



**T.C.  
KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI  
ANABİLİM DALI**

**YATAKLI SAĞLIK KURULUŞLARINDA ÇOCUK İLE İLGİLİ  
SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÇOCUK HAKLARI SÖZLEŞMESİNE  
UYGUNLUĞUNUN VE SAĞLIK PROFESYONELLERİNİN  
ÇOCUK HAKLARI KONUSUNDAKİ FARKINDALIK VE  
TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

**UZMANLIK TEZİ**

**Dr. Güzide KURT**

**TEZ DANIŞMANI  
Prof. Dr. Selda Fatma BÜLBÜL**

**KIRIKKALE  
2012**

**T.C.  
KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI  
ANABİLİM DALI**

**YATAKLI SAĞLIK KURULUŞLARINDA ÇOCUK İLE İLGİLİ  
SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÇOCUK HAKLARI SÖZLEŞMESİNE  
UYGUNLUĞUNUN VE SAĞLIK PROFESYONELLERİNİN  
ÇOCUK HAKLARI KONUSUNDAKİ FARKINDALIK VE  
TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

**UZMANLIK TEZİ**

**Dr. Güzide KURT**

**TEZ DANIŞMANI  
Prof. Dr. Selda Fatma BÜLBÜL**

**KIRIKKALE  
2012**

## KABUL VE ONAY

### KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK SAĞLIĞI ve HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

Uzmanlık öğrencisinin adı, soyadı: Dr. Güzide KURT

Yataklı Sağlık Kuruluşlarında Çocuk ile İlgili Sağlık Hizmetlerinin çocuk Hakları Sözleşmesine Uygunluğunun ve Sağlık Profesyonellerinin Çocuk Hakları Konusundaki Farkındalık ve Tutumlarının Değerlendirilmesi.

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesinde “Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlık Eğitimi” çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma aşağıda belirtilen jüri üyeleri tarafından UZMANLIK TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 24/04/2012

Prof. Dr. F. Selda BÜLBÜL  
Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD

Jüri Başkanı

Prof. Dr. Didem ALİEFENDİOĞLU  
Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD

Üye

Yrd. Doç. Dr. Cihat ŞANLI  
Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD

Üye

## TEŞEKKÜR

*Asistanlık eğitimimde ve tezimin hazırlanma sürecinde desteğini hiçbir zaman eksik etmeyen, görüşlerinden her zaman yararlandığım, çalışma azmini kendime örnek aldığım hocam Prof. Dr. Selda Bülbül'e, bilgileri ve tecrübeleriyle bana yol gösteren, yetişmemde büyük emekleri olan değerli hocalarım sayın Prof. Dr. Didem Aliefendioğlu, Prof. Dr. M. Cüneyt Ensari, Prof. Dr. Yahya Kemal Yavuz Gürer, Doç. Dr. Fulya Demirçeken, Yrd. Doç. Dr. Cihat Şanlı ve Yrd. Doç. Dr. Meryem Albayrak'a, buradan ayrılmış olsalar da eğitimimde büyük katkıları olan Doç. Dr. Olcay Evliyaoğlu ve Doç. Dr. Semra Çetinkaya'ya teşekkür ederim.*

*Uzmanlık eğitimim boyunca beraber çalışmaktan büyük zevk duyduğum asistan arkadaşlarıma teşekkür ederim.*

*Tez çalışmam sırasında yoğun desteğiyle yanımda olan Fen Edebiyat Fakültesi İstatistik Bölümü öğretim Üyesi Serap Yörübulut'a teşekkür ederim.*

*Her zaman yanımda olan, sevgi ve desteklerini her zaman hissettiren aileme teşekkür ederim. İsmail, Bilge ve Beril'e... onlardan çaldığım zamanın telafisi yok ama iyi bir eş, anne ve pediatrist olabilmek için elimden geleni yaptığımı bilmelerini isterim.*

