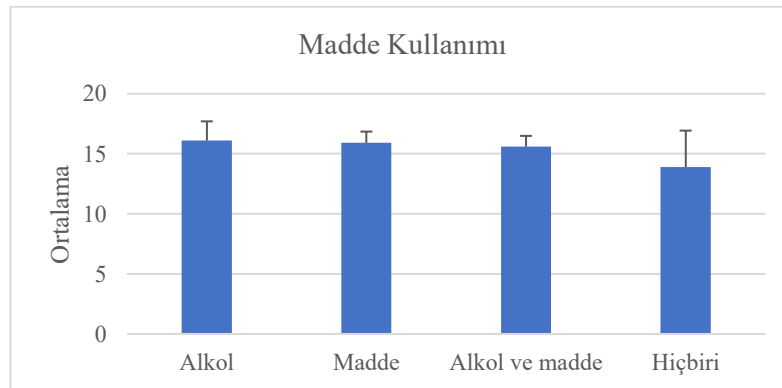
Tablo 4: Tüm Başvuruların Cinsiyetlere Göre İstismara İlişkin Bilgilerinin Karşılaştırılması

		Cinsiyet		p
		Erkek (n=19)	Kız (n=250)	
ÇOKİM'e başvuru sayısı	Ort±Ss	2,16±0,37	2,60±0,96	^e 0,045*
	Medyan (Min-Maks)	2 (2-3)	2 (2-6)	
İstismar sonrası kurum bakımına alınma	İlk başvuru sonrası var	0 (0,0)	79 (31,6)	^c 0,002**
	İkinci ve sonraki başvuru sonrası var	2 (10,5)	49 (19,6)	
	Yok	17 (89,5)	122 (48,8)	
İlk başvuru birimi	Polis/jandarma	14 (73,7)	165 (66,5)	^c 0,811
	Savcılık	1 (5,3)	15 (6)	
	ÇOKİM	4 (21,1)	68 (27,4)	
Fail aynı kişi mi?	Evet	0 (0,0)	32 (12,8)	^d 0,142
	Hayır	19 (100,0)	218 (87,2)	
Sosyal inceleme sonucu tedbir var mı?	Bilinmiyor	11 (57,9)	121 (48,8)	^c 0,658
	Tedbir var	7 (36,8)	101 (40,7)	
	Tedbir yok	1 (5,3)	26 (10,5)	

^cPearson's Chi Square Test, ^dFisher Exact Test, ^eMann Whitney U Test, ** $p<0,01$ * $p<0,05$

Yaşanan yerlere göre yaşlar, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,001$; $p<0,01$). Resmi veya özel bakım yurdunda kalan çocukların yaşları, çekirdek aile ve geniş ailesiyle yaşayanlardan yüksektir ($p=0,001$; $p=0,002$; $p<0,01$) (Tablo 5).

Madde kullanımlarına göre yaşlar, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,001$; $p<0,01$). Hiçbir madde kullanmayan çocukların yaşları, madde ve alkol kullananlardan düşüktür ($p=0,011$; $p=0,018$; $p<0,05$) (Şekil 6).



Şekil 6: Madde kullanım durumlarına göre yaş ortalaması

Tablo 5: Yaşlara Göre Tanımlayıcı Özelliklerin Karşılaştırılması

		Yaş		p
		Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)	
Cinsiyet	Erkek	11,00±4,06	12 (3-16)	<i>^a0,002**</i>
	Kız	14,33±2,73	15 (3-18)	
Eğitim durumu	Okula gitmemiş	4,56±1,94	4 (3-9)	<i>^f0,001**</i>
	İlkokul	8,76±1,56	9 (7-14)	
	Ortaokul	12,72±1,63	13 (9-16)	
	Lise	15,52±1,09	15 (13-17)	
	Eğitimden ayrılmış	16,15±1,13	17 (13-17)	
Yaşadığı yer	Çekirdek aile	13,61±2,99	14 (3-17)	<i>^g0,001**</i>
	Geniş aile	12,59±3,70	14 (3-17)	
	Resmi veya özel bakım yurdu	15,29±2,14	16 (8-18)	
Aile durumu	Anne baba birlikte	13,97±2,99	15 (3-17)	<i>^g0,039*</i>
	Anne baba ayrılmış	13,49±3,13	14 (3-17)	
	Anne ya da baba vefat etmiş	15,53±1,97	16 (9-17)	
Uyruk	T.C.	14,15±2,86	15 (3-18)	<i>^e0,277</i>
	Yabancı uyruk	12,50±4,86	14 (3-17)	
Madde kullanımı	Alkol	16,10±1,60	17 (12-17)	<i>^f0,001**</i>
	Madde	15,91±0,94	16 (15-17)	
	Alkol ve madde	15,60±0,89	15 (15-17)	
	Hiçbiri	13,90±3,03	15 (3-18)	

^aStudent t Test, ^eMann Whitney U Test, ^fKruskal Wallis Test&Dunn Bonferroni Test, ^gOne Way ANOVA Test, ***p*<0,01 **p*<0,05

ÇOKİM'e başvuru sayılarına göre cinsiyet, yaş, yaşadığı yer, aile durumu, uyruk, madde kullanımı ve özgeçmiş özelliklerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (*p*>0,05) (Tablo 6).

Tablo 6: ÇOKİM’e Başvuru Sayılarına Göre Tanımlayıcı Özelliklerin Karşılaştırılması (n=115)

		ÇOKİM’e Başvuru Sayısı			p
		2 (n=87)	3 (n=19)	≥4 (n=9)	
Cinsiyet	Erkek	8 (9,2)	1 (5,3)	0 (0)	^b 1,000
	Kız	79 (90,8)	18 (94,7)	9 (100)	
Yaş	Ort±Ss	13,03±3,5	14,47±1,65	13,11±2,15	^a 0,310
	Medyan (Min-Maks)	14 (3-17)	14 (11-17)	13 (9-16)	
Eğitim durumu	Bilinmiyor	3 (3,4)	0 (0)	1 (12,5)	^b 0,040*
	Okula gitmemiş	5 (5,7)	0 (0)	0 (0)	
	İlkokul	12 (13,8)	0 (0)	1 (12,5)	
	Ortaokul	28 (32,2)	6 (33,3)	5 (62,5)	
	Lise	35 (40,2)	10 (55,6)	0 (0)	
	Eğitimden ayrılmış	4 (4,6)	2 (11,1)	1 (12,5)	
Yaşadığı yer	Çekirdek aile	57 (65,5)	12 (63,2)	6 (66,7)	^b 0,991
	Geniş aile	11 (12,6)	3 (15,8)	1 (11,1)	
	Resmi veya özel bakım yurdu	19 (21,8)	4 (21,1)	2 (22,2)	
Aile durumu	Bilinmiyor	9 (10,3)	1 (5,3)	1 (11,1)	^b 0,726
	Anne baba birlikte	46 (52,9)	11 (57,9)	5 (55,6)	
	Anne baba ayrılmış	27 (31)	4 (21,1)	3 (33,3)	
	Anne ya da baba vefat etmiş	5 (5,7)	3 (15,8)	0 (0)	
Uyruk	T.C.	82 (94,3)	19 (100)	9 (100)	^b 0,724
	Yabancı uyruk	5 (5,7)	0 (0)	0 (0)	
Madde kullanımı	Alkol	2 (2,3)	1 (5,3)	0 (0)	^b 0,233
	Madde	2 (2,3)	0 (0)	1 (11,1)	
	Alkol ve madde	2 (2,3)	0 (0)	1 (11,1)	
	Hiçbiri	81 (93,1)	18 (94,7)	7 (77,8)	
Özgeçmiş özellikleri	Yok	84 (96,6)	17 (89,5)	8 (88,9)	^b 0,148
	Hafif düzey MR	1 (1,1)	0 (0)	1 (11,1)	
	Orta düzey MR	1 (1,1)	0 (0)	0 (0)	
	Sınır zeka	0 (0)	1 (5,3)	0 (0)	
	Geçirilmiş menenjit	0 (0)	1 (5,3)	0 (0)	
	Disosiyatif kişilik bozukluğu	1 (1,1)	0 (0)	0 (0)	

^bFisher Freeman Halton Test, ^fKruskal Wallis Test

ÇOKİM’e başvuru sayılarına göre istismar sonrası kurum bakımına alınma, ilk başvuru birimi, ikinci kez istismara uğrayanların failinin aynı kişi olma durumu ve sosyal inceleme sonuçları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05) (Tablo 7).