Dr. Güzide KURT  
KIRIKKALE 2012

## ÖZET

**Kurt G, yataklı sağlık kuruluşlarında çocuk ile ilgili sağlık hizmetlerinin çocuk hakları sözleşmesine uygunluğunun ve sağlık profesyonellerinin çocuk hakları konusundaki farkındalık ve tutumlarının değerlendirilmesi, Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Kırıkkale, 2012.**

Çocuk hakları sözleşmesi (ÇHS) çocukların fiziksel, mental, sosyal, ahlaki ve ruhsal gelişimlerine cevap verebilmek amacıyla yönelik bir sözleşmedir. Araştırma Kırıkkale il merkezinde bulunan yataklı sağlık kuruluşlarında çocuk ile ilgili sağlık hizmetlerinin ÇHS'ne uygunluğunu, sağlık profesyonellerinin çocuk hakları ve ÇHS ile ilgili bilgi düzeylerini, mesleki uygulamaları sırasında çocuk hakları konusundaki farkındalık ve tutumlarının değerlendirilmesi ve sağlık profesyonellerine çocuk hakları ile ilgili eğitim verilmesinin gerekliliğinin ortaya konulması amacı ile planlanmıştır.

Araştırma tanımlayıcı, gözlemsel ve anket tipi bir çalışmadır. Mayıs 2010-Mayıs 2012 tarihleri arasında Kırıkkale il merkezinde yer alan ikinci ve üçüncü basamak tedavi kurumları olan Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi (KÜTFH), Kırıkkale Hacı Hidayet Doğruer Devlet Hastanesi (KDH) ve Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesi'nde (KYİH) yapılmıştır. Araştırma grubu; 10 hastane yöneticisi, 300 sağlık profesyoneli ve 24 KÜTF 6. Sınıf öğrencisi (intern doktor) olmak üzere toplam 335 kişiden oluşmaktadır.

Araştırma dört bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde hastanelerinin ÇHS ve çocuk hakları ile ilgili uygulamaları ve eksiklikleri hastane yöneticileri ile görüşülerek saptanmaya çalışılmıştır. İkinci bölümde sağlık profesyonellerinin ÇHS ile ilgili bilgi ve tutumlarının kendileri tarafından değerlendirilmesi ve "Sağlık Profesyoneli Çocuk Hakları Tutum Ölçeği" ile mesleki uygulamaları sırasında çocuk hakları ile ilgili tutumları belirlenmeye çalışılmış ve bu amaçla uygulanmıştır. "Sağlık Profesyoneli Çocuk Hakları Tutum Ölçeği" Yurtseven'in Ebeveyn Çocuk Hakları Tutum Ölçeği'nden uyarlanarak hazırlanmış, yeni ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılmıştır. Çalışmanın son aşamasında ise ÇHS ile ilgili eğitimin sağlık profesyonellerinin tutumlarını olumlu etkileyeceğini ve bu alandaki eksikliklerin giderilmesinde eğitimin asıl belirleyici faktör olduğunu ortaya koymak amaçlanmıştır. KÜTF 6. Sınıf 24 öğrenci iki gruba ayrılmış, birinci gruba bu konuda eğitim verilmiş, ikinci gruba ise eğitim verilmeyerek çocuk hasta ile ilgili uygulamaları K.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Gelişimi Bölümü öğrencileri arasından seçilen gönüllü gözlemciler tarafından kaydedilmiştir.

Araştırmanın ilk bölümünde; Hastane yöneticileri ile yapılan görüşmeler sonrası Kırıkkale il merkezindeki kamu hastanelerinin çocuk dostu hastane şartnamesi koşullarına uygunluk durumları değerlendirilmiş; 39 maddenin 13'ünün hastanelerin hiçbirisi tarafından karşılanmadığı, kalan 26 maddenin de karşılanma durumunun hastaneler arasında değişiklik gösterdiği saptanmıştır. Hastaneler ayrı ayrı değerlendirildiğinde KÜTFH'de 19, KDH'nde 20, KYİH'nde 22 maddenin karşılanmadığı belirlenmiştir.

Araştırmanın ikinci bölümünde görüşülen 300 sağlık profesyonelinin %35.3'ü erkek, %64.7'si kadındı ve %53.3'ü üçüncü basamak olarak kabul edilen KÜTFH'de %46.7'si ise ikinci basamak sağlık kuruluşlarında (Kırıkkale Devlet Hastanesi, Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesi) görev yapmaktaydı. Araştırma grubunun yaş ortalaması 31.63±6,29 yıl idi. %42'si hekim, %40'ı hemşire ve %18'i ise diğer sağlık çalışanı olup, %57'si çocuk sahibi iken %43'ünün çocuğu yoktu. Sağlık profesyonellerinin %63'ü ÇHS'ni duyduğunu ifade etmiş, "ülkemiz ÇHS'ni imzaladı mı?" sorusuna %41.1'i evet yanıtı vermiştir. Meslek gruplarına göre sözleşmedeki en önemli ilke tanımlaması farklılık göstermektedir. Hekimlerin %36,1'i hayatta kalmayı en önemli hak olarak görürken, hemşirelerin %41'i

zararlı etkiden, istismardan ve sömürüden korunma hakkının daha önemli olduğunu belirtmiş ve diğer sağlık çalışanlarının ise %32,6'sı hiç bir hak diğerinden daha önemli değil diyerek doğru yanıtı vermiştir. Bu dört soruya verilen yanıtlar baz alınarak oluşturulan bilgi puanları ile cinsiyet, yaş, meslek grubu, mesleki deneyim, çocuk sahibi olma durumu değişkenleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Çocukluğunda kendisinin ve şimdi çocuklarının sağlık hizmetlerinden yararlanmaları sırasında hak ihlaline uğradıklarını düşünen sağlık personellerinin bilgi puan düzeylerinin ise istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır.

Sağlık profesyonellerinin %81,1'i sağlık çalışanlarının çocuk hakları konusunda aktif rol alması gerektiğini, %71,7'si Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin uygulanmasında sağlık çalışanının katkısı olmalı gerektiğini düşünmekte olup, %69'u kendi çalışma programını düzenlerken çocuk haklarını gözettiğini ifade etmiştir.

Çalışmanın üçüncü aşamasında Sağlık Profesyoneli Çocuk Hakları Tutum Ölçeği (SPÇHTÖ) uygulandı. Çalışma grubunun SPÇHTÖ "Devlet Güvencesi ve Desteği", "Bakım ve Korunma" ve Kendi Kendine Karar Verme" alt boyutlarından aldıkları puanlarının ortalaması sırasıyla;  $(4,68 \pm 0,35)$ ,  $(4,34 \pm 0,354)$  ve  $(4,63 \pm 0,29)$  idi.

Çocuk hakları savunuculuğunda kendilerini yeterli gören sağlık profesyonellerinin SPÇHTÖ tüm alt boyutlarındaki puanları, yeterli görmeyenlere göre anlamlı olarak yüksek saptandı. ÇHS ile ilgili bilgi düzeyleri iyi olarak saptanan sağlık profesyonellerinin ise kötü olanlara göre SPÇHTÖ "Devlet Güvencesi ve Desteği" alt boyutundaki puanları istatistiksel olarak anlamlı yüksek iken diğer alt boyutlarda gruplar arası fark saptanmadı.

Çalışmanın dördüncü aşamasında; araştırmaya dahil edilen 24 intern doktorun 14'üne ÇHS ile ilgili eğitim verilirken 10'una verilmemiştir. Araştırmanın son aşamasından elde edilen sonuçlara göre eğitim almış intern doktorların tümünün eğitim almamış gruba göre muayene ve tedavi uygulamaları sırasında çocuklara daha anlayışlı ve nezaketli davranmakta olduğu, muayene ve girişim öncesi çocuklara kendi yaş, gelişim düzeyi ve anlayışlarına uygun bir şekilde bilgilendirme yapmaya dikkat ettiği ve zaman ayırdığı ve çocuklarında mahremiyet hakkı olduğunun farkında olduğu görülmüştür.