Tablo 7: ÇOKİM'e Başvuru Sayılarına Göre İstismara İlişkin Bilgilerin Karşılaştırılması (n=115)

		ÇOKİM'e Başvuru Sayısı			p
		2 (n=87)	3 (n=19)	≥4 (n=9)	
İstismar sonrası kurum bakımına alınma	İlk başvuru sonrası var	21 (24,1)	8 (42,1)	3 (33,3)	^b0,574
	İkinci ve sonraki başvuru sonrası var	16 (18,4)	3 (15,8)	2 (22,2)	
	Yok	50 (57,5)	8 (42,1)	4 (44,4)	
İlk başvuru birimi	Polis/jandarma	64 (73,6)	14 (73,7)	6 (66,7)	^b0,859
	Savcılık	6 (6,9)	2 (10,5)	1 (11,1)	
	ÇOKİM	17 (19,5)	3 (15,8)	2 (22,2)	
Fail aynı kişi mi?	Evet	8 (9,2)	4 (21,1)	1 (11,1)	^b0,321
	Hayır	79 (90,8)	15 (78,9)	8 (88,9)	
Sosyal inceleme sonucu tedbir var mı?	Bilinmiyor	37 (42,5)	6 (31,6)	5 (55,6)	^b0,791
	Tedbir var	42 (48,3)	11 (57,9)	4 (44,4)	
	Tedbir yok	8 (9,2)	2 (10,5)	0 (0)	

^bFisher Freeman Halton Test

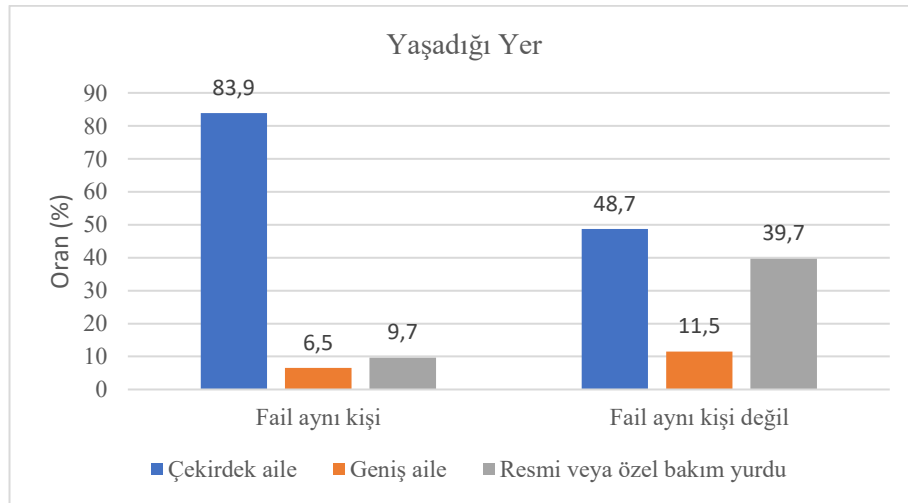
Madde kullanım durumlarına göre eğitim durumu ve yaşadığı yer, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Madde kullanım durumlarına göre aile durumları, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. ($p=0,027$; $p<0,05$) (Tablo 8).

Tablo 8: Madde Kullanımlarına Göre Eğitim Durumu, Yaşadığı Yer ve Aile Durumunun Karşılaştırılması

		Madde Kullanımı				p
		Alkol	Madde	Alkol- madde	Hiçbiri	
Eğitim durumu	Okula gitmemiş	0 (0)	0 (0)	0 (0)	9 (4,2)	^b 0,111
	İlkokul	0 (0)	0 (0)	0 (0)	17 (7,9)	
	Ortaokul	1 (12,5)	0 (0)	0 (0)	63 (29,4)	
	Lise	4 (50)	7 (70)	3 (75)	105 (49,1)	
	Eğitimden ayrılmış	3 (37,5)	3 (30)	1 (25)	20 (9,3)	
Yaşadığı yer	Çekirdek aile	3 (30)	6 (54,5)	2 (40)	129 (54,2)	^b 0,484
	Geniş aile	1 (10)	0 (0)	0 (0)	28 (11,8)	
	Resmi veya özel bakım yurdu	6 (60)	5 (45,5)	3 (60)	81 (34)	
Aile durumu	Anne baba birlikte	3 (50)	2 (20)	2 (50)	123 (60,3)	^b 0,027*
	Anne baba ayrılmış	1 (16,7)	6 (60)	2 (50)	68 (33,3)	
	Anne ya da baba vefat etmiş	2 (33,3)	2 (20)	0 (0)	13 (6,4)	

^bFisher Freeman Halton Test, *p<0,05

Failin aynı kişi olup olmamasına göre çocukların yaşadığı yerler, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p=0,001; p<0,01) (Tablo 9). Faili aynı kişi olan çocukların çekirdek ailede yaşama oranı, faili aynı kişi olmayanlardan yüksek; resmi veya özel bakım yurdunda yaşama oranları ise faili aynı kişi olmayanlardan düşüktür (Şekil 7).



Şekil 7: Failin aynı kişi olma durumlarına göre yaşanan yerlerin dağılımı

Failin aynı kişi olup olmamasına göre yapılan değerlendirmede aile durumları, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,016$; $p<0,05$). Faili aynı kişi olan çocukların anne babasının birlikte olma oranı, faili aynı kişi olmayanlardan yüksek; anne ya da babasının vefat etmiş olma oranları ise faili aynı kişi olmayanlardan düşüktür (Tablo 9).

Failin aynı kişi olup olmamasına göre yapılan değerlendirmede istismar sonrası kurum bakımına alınma durumu, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 9).

Tablo 9: Failin Aynı Kişi Olma Durumlarına Göre Yaşadığı Yer ve Aile Durumlarının Karşılaştırılması

		Fail Aynı Kişi mi?		p
		Evet	Hayır	
Yaşadığı yer	Çekirdek aile	26 (83,9)	114 (48,7)	<i>0,001**</i>
	Geniş aile	2 (6,5)	27 (11,5)	
	Resmi veya özel bakım yurdu	3 (9,7)	93 (39,7)	
Aile durumu	Anne baba birlikte	25 (80,6)	105 (54,4)	<i>0,016*</i>
	Anne baba ayrılmış	6 (19,4)	71 (36,8)	
	Anne ya da baba vefat etmiş	0 (0)	17 (8,8)	
İstismar sonrası kurum bakımına alınma	İlk başvuru sonrası var	8 (25)	71 (30)	<i>0,813</i>
	İkinci ve sonraki başvuru sonrası var	7 (21,9)	44 (18,6)	
	Yok	17 (53,1)	122 (51,5)	

*Pearson's Chi Square Test, ** $p<0,01$ * $p<0,05$*

5. TARTIŞMA:

Tekrarlayan sayıda başvuruları olan çocukların ilk başvurularını incelediğimizde vakaların %7,8'inin erkek, %92,2'sinin kız olduğu, yaşlarının ise 3 ile 17 arasında değiştiği tespit edildi. 2021 yılında Trabzon ÇOKİM'de yapılan bir çalışmada değerlendirilen çocukların benzer şekilde %83,5'inin kız ve %16,5'inin erkek olduğu, en küçük çocuğun 4 yaşında, en büyük çocuğun ise 18 yaşında olduğu görüldü (50). Kocaeli Çocuk İzlem Merkezinde yapılan bir çalışmada da merkeze başvuran çocukların yaşlarının 5 ile 17 yaş arasında değiştiği, %80'inin kız ve %20'sinin erkek olduğu görüldü (51). Çalışmamızda çocukların ÇOKİM'e ortalama başvuru sayısı $2,36 \pm 0,74$ 'tü ve erkek çocukların ortalama başvuru sayısı $2,16 \pm 0,37$ iken kız çocukların ortalama başvuru sayısı $2,60 \pm 0,96$ idi. Bu durumu literatürde incelediğimizde dünyada ve ülkemizde cinsel istismarın prevalansına ilişkin yapılan birçok çalışmanın sonuçlarında görmekteyiz ki kızlar erkeklere oranla çok daha fazla cinsel istismara maruz kalmaktadır (52–55). Bizim çalışmamızda da tekrarlayan istismara maruz kalma sayılarında ve tekrar sayılarında kızlarda yükseklik saptanması dünya ve ülkemiz literatürüyle uyumluluk göstermektedir. Bildirimi yapılmış cinsel istismar vakalarında, erkek mağdurların sayısının kızlara oranla daha az oluşu erkeklerin bildirimdeki isteksizliklerinden kaynaklanabilir. Çünkü özellikle cinsel yönden istismara uğrayan erkek çocukların istismarı ifşa etmede güçlük yaşadığı düşünülmektedir. Erkek çocuklarının cinsel mağduriyetini paylaşmasında utanma, damgalanma korkusu ve toplumsal cinsiyet normları önemli engeller oluşturmaktadır. Bu nedenle erkeklerde istismar sıklığının gerçekte bildirilenden daha yüksek olabileceği, ancak raporlanma oranlarının düşük olabileceği de mutlaka değerlendirilmelidir.

Çalışmamızda kız çocukların yaş ortalaması 14,33 iken, erkek çocukların yaş ortalaması 11 idi. İzmir Çocuk İzlem Merkezinde yapılan bir çalışmada yaş grubu ve cinsiyet dağılımlarına bakıldığında 0-6 yaş grubunda kız çocuk vakaların sayısı 31 iken, erkek çocuk vakaların sayısı 28, 7-12 yaş grubunda kız çocuk vakaların sayısı 144, erkek çocuk vakaların sayısı 51, 13-18 yaş grubunda kız çocuk vakaların sayısı 560, erkek çocuk vakaların sayısının 35 olduğu tespit edilmiş (4). Bizim çalışmamızla benzer şekilde yaş arttıkça kız vakalarının sayısında artış olduğu, kız çocuk yaş ortalamasının erkek çocuklardan yüksek olduğu görülmektedir. Yaş arttıkça “rapor

edilen” ya da “tespit edilen” erkek mağdur sayısının düşmesi, aslında gerçek maruziyetin azaldığından değil, bildirim sürecinin farklılaşmasından kaynaklanıyor olabilir. Daha önce de bahsettiğimiz gibi erkek çocuklarının istismarı bildirmekten çekinmesi sebebiyle sayılarda yanlış azalma görülüyor olabilir. Erkek çocuklarda özellikle ergenlik dönemindeki bedensel gelişimde farklılıklar ve yaş arttıkça değişen sosyal roller ise istismara uğramayı azaltan faktörler olarak değerlendirilebilir. Kız cinsiyeti tarafından bakıldığında ise, istismara uğrama oranlarının yaş arttıkça artması kız çocuklarda ergenlik ve cinsel olgunlaşma sonucu failin motivasyonunda artış ile açıklanabileceği gibi, romantik ilişkilerin başlaması, akran buluşmaları ve yalnız geçirilen zamanların artması, madde/alkol teması veya ebeveyn denetiminin azalması, internet ve sosyal medya kullanımı, yabancıyla temasın artması gibi sebeplerle açıklanabilir. Daha büyük yaş gruplarının istismarı tanımlama ve bildirme açısından daha bilinçli olması da bu sonuçlarla karşılaşmamızın sebeplerinden olabilir.

Çalışmamızda tekrarlayan başvuruları olan çocukların eğitim durumları incelendiğinde, olguların önemli bir kısmının ortaokul (%33,9) ve lise (%39,1) düzeyinde eğitimine devam ettiği; küçük bir kısmının ise okula hiç gitmediği (%4,3) veya eğitimden ayrıldığı (%6,1) saptanmıştır. İstanbul’da 2010-2015 yılları arasında il genelinde istismar bildirimi yapılan çocuklar ile ilgili yapılan bir araştırmada okula gitme çağında olan 403 vakanın %64,6’sının eğitimlerine düzenli devam ettiği; %29’unun okulu bıraktığı, okula giden vakaların ise %33,5’inin ortaokul düzeyinde, %34,7’sinin ise lise düzeyinde olduğu görülmüştür (56). Kocaeli Çocuk İzlem Merkezinde 2015 yılında yapılan çalışmada çocukların %78’inin eğitime devam ettiği, %22’sinin eğitime devam etmediği bulunmuştur (51). Aydın Çocuk İzlem Merkezinde 2018-2022 yılları arasında başvuruları olan çocukların incelendiği bir çalışmada ise çocukların eğitim durumların bakıldığında %1’inin anaokulu çağında, %13,3’ünün ilkokul, %31,2’sinin ortaokul, %37,2’sinin lise çağında olduğu ve %11,5 vakanın eğitimi terk ettiği tespit edilmiş (57). Bu durum, okul çağındaki çocukların daha sık sosyal etkileşim kurması, internet ve sosyal medya gibi çevrimiçi alanlara daha fazla erişmesi ve denetimsiz ortamlarda daha fazla vakit geçirmesi ile açıklanabilir. Ayrıca ergenlik dönemindeki bedensel ve psikososyal değişiklikler, istismarcıların manipülasyonuna açık bir zemin oluşturabilmektedir. Öte yandan, az

sayıda çocuğun okula hiç gitmemesi veya eğitimden ayrılmış olması, düşük sosyoekonomik düzey veya ailesel ihmal gibi durumların sonucu olabilir.

Çalışmamızda eğitim durumları ile cinsiyet karşılaştırması yaptığımızda, erkek çocukların eğitim durumunun okula gitmemiş ve ilkokul olma oranı, kız çocuklardan yüksek; diğer eğitim düzeylerinde ise kız çocukları yüksek saptandı. Çalışmamızda istismara uğrayan çocukların yaş gruplarını incelerken de erkek çocuklarının daha küçük yaşlarda daha çok istismara maruz kaldığı veya bildirdiğinden bahsetmiştik. Eğitim devamlılığı ile ilgili bu bulgular da yine daha önce bahsettiğimiz sebepler ile açıklanabilir.

Çalışmamızda vakaların yaşadıkları yer incelendiğinde %65,2'si çekirdek ailede, %13'ü geniş ailede ve %21,7'si resmi veya özel bakım yurdunda yaşamakta olduğu tespit edildi. Aile yapıları değerlendirildiğinde ise; %53,9'unun anne-babasının birlikte olduğu, %29,6'sının anne-babasının boşanmış olduğu ve %7'sinin anne veya babasının vefat etmiş olduğu görüldü. Vakaların %9,6'sında ise aile durumu hakkında bilgiye ulaşılamadı. İstanbul il genelinde yapılan çalışmada aile yapısı incelendiğinde, vakaların %57,3'ünün anne ve babası birlikteyken; %34,7'sinin ebeveynlerinin boşanmış olduğu, anne ve/veya babası vefat etmiş olan %6,5 vaka olduğu ve %1,2 vakada ise aile durumu bilgisinin olmadığı görüldü (56). Aydın Çocuk İzlem Merkezinde yapılan çalışmada aile durumlarına bakıldığında çocukların %51'inin çekirdek aile ile yaşadığı, %10'unun geniş aile ile yaşadığı ve %39'unun ise parçalanmış aile yapısında yaşadığı tespit edilmiş (57). İstismar mağduru çocukların çoğunlukla çekirdek aile yapısından gelmesinde ailesel destek yetersizliği veya ebeveyn işlev bozuklukları sebebiyle çocuklarda istismara karşı koruyucu etkilerin azalmasını düşündürebilir. Bununla birlikte, kurum bakımında veya geniş aile yanında yaşayan çocuklarda da ebeveyn ilgisizliği, denetim eksikliği ve güvenli bağlanmanın yetersizliği gibi nedenlerle istismar riskinin arttığı düşünülmektedir. Ebeveynlerin boşanmış veya ayrı yaşadığı ailelerde de çocuğun psikososyal destekten yoksun kalmasına ve denetimsiz ortamlara daha kolay girmesine neden olabileceği için istismar riski artmaktadır. Ebeveyn kaybı da benzer şekilde çocuğun duygusal güvenlik duygusunu zedeleyerek istismar açısından savunmasız hale getirebilir. Ülkemizdeki çalışmalarda çoğunlukla çekirdek aile ile yaşayan çocuklarda görülmesinin sebeplerinden biri olarak, aslında evlilik ilişkilerinin olumsuzluğuna

rağmen kültürel olarak boşanmanın daha az oranda olmasının da gösterilebileceğini düşünmekteyiz. Çekirdek aile ortamında mevcut huzursuzlukların, fiziksel/psikolojik şiddet ve istismarın yine cinsel istismara da maruz kalma açısından risk faktörleri arasındadır. Kurum bakımında bulunan çocuklarda tekrarlayan istismar olgularının yüksekliği, kurum içi koruyucu mekanizmaların yeterince etkin işletilemediğini düşündürmektedir. Bu durum, kurum bakımının tek başına koruyucu bir unsur olmadığı, etkin denetim, multidisipliner yaklaşım ve sürekli eğitimle desteklenmediğinde çocukları yeniden istismara karşı yeterince koruyamadığını göstermektedir.