Bu sonuçlar hastaneler bazında değerlendirildiğinde; ilimizdeki kamu hastanelerinin çocuk hakları ile ilgili uygulamalar konusunda yetersiz olduğunu ve daha bu alanda yapılması gereken çok şey olduğunu düşündürmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Çocuk, Çocuk Hakları Sözleşmesi, Çocuk Dostu Hastane, Sağlık Profesyoneli, Çocuk Hakları Eğitimi.

## ABSTRACT

Kurt G, The evaluation of the pediatric healthcare according to the children's rights convention and the awareness and attitude of healthcare professionals on children rights in hospitals in Kırıkkale Province, **Kırıkkale University, Faculty of Medicine, Department of Pediatrics, Kırıkkale, 2012.**

The Children's Rights Convention (CRC) aims to account for childrens physical, mental, social, moral and spiritual needs. The study was performed in hospitals in kırıkale province to check the appropriateness of healthcare according to CRC; evaluate the knowledge level of healthcare specialists and their day-to-day professional attitude and awareness to children's rights. Also, to ascertain if there is any training needed on this matter.

The study is a descriptive, observational and survey type study. It was done between May 2010 and May 2012, in Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi (KÜTFH), Kırıkkale Hacı Hidayet Doğruer Hospital (KDH) and Kırıkkale Hospital (KYİH) which are 2nd and 3rd grade healthcare centers. The study group consisted of 335 people, of which 300 were healthcare professionals, 10 were hospital administratives and 24 were 6th grade medicine faculty students (intern doctors).

The study consists of four parts. The first part was to assess the accordance of healthcare to CRC and check for deficiencies, this part was discussed with hospital administratives. The second part was a survey aiming to evaluate healthcare professionals' level of knowledge on CRC. Healthcare professionals were asked to evaluate their own levels of knowledge and were then scaled on the "Healthcare Professional Childrens Rights Attitude Scale" according to their professional practices. This scale was derived from Yurtseven's "Parent-Child Rights Attitude Scale" and was tested for validity and safety. The last part of the study was committed to the importance of education on CRC, the benefits that would be gained from this education and to underline that education is the most important factor in overcoming problems on this issue. For this goal, 24 intern doctor students were divided in to two groups, one group was instructed in childrens rights while the other group was not. Then, the knowledge of these groups were evaluated by volunteer students from KU Department of Child Development.

In the first part of the study, hospital administrators were interviewed to assess if they were applying to the Child Friendly Hospital Specifications. According to these interviews it was found that 13 of 39 articles stated in the specifications were not met by any hospital. The appliance to the remaining 26 articles were different from each other. When the hospitals were evaluated separately; KUTFH, KDH and KYİH did not meet 19, 20 and 22 articles respectively.

300 health professionals were interviewed in the second part of the study. 35.3% were male, 64.7% were female, %53.3 percent worked in a third tier (KÜTFH), 46.7% worked in a second tier (KDH and KYİH) public health hospital. The mean age of the study group was 31.63±6.29 years. 42% were doctors, 40% were nurses and 18% was other health professionals. 57% had children while 43% did not. 63% of health professionals stated that they had heard of the CRC, 41.1% said "yes" to the question "Has our country signed the CRC?". 41% of doctors thought "the right to live" as the most important article, 41% of nurses thought "protection from exploitation and harmful effects" as the most important article, while 32.6% other professionals thought that "none of the articles are above another", which was the right answer. After analyzing these questions and the answers given, none of the following factors such as age, sex, occupation, occupational experience, having or not having children had any statistical effect on the outcome( $p>0.05$ ). However, the knowledge points of participants who thought their health rights or their childrens' health rights had been violated, were statistically and significantly higher.

81.1% of health professionals stated that health professionals should have an active role on children rights, 71.7% thought that health professionals should assist in the practice of children rights and 69% declared that they adhered to childrens rights when arranging their programs.

In the third part of the study, Health Professionals' Children Rights Attitude Scale (HPCRAS) was applied. The mean scores achieved on subheadings "Government Assurance and Support", "Care

and Protection” and “Decision Making” were (4.68 0.35), (4.34 0.354) and (4.63 0.29) respectively.

The knowledge points of participants who saw themselves adequate on children rights were statistically better than participants who did not see themselves adequate. The health professionals who were found to have better knowledge on child rights achieved statistically significant higher points on “Government Assurance and Support” subheading, there was no difference on the other subheadings.

In the fourth part of the study, the 24 intern doctors were divided in to two groups. Training was given to one of these groups which consisted of 14 participants. The other 10 were not given any kind of training. During this stage of the study, it was observed that all interns who had been given training were more tolerant and polite in their clinical examinations and treatment practices. They; explained what they would be doing to the children -in a language appropriate for their age-, were aware that those children had privacy rights too and respected them.

When the data recorded in this study is examined as a whole, it can be thought that our province is inadequate in terms of children rights and there is a lot to be done on this matter.

**Key Words:** Child, Convention of Childrens Rights, Child-Friendly Hospitals, Health Professional, Childrens' Rights Trainin



# İÇİNDEKİLER

	<b><u>Sayfa</u></b>
KABUL VE ONAY .....	i
TEŞEKKÜR .....	ii
ÖZET .....	iii
ABSTRACT .....	v
İÇİNDEKİLER .....	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR .....	x
ŞEKİLLER .....	xi
TABLolar DİZİNİ .....	xiii
1. GİRİŞ ve AMAÇ .....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	3
2.1. Çocuk Kavramı ve Tarihçe .....	3
2.1.1. Tanım .....	3
2.1.2. Çocuk Kavramı Tarihi .....	4
2.1.3. Çocuk hakları .....	9
2.2. Çocuklara Yönelik Uluslararası Sözleşmeler ve Belgeler .....	13
2.3. Çocuk Hakları Sözleşmesi .....	17
2.3.1. Çocuk Hakları Sözleşmesi Tarihçesi .....	17
2.3.2. Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin Yapısı ve Amacı .....	18
2.4. Türkiye'de Çocuk Hakları Tarihi .....	23
2.5. Hasta Çocuk Hakları .....	24
2.6. Çocuklara Verilen İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi .....	24
2.6.1. Çocuk Dostu Hastane Kavramı .....	25
2.6.2. Çocuklara Verilen İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetlerinin Çocuk Hak Bazlı Değerlendirmesi .....	28
3. GEREÇ VE YÖNTEM .....	30
3.1. Araştırmanın Modeli .....	30
3.2. Araştırmanın yeri .....	30
3.3. Araştırmanın Evreni .....	30
3.4. Araştırmanın Zamanı .....	30