Çalışmamızda çocukların yaşadıkları yer ile yaşları karşılaştırıldığında resmi veya özel bakım yurdunda kalan çocukların yaşları, çekirdek aile ve geniş ailesiyle yaşayanlardan yüksek tespit edildi. Buna sebep olarak istismar olgularının geç fark edilmesi veya bildirimin gecikmesi, mağdur çocukların kurumsal koruma altına alınmasının genellikle daha ileri yaşlarda gerçekleşmesine yol açtığı düşünülebilir. Ergenlik dönemine yaklaşan çocuklar, olayları tanımlayabilme ve ifade edebilme becerisine daha fazla sahip olduklarından, bu yaş grubundaki vakalar daha sık olarak kuruma yönlendirilmektedir. Yine küçük yaşlardaki çocukların çoğunlukla biyolojik ailelerinin yanında veya akraba gözetiminde tutulmaya çalışıldığı, buna karşın ergenlik döneminde aile içi çatışmaların artması, ebeveynlerin çocuğu kontrol etme güçlüğü veya aile içi şiddet gibi faktörlerin kurumsal bakım kararını daha olası hale getirdiği bilinmektedir. Bu bağlamda, resmi veya özel bakım yurdunda yaşayan çocukların yaş ortalamasının daha yüksek bulunması, literatürdeki verilerle tutarlı olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda cinsiyetlere göre yaşanan yer durumlarına bakıldığında erkek çocukların çekirdek ailesiyle yaşama oranı, kız çocuklardan yüksek; resmi veya özel bakım yurdunda kalma durumlarının ise kız çocuklardan düşük olduğu tespit edildi. Kız çocuklarının erkeklere kıyasla daha yüksek oranda kurum bakımına alınmasının başlıca nedenlerinden biri, cinsel istismar mağdurlarının çoğunluğunun kız çocukları olması olarak düşünülebilir. Kız çocuklarının cinsel istismara maruz kalma oranlarının daha yüksek olduğu ve bu nedenle korunma amacıyla daha sık şekilde yurt, sevgi evi veya Çocuk İzlem Merkezleri aracılığıyla kurum bakımına yönlendirildikleri bilinmektedir. Erkek çocukların istismara maruz kaldığı yaş grubu daha küçük yaşlar

olduğu için sosyal inceleme tedbirleri kapsamında aile yanında kalmasının daha iyi olabileceği sebebiyle çekirdek aileyle yaşama oranının daha yüksek çıktığı düşünülebilir.

Çalışmamızdaki vakaların %95,7'si Türkiye Cumhuriyeti vatandaşıdır. Türkiye'de yapılan benzer çalışmalarda da Çocuk İzlem Merkezlerine başvuran çocukların büyük çoğunluğunu Türk vatandaşlarının oluşturduğu bildirilmiştir (57,58). Bu durum, Türkiye'de ikamet eden çocuk nüfusunun büyük kısmını Türk vatandaşlarının oluşturmasıyla birlikte, yabancı uyruklu çocukların adli süreçlerde veya sosyal hizmet sistemine erişimde yaşadıkları dil, yasal statü veya bildirim zorlukları nedeniyle bu merkezlere daha az başvurmalarına da bağlanabilir. UNICEF'te göçmen veya sığınmacı çocukların hakları konusunda başkalarına göre daha az bilgi aldıklarından, buna bağlı olarak istismar ve ihmal vakalarında bildirim oranlarının düşük olduğundan ve adli mercilere erişimlerinin sınırlı olabildiğinden bahsedilmekte ve buna yönelik yabancı uyruklu özellikle de göçmen çocukların daha iyi hizmet almasını ve korunmasını sağlamak için çeşitli öneriler geliştirilmektedir (59). Dolayısıyla çalışmamızda Türk vatandaşlarının oranının yüksek bulunması hem ülke demografisi hem de göçmen çocukların sisteme erişimindeki güçlüklerle ilişkili olup mevcut literatürle uyumlu bir bulgudur.

Madde kullanım geçmişine bakıldığında %2,6'sı sadece alkol, %2,6'sı sadece madde, %2,6'sı hem alkol hem madde kullanmakta, %92,2'sinde ise herhangi bir madde/alkol kullanımı bulunmamaktaydı. Alkol ve/veya madde kullanımında yaş ortalamaları 15-16 aralıklarında olduğu görülürken, madde kullanmayan çocukların yaş ortalamaları 13,9 saptandı. Madde kullanım öyküsü ile cinsiyet durumlarına bakıldığında erkek çocuklarının %5,3'ünde alkol, %10,5'inde madde ve alkol birlikte kullanımı saptanırken kız çocuklarının %3,6'sında alkol, %4,4'ünde madde, %1,2'sinde madde ve alkol birlikte kullanımı saptandı. İstanbul il genelinde istismar başvurusu olan çocuklarla yapılan bir çalışmada kız mağdurların %8,7'sinin erkek mağdurların ise %7,1'inin madde kullandığı görülmektedir (56). Araştırmalar, madde ve alkol kullanımının ergenlik döneminin ileri yaşlarına doğru arttığını göstermektedir. Özellikle 14-17 yaş aralığında, kimlik gelişimi, akran etkisi, merak duygusu ve risk alma eğiliminin artmasıyla birlikte madde kullanım oranlarının yükseldiği bildirilmektedir. İstismar mağduru çocuklarda madde ve alkol

kullanımının, travmatik yaşantılara bağılı olarak gelişen baş etme mekanizmalarının bir parçası olabileceğı de göz önünde bulundurulmalıdır. Özellikle cinsel istismar mağdurlarında stres faktörlerini azaltmak için veya duygusal kaçış amacıyla madde kullanımına yönelme durumları olabilir. Bu açılardan bakıldığında çalışmamızda madde/alkol kullanım durumlarının yaş ile artmasının olağan bir sonuç olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızdaki çocukları tıbbi özgeçmişleri açısından incelediğimizde %94,8'inde ek tanıdan bahsedilmezken; %1,7'sinde hafif düzey mental retardasyon (MR), %0,9'unda orta düzey MR, %0,9'unda sınır zeka, %0,9'unda geçirilmiş menenjit ve %0,9'unda disosiyatif kişilik bozukluğu olduğu tespit edildi. Trabzon'da Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Hastalıkları Anabilim Dalında 2005-2007 yılları arasında başvuruları olan istismar mağduru çocukların incelendiğı çalışmada olguların WISC-R ile değerlendirilmiş olan zeka düzeylerine bakıldığında, %16,1'inde mental retardasyon, %11,3'ünde sınır zeka düzeyi saptandığı görüldü (60). Trabzon Çocuk Koruma ve İzlem Merkezinde 2021 yılında yapılan çalışmada çocukların tıbbi geçmişlerine bakıldığında %77,7 çocukta herhangi bir fiziksel veya ruhsal hastalık bulunmadığı, en sık rastlanan ruhsal bozukluğun ise olguların %7,8'inde görülen mental retardasyon olduğu tespit edilmiş (50). Zihinsel yetersizlik veya psikiyatrik bozukluğu olan çocuklar istismar açısından daha savunmasız olarak görüldüğü için riskli gruplar arasındadır. Özellikle zeka geriliğı olan çocuklarda istismarı fark etme, anlamlandırma ve bildirme güçlüğü nedeniyle istismara maruz kalma, istismarın tekrarlanma ve uzun süre devam edebilme durumları daha sık karşımıza çıkabilmektedir. Geçirilmiş menenjit gibi organik nörolojik hastalıklar, bilişsel işlevlerde bozulma veya davranış düzenleme güçlüğüne yol açarak çocuğun sosyal ilişkilerinde kırılganlığa neden olabilir. Bu durum, dolaylı olarak istismar riskini artırabilir.

Çalışmamızda vakaların Çocuk Koruma ve İzlem Merkezine yönlendirilen başvuruları incelendiğinde, istismar sonrasında ilk başvuru yapılan birimlerin %73'ünün polis veya jandarma, %7,8'inin savcılık, %19,1'inin direk Çocuk İzlem Merkezi olduğu tespit edildi. İzmir Çocuk İzlem Merkezinde yapılan bir çalışmada olguların ÇİM'e en sık yönlendirme biçiminin %88 oranla kolluk kuvvetleri tarafından yönlendirme olduğu saptandı (4). Sakarya Çocuk İzlem Merkezinde 5 yıllık

başvuruların incelendiği çalışmada vakaların %41,8'inin bildirimini anne-babaların yaptığı, %28,6 ile öğretmen bildirimlerinin ikinci en sık bildirim yapan taraf olduğu görülürken; sağlık personeli, polis, jandarma, yurt görevlileri gibi kişi ve kurumların bildirimlerinin %22,5 olduğu görülmüştür (58). Genel olarak çocuk istismarı olayları adli olaylar olduğu ve mağdur veya yakınlarının doğrudan emniyet birimlerinden yardım talep etmeleri sebebiyle en sık başvuruların kolluk kuvvetleri tarafından yapıldığı düşünülebilir. Ayrıca kolluk kuvvetlerinin 7/24 erişilebilir olması, küçük yerleşim yerlerinde dahi kolay ulaşılabilir noktalarda bulunması bu oranın yüksek olmasında etkili olmaktadır. Bizim çalışmamızda incelediğimiz belgeler arasında vakaların hangi yol ile Çocuk Koruma ve İzlem Merkezine getirildiği bilgilerine bakıldı. Dolayısı ile kolluk kuvvetlerine yapılan bildirimin kim veya hangi kurum tarafından yapıldığı bilgisi elde edilemedi. Çocuk İzlem Merkezlerine doğrudan başvuru oranının görece düşük düzeyde olması ise ülkemizde Çocuk İzlem Merkezleri varlığı ve sürecin ne şekilde yürütüldüğü konusunda bilgilendirmenin eksikliğinden kaynaklı olabilir. Çünkü ÇİM'ler, çocuk mağdurun adli, tıbbi ve psikososyal değerlendirmesinin tek merkezde yapılmasını sağlayarak ikincil travmayı önlemeyi amaçlamaktadır ve aslında bu nedenle, doğrudan ÇİM'e yönlendirilen başvuruların artırılması hem adli süreçlerin hızlanması hem de mağdurun psikolojik açıdan korunması açısından önem taşımaktadır. Benzer şekilde, savcılığa doğrudan yapılan başvuruların düşük oranı da genellikle olayların önce kolluk aracılığıyla adli mercilere iletilmesi uygulamasıyla açıklanabilir.

Çalışmamızda vakaların sosyal inceleme sonuçlarına baktığımızda vakaların %49,6'sında koruyucu tedbir uygulandığı, %8,7'sinde uygulanmadığı ve %41,7'sinde sosyal inceleme bilgisi bulunmadığı görüldü. Kurum bakımına alınma açısından incelediğimizde vakaların %27,8'inde ilk başvuru sonrasında kurum bakımına alınırken, %18,3'ünde sonraki başvurularda kurum bakımına alınmış ve %53,9'unda ikamet değişimi olmamıştır. Cinsiyetlere göre baktığımızda ise erkek çocukların ilk başvuru sonrası ikamet değişikliğinin olmadığı, kız çocuklarının ise %31,6'sının ilk başvuru sonrası kurum bakımına alındığı saptandı. İstanbul'da bir Çocuk İzlem Merkezinde 5 yıllık süre zarfında yapılan bir incelemede, cinsel istismar mağdurlarından %18'inde sosyal inceleme istendiği ve vakaların %4,4'ü için koruma

kararı çıkarıldığı, %5,2'sinin bakım tedbiri kapsamında kurum bakımına alındığı görüldü (61). İzmir'de Çocuk İzlem Merkezinde yapılan bir başka çalışmada başvuran %9 çocuk ve ergen için koruma kararı çıkarıldığı görüldü (4). Sakarya'da Çocuk İzlem Merkezinde 5 yıllık araştırma ile yapılan çalışmada vakaların %21,3'ünden sosyal inceleme talep edildiği, %4'ünün bakım tedbiri kapsamında kurum bakımına alındığı, %70,8 görüşmesinin ardından ÇİM merkezi tarafından herhangi bir hizmet modeli uygulanmadığı tespit edilmiştir (58). Çocuk İzlem Merkezlerinde değerlendirilen vakalarda istismarın tipi, şiddeti, mağdur ve failin özellikleri, mağdurların ailelerinin sosyokültürel ve ekonomik durumları birbirinden farklılık gösterebileceğinden uygulanan hizmet modeli de çeşitlenmektedir. Bu kararın verilmesinde, başta sosyal çalışmacılar olmak üzere çocuğun gereksinimleri ve ailenin koşulları değerlendirilirken, multidisipliner bir yaklaşım gösterilir. Özellikle çocuk istismarı vakalarında sosyal inceleme raporlarının her zaman düzenli olarak tamamlanamaması ve bazı durumlarda aile iş birliğinin sağlanamaması veya adli sürecin kısa sürede tamamlanması nedeniyle bu bilgilerde eksiklik oluşabilmektedir. Bizim çalışmamızda koruyucu tedbirlerin yaklaşık yarı oranda uygulanmış olması, istismar sonrası çocukların önemli bir bölümünün korunma altına alınması veya sosyal hizmet müdahalesiyle desteklenmiş olduğunu göstermektedir. Koruyucu ve destekleyici tedbirlerin mağdur çocukların güvenliği ve psikososyal iyileşmesi açısından kritik öneme sahip olduğu bilinmektedir. Ancak bizim çalışmamızın sonuçlarında gördüğümüz kadarıyla, koruyucu ve destekleyici tedbirlerin istismarın tekrarlanmasında yeteri kadar önleyici olmadığı düşünülmektedir. Çalışmamızda istismar sonrasında kurum bakımına alınan çocukların çoğunun ilk istismar sonrası kurum bakımına alındığı, buna rağmen tekrarlayan başvurularının olduğu görülmektedir. Mağdur çocukların güvenlik, sosyal baskı veya psikolojik nedenlerle kurum bakımına alındığı, özellikle aile içi istismar vakalarında mağdurların veya ailenin yeniden travmaya uğramasının önlenmesi ya da toplumsal damgalanmadan kaçınma amacıyla bakım tedbiri uygulanması gerektiği bilinmektedir. Fakat kurum bünyesinde olan çocukların da tekrarlayan başvurularının oranı bize kurum içerisindeki önlemlerin yetersiz olduğunu düşündürmektedir.

İncelediğimiz tekrarlayan vakalarda failin aynı kişi olup olmaması durumuna bakıldığında erkek vakaların tamamında failin farklı kişi olduğu, kız vakaların ise

%87,2'sinde failin farklı kişi olduğu tespit edildi. Çekirdek aile ile yaşayan çocuklarda daha çok fail aynı kişi olarak tespit edilirken, resmi veya özel bakım yurdunda yaşayan çocuklarda çoğunlukla failin farklı kişi olduğu tespit edildi. Özellikle aile yanında yaşayan çocuklarda failin aynı kişi olmasının, aile içi/yakın çevre istismarına, bu istismarların süreklilik göstermesine ve gizli tutulmasına işaret ettiği düşünülebilir. Yurt veya kurum bakımında yaşayan çocuklarda failin çoğunlukla farklı kişiler olması, bu çocukların istismara maruz kalma biçimlerinin daha çok kurum dışı veya çevresel ilişkilerden kaynaklandığını göstermektedir. Kurumda kalan çocukların daha geniş bir yetişkin ve akran çevresiyle temas halinde olmaları, farklı ortamlarda bulunmaları veya denetimsiz zaman dilimlerinde çeşitli kişilerle karşılaşmaları bu durumu açıklayabilir.

Çocuk istismarı; çok disiplinli, hızlı ve koordineli müdahaleler gerektiren, pek çok kurum ve uzmanın ortak çalışmasını zorunlu kılan karmaşık bir sorundur. Bu nedenle, korunmaya yönelik erken müdahaleler ve önleyici uygulamalar büyük önem taşımaktadır. İstismar şüphesi veya bulgusunun bildirilmesi, çocuğu devam eden veya yinelenebilecek istismardan koruyan en temel adımlardan biridir; aynı zamanda mağdurun gerekli psikolojik ya da fiziksel tedaviye hızla ulaşmasını sağlar. Bu nedenle bildirimin koruyucu niteliği belirgindir. ÇİM'ler, çocuk istismarına ilişkin süreçlerin yönetiminde multidisipliner bir modeli benimseyerek etkili bir hizmet sunumu sağlamaktadır. Farklı meslek gruplarını aynı çatı altında toplayarak hem tüm hizmetlerin tek merkezde yürütülmesini mümkün kılmakta hem de gerektiğinde diğer kurumlara hızlı yönlendirmeye olanak tanımaktadır. Böylece, mağdur çocuğun adli süreçten doğabilecek örselenmesinin azaltılması hedeflenmektedir. Ayrıca, ÇİM'lerin veriyi tek bir sistemde toplayabilme özelliği, istismar vakalarında veri güvenliği ve standardizasyonunun sağlanması açısından önemli bir ihtiyacı karşılamaktadır. Her ne kadar ÇİM'lerde hizmet sunumunun tamamen standardize edilmesi ve bunun uzun vadeli sonuçlarına ilişkin bazı kaygılar olsa bile, toplumda farkındalık oluşturulması, aile ve çocukların eğitilmesi, çocuk koruma politikalarının geliştirilmesi ve savunuculuğun güçlendirilmesi yönünden önemli katkılar sundukları bilinmektedir. Bununla birlikte, ÇİM uygulamalarının çocukların ruh sağlığı ve genel iyilik hali üzerine uzun dönem etkilerini değerlendiren geniş örneklemli, uzunlamasına araştırmalara ihtiyaç olduğu açıktır.

Çalışmamızın bulguları değerlendirildiğinde, tekrarlayan istismar açısından en riskli grubun ergen yaştaki kız çocuklar olduğu görülmektedir. Bu nedenle özellikle bu yaş grubu ile çalışan profesyonellerin etkili eğitim ve bilgilendirme yapmasının önemli bir koruyucu unsur olduğu düşünülmektedir. Sonuç olarak, çocukların merkeze ilk başvurularında tekrarlama riskinin dikkatle değerlendirilmesi ve gerekli koruyucu önlemlerin alınması, istismarın yinelenmesini önlemede temel bir gerekliliktir.