3.5. Araştırma Grubu ve Yöntem .....	31
3.5.1. Kırıkkale İl Merkezindeki İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşlarında Çocuk Haklarına Yönelik Düzenleme ve Uygulamalar .....	31
3.5.2. Sağlık Profesyonellerinin Çocuk Hakları İle İlgili Bilgi Düzeyi ve Tutumlarının Belirlenmesi .....	31
3.5.3. Çocuk Hakları ile ilgili eğitim almış ve almamış Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Altıncı Sınıf Öğrencilerinin çocuk yaş grubuna yaklaşımlarının çocuk hak bazlı değerlendirmesi .....	35
3.6. İstatistiksel Analiz .....	36
4. BULGULAR .....	37
4.1. Kırıkkale İl Merkezinde Bulunan Kamu Hastanelerinin Çocuk Hak Bazlı Değerlendirmesi .....	37
4.1.1. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi (KÜTFH) .....	37
4.1.2. Hacı Hidayet Doğruer Kırıkkale Devlet Hastanesi (KDH) .....	40
4.1.3. Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesi (KYİH) .....	40
4.2. Kırıkkale İl Merkezinde İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşlarında 0-18 Yaş Grubuna Hizmet Veren Sağlık Profesyonellerinin Çocuk Hakları ile İlgili Bilgi Düzeyleri .....	40
4.2.1. Araştırma Grubunun Demografik Özellikleri .....	40
4.2.2. Sağlık profesyonellerinin çocuk hakları sözleşmesi (ÇHS) ile ilgili bilgi düzeyleri .....	43
4.2.3. Sağlık Profesyonellerinin Çocuk Hakları Savunuculuğunda Kendi Konumları ve Yeterlilikleri İle İlgili Görüş ve Değerlendirmeleri .....	51
4.2.4. Sağlık çalışanlarının çocuk hakları savunuculuğunda kendi konumlarıyla ilgili görüş ve değerlendirmeleri ile bilgi puanlarının karşılaştırılması .....	61
4.3. Kırıkkale İl Merkezinde İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşlarında 0-18 Yaş Grubuna Hizmet Veren Sağlık Profesyonellerine Uygulanan Çocuk Hakları Tutum Ölçeğinin (SPÇHTÖ) Değerlendirilmesi .....	63

4.3.1. “Sağlık Profesyonele Çocuk Hakları Tutum Ölçeği”nin Oluşturulması .....	63
4.3.2. Kırıkkale il merkezinde ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında 0-18 yaş grubuna hizmet veren sağlık profesyonellerine uygulanan çocuk hakları tutum ölçeğinden elde edilen bulgular .....	65
4.4. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Altıncı Sınıf Öğrencilerinin Çocuk Yaş Grubuna Yaklaşımlarının Çocuk Hakları Bazında Değerlendirilmesi .....	75
4.4.1. Eğitim Almış ve Eğitim Almamış İtern Gruplarının Çocuklara Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi .....	75
5. TARTIşMA .....	84
5.1. Çocuk Haklarına Yönelik Yapılmış Bilimsel Çalışmaların Literatür Araştırması .....	89
5.2. Kırıkkale İl Merkezi’ndeki II. ve III. Basamak Sağlık Kuruluşu Yöneticilerinin Hastanelerini Çocuk Hak Bazlı Değerlendirmeleri .....	90
5.3. Sağlık Profesyonellerinin Çocuk Hakları ve Çocuk Hakları Sözleşmesi ile İlgili Bilgi ve Davranışları .....	93
5.4. Sağlık Profesyonellerine Uygulanan Çocuk Hakları Tutum Ölçeği .....	99
5.4.1. Sağlık Profesyonele Çocuk Hakları Tutum Ölçeği’nin Oluşturulması .....	99
5.4.2. Sağlık Profesyonellerine Uygulanan Tutum Ölçeğinin Değerlendirmesi .....	100
5.5. Çocuk Hakları ve Çocuk Hakları Sözleşmesi ile İlgili Eğitim Almış ve Eğitim Almamış İtern Doktor’ların Değerlendirilmesi .....	103
6. SONUÇ VE ÖNERİLER .....	108
7. KAYNAKLAR .....	111
8. EKLER .....	120

## SİMGELER VE KISALTMALAR

<b>ÇHS</b>	: Çocuk hakları sözleşmesi
<b>YY</b>	: Yüzyıl
<b>EACH</b>	: European Association for children in Hospital
<b>KÜTFH</b>	: Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi
<b>KDH</b>	: Kırıkkale Hacı Hidayet Doğruer Devlet Hastanesi
<b>KYİH</b>	: Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesi
<b>SPÇHTÖ</b>	: Sağlık Profesyonellerinin Çocuk Hakları Tutum Ölçeği
<b>UÇM</b>	: Uluslar arası Çocuk Merkezi

## ŞEKİLLER

	<u>Sayfa</u>
<b>Şekil 3.1.</b> Tez çalışmasının zaman çizelgesi .....	33
<b>Şekil 4.2.1.</b> II. ve III. basamak sağlık kuruluşunda çalışan araştırma grubunun meslek gruplarına göre yaş dağılımları. ....	42
<b>Şekil 4.2.2.</b> Çalışma grubundaki sağlık profesyonellerinin demografik özelliklerine göre ÇHS’ni duyma durumlarının dağılımı .....	45
<b>Şekil 4.2.3</b> “Ülkemiz ÇHS’ sini imzaladı mı?” sorusuna çalışma grubundaki sağlık profesyonellerinin verdikleri yanıtların demografik özelliklerine göre dağılımı .....	46
<b>Şekil 4.2.4.</b> Sağlık profesyonellerinin demografik özelliklerine göre ÇHS’ne ilişkin bilgi puanlarının dağılımı .....	50
<b>Şekil 4.2.5.</b> Sağlık profesyonellerinin “Çocukluk döneminizde sağlık hizmetlerinden yararlanmanız sırasında çocuk hakları ihlaline uğradığınızı düşünüyor musunuz?” sorusuna verdikleri yanıtların demografik özelliklerine göre dağılımı .....	54
<b>Şekil 4.2.6.</b> Sağlık profesyonellerinin “Çocuklarınızın sağlık hizmetlerinden yararlanmaları sırasında çocuk hakları ihlaline uğradıklarını düşündünüz mü?” sorusuna verdikleri yanıtların demografik özelliklerine göre dağılımı (Sadece çocuğu olan sağlık profesyonelleri alınmıştır). ....	55
<b>Şekil 4.2.7.</b> Sağlık profesyonellerinin “Sağlık çalışanları çocuk hakları konusunda aktif rol almalı mı?” sorusuna verdikleri yanıtların demografik özelliklerine göre dağılımı .....	56
<b>Şekil 4.2.8.</b> Sağlık profesyonellerinin “Sağlık çalışanları Çocuk Hakları Sözleşmesi ile uyumlu devlet politikaları geliştirilmesinde aktif rol almalı mı?” sorusuna verdikleri yanıtların demografik özelliklerine göre dağılımı .....	57

<b>Şekil 4.2.9.</b> Sağlık profesyonellerinin “Çocuk Hakları Sözleşmesi’nin uygulanmasında sağlık çalışanının katkısı olmalı mı?” sorusuna verdikleri yanıtların demografik özelliklerine göre dağılımı .....	58
<b>Şekil 4.2.10.</b> Sağlık profesyonellerinin “Çocuk Hakları savunuculuğunda kendinizi yeterli görüyor musunuz?” sorusuna verdikleri yanıtların demografik özelliklerine göre dağılımı .....	59
<b>Şekil 4.2.11.</b> Sağlık profesyonellerinin “Kendi çalışma programınızı düzenlerken çocuk haklarını gözetir misiniz?” sorusuna verdikleri yanıtların demografik özelliklerine göre dağılımı .....	60
<b>Şekil 4.4.1.</b> Çalışma grubundaki tüm intern doktorların çocuklara yaklaşımlarının değerlendirilmesi .....	76
<b>Şekil 4.4.2.</b> Çocuk hakları ile ilgili eğitim almış ve eğitim almamış intern gruplarının çocuklara yaklaşımlarının karşılaştırılması .....	77
<b>Şekil 4.4.3.</b> Çalışma grubundaki tüm intern doktorların çocuklara ve ailelerine yaklaşımlarının değerlendirilmesi. ....	78
<b>Şekil 4.4.4</b> Çocuk hakları ile ilgili eğitim almış ve eğitim almamış intern doktor gruplarının çocuklara ve ailelerine yaklaşımlarının karşılaştırılması .....	79
<b>Şekil 4.4.5.</b> İtern doktorların çocuk hakları açısından eğitim alma durumlarına göre muayene, girişimsel uygulama yapılan veya tedavi uygulanan çocukların tutumlarının karşılaştırılması .....	82
<b>Şekil 4.4.6.</b> İtern doktorların çocuk hakları açısından eğitim alma durumlarına göre muayene, girişimsel uygulama yapılan veya tedavi uygulanan çocukların ailelerinin tutumlarının karşılaştırılması .....	83
<b>Şekil 4.4.7.</b> İtern doktorların çocuk hakları açısından eğitim alma durumları ile muayene, girişimsel uygulama veya tedavi uygulanan çocukların ailelerinin memnuniyetlerinin karşılaştırılması .....	83
<b>Şekil 5.1.</b> Çocuk Ekolojisi Modeli .....	84