6. SONUÇ

Türkiye’de Çocuk İzlem Merkezleri, istismar mağduru çocukların ikincil örselenmesini azaltmayı hedefleyen önemli bir model olmakla birlikte hem ulusal raporlar hem de uluslararası araştırmalar, bu yapının yalnızca tespit aşamasında etkin olduğunu, ancak önleme ve takip süreçlerinde yeterli işlevselliğe ulaşamadığını göstermektedir. Çalışmamızda incelediğimiz tekrarlayan başvurular, sistemin yalnızca olayı kayıt altına almakla sınırlı kaldığını, riskli çocukların izlenmesi ve ailelerin güçlendirilmesi noktasında önemli boşlukların bulunduğunu ortaya koymaktadır. Çocuk istismarının önlenmesinde erken tespit kadar, çocuğun uzun vadeli psiko-sosyal takibinin kesintisiz yürütülmesi de temel belirleyicilerdendir.

Mevcut bulgular, ÇİM’lerin aktif olarak çalışmasına rağmen çocuğun izlenme sürecinin sistematik biçimde yürütülmediğini ve farklı kurumlar arasında etkin bir vaka iletişimi kurulamadığını göstermektedir. Uluslararası Child Advocacy Center (CAC) modellerinde öne çıkan başarının, paydaşların düzenli toplantılarla ortak karar almasına ve çocuk için tek bir vaka yöneticisinin süreci koordine etmesine bağlı olduğu bilinmektedir. Oysa Türkiye’de hem adli birimler hem sağlık personeli hem de kolluk kuvvetleri arasında anlık iletişim ve ortak planlama eksiklikleri sürmekte; bu durum hem müdahale sürecini yavaşlatmakta hem de çocuğun tekrar zarar görme riskini artırmaktadır.

Sosyal hizmet desteklerinin tekrarlayan istismarı önlemedeki rolü de net olarak bilinmekle birlikte, yönlendirme yapılmasına rağmen hizmetin sürdürülebilirliği ve etkisi çoğu durumda sınırlı kalmaktadır. Düzenli aile görüşmeleri, terapi programları, okul temelli izlem ve sosyal çevrenin güçlendirilmesinin istismar döngüsünü kırmada kritik öneme sahip olduğu bilinmektedir. Dolayısıyla, yalnızca mağdur çocuğun ilk değerlendirmesi değil, aile bütününde ihtiyaç duyulan müdahalelerin uzun vadeli bir planla takip edilmesi gereklidir.

Sonuç olarak hem mevcut araştırmalar hem çalışmamızdaki bulgular, ÇİM modelinin tekrarlayan istismarı önleme konusunda yeterli koruyucu etkiyi sağlayamadığını göstermektedir. Bu nedenle; her vakaya özgü izlem planı hazırlanması, sosyal desteklerin zorunlu ve düzenli hâle getirilmesi, paydaş kurumların ortak elektronik sistem üzerinde iletişim kurması ve çocukla çalışan tüm

profesyonellerin düzenli eğitimlerden geçirilmesi gerekmektedir. Bu adımların hayata geçirilmesi, çocuk adalet sisteminin çocuk odaklı niteliğini güçlendirecek ve istismarın tekrarını engelleme kapasitesini belirgin biçimde artıracaktır.

7. KAYNAKÇA

1. Çocuk istismarı [Internet]. [a.yer 03 Aralık 2025]. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
2. Çocuk istismarının önlenmesi: Eylemde bulunma ve kanıt üretme rehberi [Internet]. [a.yer 03 Aralık 2025]. Erişim adresi: <https://www.who.int/publications/i/item/preventing-child-maltreatment-a-guide-to-taking-action-and-generating-evidence>
3. Global status report on violence against children 2020 [Internet]. [a.yer 03 Aralık 2025]. Erişim adresi: <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/violence-prevention/global-status-report-on-violence-against-children-2020>
4. Bağ Ö, Alşen S. Çocuk izlem merkezinde cinsel istismarın değerlendirilmesi: Bir merkezin bir yıllık deneyimi. Anadolu Psikiyatri Derg. 2017;18(1):62-8.
5. Üyesi Ö, Mayıs Üniversitesi O, Bilimleri Fakültesi S, Yönetimi Bölümü S. AVRUPA BİRLİĞİ'NDE ÇOCUK İSTİSMARINA GENEL BİR BAKIŞ. Journal of Institute of Economic Development and Social Researches [Internet]. 01 Nisan 2018 [a.yer 03 Aralık 2025];4(10):418-39. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/iksd/issue/51699/671180>
6. Faller KC, Palusci VJ. Children's advocacy centers: Do they lead to positive case outcomes? Child Abuse Negl [Internet]. 2007 [a.yer 03 Aralık 2025];31(10):1021-9. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17996301/>
7. Oral R, Can D, Kaplan S, Polat S, Ates N, Cetin G, vd. Child abuse in Turkey: An experience in overcoming denial and a description of 50 cases. Child Abuse Negl [Internet]. 2001 [a.yer 03 Aralık 2025];25(2):279-90. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11330925/>
8. Sağlam M, Aral N. Tarihsel Süreç İçerisinde Çocuk ve Çocukluk Kavramları. Çocuk ve Medeniyet [Internet]. 01 Aralık 2016 [a.yer 03 Aralık 2025];1(2):43-56. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/cm/issue/57207/807848>
9. Genç Ö. Çocukların Orta Çağ Avrupa'sındaki Yeri. Vakanüvis - Uluslararası Tarih Araştırmaları Dergisi [Internet]. 30 Mart 2016 [a.yer 03 Aralık 2025];1(1):241-61. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/vakanuvis/issue/21695/233672>
10. Karadoğan UC. "Çocuk ve Çocukluk" Kavramının Tarihsel Süreçte Değerlendirilmesi. Çocuk ve Medeniyet [Internet]. 01 Haziran 2019 [a.yer 03 Aralık 2025];4(7):195-226. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/cm/issue/57213/807902>
11. Ofraz A. Çocuk Eğitimi/Terbiyesi'nde Nebevî Metod. Iğdır Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi [Internet]. 01 Nisan 2017 [a.yer 03 Aralık 2025];(11):287-306.

Erişim adresi:
<https://dergipark.org.tr/tr/pub/igdirsosbilder/issue/66816/1044987>

12. Çocuk Haklarına Dair Sözleşme | UNICEF Türkiye [Internet]. [a.yer 03 Aralık 2025]. Erişim adresi: <https://www.unicef.org/turkiye/%C3%A7ocuk-haklar%C4%B1na-dair-s%C3%B6zle%C5%9Fme>
13. TÜRK CEZA KANUNU.
14. ÇOCUK KORUMA KANUNU.
15. TÜRK MEDENİ KANUNU.
16. Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. PLoS Med [Internet]. Kasım 2012 [a.yer 03 Aralık 2025];9(11):e1001349. Erişim adresi: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001349>
17. Pelendecioğlu B, Bulut S. Çocuğa Yönelik Aile İçi Fiziksel İstismar. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi [Internet]. 15 Mart 2016 [a.yer 03 Aralık 2025];9(1):49-62. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/aibuefd/issue/1496/18096>
18. Roche AJ, Fortin G, Labbé J, Brown J, Chadwick D. The work of Ambroise Tardieu: The first definitive description of child abuse. Child Abuse Negl [Internet]. 2005 [a.yer 03 Aralık 2025];29(4):325-34. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15917075/>
19. CAFFEY J. Multiple fractures in the long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma. Am J Roentgenol Radium Ther. Ağustos 1946;56(2):163-73.
20. SILVERMAN FN. The roentgen manifestations of unrecognized skeletal trauma in infants. Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med. Mart 1953;69(3):413-27.
21. KEMPE CH, SILVERMAN FN, STEELE BF, DROEGEMUELLER W, SILVER HK. The battered-child syndrome. JAMA. 07 Temmuz 1962;181:17-24.
22. Violence against children [Internet]. [a.yer 03 Aralık 2025]. Erişim adresi: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-children?utm_source=chatgpt.com
23. Nearly 400 million young children worldwide regularly experience violent discipline at home – UNICEF [Internet]. [a.yer 03 Aralık 2025]. Erişim adresi: https://www.unicef.org/press-releases/nearly-400-million-young-children-worldwide-regularly-experience-violent-discipline?utm_source=chatgpt.com

24. Over 370 million girls and women globally subjected to rape or sexual assault as children – UNICEF [Internet]. [a.yer 03 Aralık 2025]. Erişim adresi: <https://www.unicef.org/turkiye/en/press-releases/over-370-million-girls-and-women-globally-subjected-rape-or-sexual-assault-children>
25. İhmal ve İstismar [Internet]. [a.yer 03 Aralık 2025]. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ihmal-istismar.html>
26. Polat O. Şiddet. Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi [Internet]. 14 Mart 2017 [a.yer 03 Aralık 2025];22(1):15-34. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/maruhad/issue/27591/290653>
27. Kara B, Biçer Ü, Gökalp AS, Üniversitesi K, Fakültesi T, Doçenti PY, vd. Çocuk istismarı. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi [Internet]. 15 Nisan 2004 [a.yer 03 Aralık 2025];47(2):140-51. Erişim adresi: <https://cshd.org.tr/article/view/568>
28. Schreler HA, Libow JA. Munchausen by proxy syndrome: A modern pediatric challenge. J Pediatr [Internet]. 1994 [a.yer 03 Aralık 2025];125(6 PART 2). Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7983565/>
29. Çocuklarda ve Adölesanlarda Duygusal İstismar ve İhmal [Internet]. [a.yer 03 Aralık 2025]. Erişim adresi: https://www.researchgate.net/publication/321148466_%20Cocuklarda_ve_Ad_olesa%20nlarda_Duygusal_Istismar_ve_Ihmal
30. Psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve psikopatoloji ile ilişkisi. 2011 [a.yer 03 Aralık 2025];12(2):130-6. Erişim adresi: <https://search.trdizin.gov.tr/tr/yayin/detay/120326>
31. Eren MB, Bilgiç E, Öztürk T, Balta O, Zengin EÇ. Fiziksel Çocuk İstismarı Şüpheli Olgunun Klinik Yönetimi: Pediatrik Ortopedik Travma Perspektifi. Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi [Internet]. 06 Eylül 2022 [a.yer 03 Aralık 2025];14(1):10-23. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/gutfd/issue/72499/1171538>
32. Adli Tıp ve Adli Bilimler. Adli Tıp ve Adli Bilimler. 02 Temmuz 2019;
33. İhmal D, Ve Çocuk İ, Rolü H, Dinleyici M, Dağlı FŞ, Üniversitesi EO, vd. DUYGUSAL İHMAL, İSTİSMAR VE ÇOCUK HEKİMİNİN ROLÜ / EMOTIONAL ABUSE, NEGLECT AND THE ROLE OF PEDIATRICIAN. Osmangazi Tıp Dergisi [Internet]. 01 Mayıs 2016 [a.yer 03 Aralık 2025];38(2):18-27. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/otd/issue/26939/218060>
34. KOÇ S, CAN M. BİRİNCİ BASAMAKTA ADLİ TIP [Internet]. [a.yer 03 Aralık 2025]. Erişim adresi: https://www.istabip.org.tr/dosyalar/adli_tip.pdf
35. Çocuk İstismarı – 1, Oğuz Polat - Kitap [Internet]. [a.yer 03 Aralık 2025]. Erişim adresi: <https://www.seckin.com.tr/kitap/tum-boyutlariyla-cocuk->

istismari-1-tanimlar-oguz-polat-s-p-187869276?srsId=AfmBOorQvjRsf1m1YkvHe8zRWE8ji0HRR2MTCjfp7IoFeZea28Bzejp

36. TUNÇER P. AMERİKA BİRLEŞİK DEVLETLERİ'NDE ÇOCUK KORUMA HİZMETLERİNİN KISA TARİHİ. The Journal of Social Sciences [Internet]. 01 Ocak 2019 [a.yer 03 Aralık 2025];37(37):46-65. Erişim adresi: https://www.researchgate.net/publication/334025051_AMERIKA_BIRLESIK_DEVLETLERİ'NDE_COCUK_KORUMA_HIZMETLERİNİN_KISA_TAR_IHI
37. Jalongo MR. The story of Mary Ellen Wilson: Tracing the origins of child protection in America. Early Child Educ J. Ağustos 2006;34(1):1-4.
38. İnan AN. ÇOCUK HAKLARI BEYANNAMESİ İLKELERİNİN TÜRK HUKUK SİSTEMİNE ETKİSİ. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi [Internet]. 12 Eylül 2019 [a.yer 03 Aralık 2025];1(1):201-19. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/auedf/issue/48687/619479>
39. BİRLEŞMİŞ MİLLETLER ÇOCUK HAKLARI BİLDİRGESİ. 1959;
40. Çocuk Haklarına Dair Sözleşmenin Başvuru Usulüne İlişkin İhtiyari Protokol | Human Rights Center | İstanbul Bilgi University [Internet]. [a.yer 03 Aralık 2025]. Erişim adresi: <https://insanhaklarimerkezi.bilgi.edu.tr/tr/content/127-cocuk-haklarna-dair-sozlesmenin-basvuru-usulune-iliskin-ihiyari-protokol/>
41. Lale KURT S. ÇOCUK HAKLARINA İLİŞKİN TEMEL ULUSLARARASI BELGELER VE TÜRKİYE UYGULAMASI. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi [Internet]. 17 Ağustos 2016 [a.yer 03 Aralık 2025];0(36). Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/spcd/issue/24711/261358>
42. Akyüz E. ÇOCUK HAKLARI BİLDİRİSİ VE TÜRK HUKUK SİSTEMİ. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi [Internet]. 10 Eylül 2019 [a.yer 03 Aralık 2025];13(1):339-65. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/auedf/issue/48619/617797>
43. ÇOCUKLARIN CEZA HUKUKUNDAKİ YERİ VE ÇOCUKLARIN KORUNMASI [Internet]. [a.yer 03 Aralık 2025]. Erişim adresi: <https://www.anayasa.gov.tr/media/3626/akarca.pdf>
44. TRABZON BAROSU | www.trabzonbarosu.org.tr/ [Internet]. [a.yer 03 Aralık 2025]. Erişim adresi: <https://www.trabzonbarosu.org.tr/Detay/cocuk-izlem-merkezleri-turkiye-raporu-yayimlandi-63434>
45. Topdemir C. İstismar Mağduru Çocuğun Korunmasında Bir Uygulama: Çocuk İzlem Merkezi(ÇİM). Anadolu Bil Meslek Yüksekokulu Dergisi [Internet]. 01 Temmuz 2016 [a.yer 03 Aralık 2025];(43). Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/abmyoder/issue/46655/584928>

46. Mohler-Kuo M, Landolt MA, Maier T, Meidert U, Schönbucher V, Schnyder U. Çocuk İstismarı ve Çocuk İzlem Merkezleri. Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi [Internet]. 01 Aralık 2013 [a.yer 03 Aralık 2025];54(2):18-22. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/tshd/issue/52278/684019>
47. İzlem MÇYCİM: Ç. Çocuğa yönelik cinsel istismarla mücadelede : Çocuk İzlem Merkezi. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi [Internet]. 01 Eylül 2012 [a.yer 03 Aralık 2025];1(2):151-65. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ausbid/issue/38414/445599>
48. Aslan F, Erkol ZZ. Türkiye’de Çocuk İzlem Merkezleri ve Antalya Çocuk İzlem Merkezi Deneyimi. 2023. 1-158 s.
49. Macfie J, Cicchetti D, Toth SL. The development of dissociation in maltreated preschool-aged children. Dev Psychopathol [Internet]. Mart 2001 [a.yer 03 Aralık 2025];13(2):233-54. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11393645/>
50. Kırıcı GS, Özer E, Birincioğlu İ, Aydoğdu İH, Askay M, İmamoğlu M. Evaluation of Child Sexual Abuse Cases. The Bulletin of Legal Medicine [Internet]. 01 Ağustos 2021 [a.yer 20 Ekim 2025];26(2):78-84. Erişim adresi: <https://www.adlitipbulteni.com/index.php/atb/article/view/1367>
51. Temeloğlu E, Turan G, Sarıcan A. KOCAELİ BÖLGESİNDE KURULAN ÇOCUK İZLEM MERKEZİ’NE BAŞVURAN ÇOCUKLARIN VE AİLELERİNİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ. Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi [Internet]. 01 Aralık 2015 [a.yer 14 Ekim 2025];(6):16-27. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/tshd/issue/52282/684068>
52. UYSAL C, YILDIRIM Z. RETROSPECTIVE EVALUATION OF SEXUAL ABUSE CASES APPLIED TO DİCLE UNIVERSITY FORENSIC MEDICINE DEPARTMENT. Health Sciences Quarterly [Internet]. 15 Nisan 2021 [a.yer 02 Aralık 2025];5(Supplement Issue):133-40. Erişim adresi: <https://journals.gen.tr/index.php/jsp/article/view/1402>
53. BEYAZIT U, AYHAN AB. TÜRKİYE’DE YAPILMIŞ ÇOCUĞUN MAĞDUR OLDUĞU CİNSEL İSTİSMAR OLGULARINI KONU ALAN BİLİMSEL ÇALIŞMALARIN İNCELENMESİ. The Journal of Academic Social Science Studies [Internet]. 29 Ağustos 2015 [a.yer 02 Aralık 2025];1(31):443-53. Erişim adresi: https://jasstudies.com/?mod=makale_tr_ozet&makale_id=27288
54. Barth J, Bermetz L, Heim E, Trelle S, Tonia T. The current prevalence of child sexual abuse worldwide: a systematic review and meta-analysis. Int J Public Health [Internet]. 2013 [a.yer 02 Aralık 2025];58(3):469-83. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23178922/>
55. Finkelhor D. The prevention of childhood sexual abuse. Future Child [Internet]. Eylül 2009 [a.yer 02 Aralık 2025];19(2):169-94. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19719027/>

56. İstanbul İli Örneklemine Cinsel İstismar Mağduru Çocuk ve Ergenlerin Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Açısından İncelenmesi [Internet]. [a.yer 14 Ekim 2025]. Erişim adresi: https://www.researchgate.net/publication/352817639_Istanbul_Ili_Orneklemine_de_Cinsel_Istismar_Magduru_Cocuk_ve_Ergenlerin_Sosyodemografik_ve_Klinik_Ozellikler_Acisindan_Incelenmesi?enrichId=rgreq-f9e45c5da8097540a577a07b73a70383-XXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdlOzM1MjgxNzYzOTtBUzoMDQwMDAyMzY0NDg5NzM2QDE2MjQ5Njc5OTQ2MDI%3D&el=1_x_3
57. Tıp A, Cinsel MB, Olgularının İ, Değerlendirilmesi A, Retrospektif B, Araştırma T, vd. Aydın İlinde 2018-2022 Yılları Arasında Çocuk İzlem Merkezine Başvuran Cinsel İstismar Olgularının Adli Tıp Açısından Değerlendirilmesi: Bir Retrospektif Tanımlayıcı Araştırma. The Bulletin of Legal Medicine [Internet]. 01 Aralık 2024 [a.yer 14 Ekim 2025];29(3):214-21. Erişim adresi: <https://www.adlitipbulteni.com/index.php/atb/article/view/1707>
58. Büber Ö, Oksal H, Alnak A, Hastanesi A, İzlem Merkezi Ç, Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları A Hastanesi BE, vd. Çocuk İzlem Merkezine Başvuran Vakaların İncelenmesi: Bir Merkezin 5 Yıllık Deneyimi. Adli Tıp Dergisi [Internet]. 01 Nisan 2023 [a.yer 14 Ekim 2025];37(1):12-8. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/adlitip/issue/76662/1195740>
59. Çocuklar için adalet | UNICEF Türkiye [Internet]. [a.yer 12 Kasım 2025]. Erişim adresi: <https://www.unicef.org/turkiye/en/justice-children>
60. Adresi Y, Doç Y, Evrim A, Süleyman D, Üniversitesi T, Fakültesi ÇE, vd. Cinsel istismar mağduru olan çocukların başvuru şekilleri, klinik ve sosyodemografik özellikleri. Medical Journal of Süleyman Demirel University [Internet]. 30 Aralık 2010 [a.yer 14 Ekim 2025];17(4):15-21. Erişim adresi: <http://jms.artuklu.edu.tr/tr/pub/sdutfd/issue/21002/225798>
61. Author C, Mah Z, Osman Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi M, ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği Ç, Tonyalı A, Karaçetin G, vd. Çocuk Cinsel İstismarında Mağdur ve İstismar Özelliklerinin Değerlendirilmesi: Bir Çocuk İzlem Merkezi Deneyimi. Adli Tıp Dergisi [Internet]. 18 Aralık 2023 [a.yer 14 Ekim 2025];37(3):143-9. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/adlitip/issue/81391/1364131>

EKLER

Ek 1: Etik Kurul Onay Belgesi

 **T.C. KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ**
TIP FAKÜLTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: 24237859-43
Konu: Etik Kurul Onayı

15.01.2025

Sayın; Doç. Dr. Güven Seçkin KIRCI
Adli Tıp ABD.

“Rekürren Merkez Başvuruları Olan İstismar Mağduru Çocukların Klinik ve Demografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi” başlıklı 2024/271 protokol numaralı çalışma önerisi raporör ve etik kurul görüşleri doğrultusunda; tıbbi etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilginizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. S. Murat KESİM
Etik kurul Başkanı

Ek: 1 adet onay belgesi

61080 – Trabzon / TÜRKİYE
Tel: +90 (462) 377 5403 Faks: +90(462)325 2270 Elektronik Ağ: www.ktu.edu.tr

Ayrıntılı Bilgi İçin İrtibat
Şerafettin YILMAZ
e posta:
serafettinyilmaz@ktu.edu.tr

**KTÜ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU**

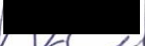
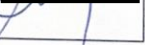
BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	“Rekürren Merkez Başvuruları Olan İstismar Mağduru Çocukların Klinik ve Demografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi”		
	ARAŞTIRMANIN PROTOKOL/PLAN KODU	2024/271		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Güven Seçkin KIRCI		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Adli Tıp		
	TEZ SAHİBİ/DİĞER ARAŞTIRICILAR, UNVANI/ADI/SOYADI	Arş.Gör.Dr.Çağnur CANATAN TECİR, Prof.Dr.Erdal ÖZER		
	DESTEKLEYİCİ			
	ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ			
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	TEZ ☒ AKADEMİK AMAÇLI ☐		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama	
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	☐		
	SİGORTA	☐		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐		
	İLAN	☐		
	YILLIK BİLDİRİM	☐		
	SONUÇ RAPORU	☐		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐		
	DİĞER:	☐		

**KTÜ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU**

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 25	Tarih: 13.01.2025
	Doç.Dr.Güven Seçkin KIRCI'nın sorumluluğunda yürütülmesi planlanan Arş.Gör.Dr.Çağnur CANATAN TECİR'e ait "Rekürren Merkez Başvuruları Olan İstismar Mağduru Çocukların Klinik ve Demografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi" başlıklı 2024/271 no.lu ve yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma/tez başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına; toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.	

KTÜ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU	
ÇALIŞMA ESASI	KTÜ Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Yönergesi, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. S. Murat KESİM

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		İlişki *		Katılım **		İmza
Prof. Dr. S. Murat KESİM Başkan:	Tıbbi Farmakoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Murat LİVAOĞLU Başkan Yrd.:	Plastik, Rekons. ve Estetik Cer.	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Yılmaz BÜLBÜL Üye:	Göğüs Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	İZİNLİ
Prof. Dr. Nazım Ercüment BEYHUN Üye:	Halk Sağlığı	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Ali GÜNER Üye:	Genel Cerrahi	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Demet SAĞLAM AYKUT Üye:	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Burcu GÜVEN Üye:	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin YAMAN Raportör:	Tıbbi Biyokimya	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Zeynep SAĞNAK YILMAZ Üye:	Tıbbi Patoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	

* :Araştırma ile İlişki

** :Toplantıda Bulunma

Ek 2: Akademik Çalışma Onayı



T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (Farabi
Hastanesi) Başhekimliği

13.12.2024 17:08
E-48814514-299-88851
05012900



Sayı : E-48814514-299-88851
Konu : Akademik Çalışma (Arş. Gör. Dr. Çağnur
CANATAN TECİR)

13.12.2024

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : 12.12.2024 tarih ve E-50673702-010.99-67866 sayılı yazınız.

İlgi yazınıza konu olan Anabilim Dalınız araştırma görevlilerinden Dr. Çağnur CANATAN TECİR'in "Rekürren Merkez Başvuruları Olan İstismar Mağduru Çocukların Klinik ve Demografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi" isimli çalışmaya dahil edilecek hastaların kimlik bilgilerinin paylaşılmaması, hasta mahremiyetine azami hassasiyet gösterilmesi ve Etik Kurul onayı alınması halinde, bu çalışma kapsamında talep edilen bilgi ve belgelerin (Arşiv bölümünden ve PACS sisteminden dosyaların ve hasta bilgilerinin alınabilmesi), hasta dosyalarının Arşiv ünitemiz dışına çıkarılmamak kaydıyla, incelenmesi Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerini ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Celal TEKİNBAŞ
Başhekim

Dağıtım :
Gereği :
Adli Tıp Anabilim Dalı Başkanlığına
Bilgi :
Tıp Fakültesi Dekanlığına
Bilgi İşlem Merkezi Sorumlusuna
Arşiv Ünitesi Sorumlusuna

Doğrulama Kod: 389DBDE2-62EC-4210-8D34-43F779F6746B

Bu belge güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Doğrulama Adres: <https://www.turkiye.gov.tr/karadeniz-teknik-universitesi-cbys>

61080 – Trabzon /
TÜRKİYE
Tel: 377 58 21

Faks: 325 05 18

www.ktu.edu.tr

Ayrıntılı Bilgi İçin İrtibat
Songül ARSLAN EYÜPOĞLU
songuleyupoglu@ktu.edu.tr

Sayfa
1 / 1



Ek 3: Çocuk Koruma ve İzlem Merkezi Arşiv Tarama Onayı

T.C
KARADENİZ
TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ



T.C
KARADENİZ
TECHNICAL UNIVERSITY
FACULTY OF MEDICINE

TRABZON ÇOCUK KORUMA VE İZLEM MERKEZİ

11/12/2024

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Arş. Gör. Dr. Çağnur CANATAN TECİR'e ait "Rekürren Merkez Başvuruları Olan İstismar Mağduru Çocukların Klinik ve Demografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi" başlıklı tez çalışmasının birimimizde yapılması uygundur.

Doç. Dr. Çayır KIRCI

Trabzon Çocuk Koruma ve İzlem Merkezi Müdürü