## TABLolar DİZİNİ

### Sayfa

<b>Tablo 4.1a.</b>	Kırıkkale İl Merkezinde Bulunan Kamu Hastanelerinin Hasta Kabul ve Poliklinik Hizmetlerinin Çocuk Hak Bazlı Değerlendirmesi .....	38
<b>Tablo 4.1b.</b>	Kırıkkale İl Merkezinde Bulunan Kamu Hastanelerinin Yataklı Servis ve Hastane Hizmetlerinin Çocuk Hak Bazlı Değerlendirmesi .....	39
<b>Tablo 4.2.1.</b>	II. ve III. basamak sağlık kuruluşunda çalışan araştırma grubunun demografik özellikleri .....	41
<b>Tablo 4.2.2.</b>	II. ve III. basamak sağlık kuruluşunda çalışan araştırma grubunun mesleklerine göre demografik özellikleri .....	43
<b>Tablo 4.2.3.</b>	Sağlık profesyonellerinin meslek gruplarına göre ÇHS'ne ilişkin bilgi puanını oluşturan sorulara verdikleri yanıtların dağılımı .....	48
<b>Tablo 4.2.4.</b>	Sağlık profesyonellerinin demografik özelliklerine göre ÇHS'ne ilişkin bilgi puanlarının dağılımı .....	49
<b>Tablo 4.2.5.</b>	Sağlık Profesyonellerinin ÇHS bilgi düzeyi ile çocuk haklarına yaklaşım tutumları arasındaki ilişki .....	62
<b>Tablo 4.3.1.</b>	Sağlık Profesyonellerinin Çocuk Hakları Tutum Ölçeği için yapılan Kaise-Meyer Olkin ve Bartlett test sonuçları .....	64
<b>Tablo 4.3.2.</b>	Çocuk Haklarına Yönelik Sağlık Profesyonelleri Tutum Ölçeği'nin boyutlarındaki içtutarlılık katsayıları .....	64
<b>Tablo 4.3.3.</b>	SPÇHTÖ alt boyutları puan değerleri .....	66
<b>Tablo 4.3.4.</b>	Çocuk hakları tutum ölçeği alt boyutları puanlarının sağlık profesyonellerinin cinsiyetlerine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan tek yönlü varyans analizi (anova) sonuçları .....	66

<b>Tablo 4.3.5.</b> Çocuk hakları tutum ölçeği alt boyutları puanlarının sağlık profesyonellerinin meslek gruplarına göre farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan tek yönlü varyans analizi (anova) sonuçları .....	67
<b>Tablo 4.3.6.</b> SPÇHTÖ alt boyutları puanlarının çalışma grubunun demografik özelliklerine göre karşılaştırılması .....	68
<b>Tablo 4.3.7a.</b> SPÇHTÖ “Devlet güvencesi ve desteği” alt boyutu puanlarının meslek gruplarına göre demografik özellikleri açısından karşılaştırılması .....	69
<b>Tablo 4.3.7b.</b> SPÇHTÖ “Bakım ve korunma” alt boyutu puanlarının meslek gruplarına göre demografik özellikleri açısından karşılaştırılması .....	70
<b>Tablo 4.3.7c.</b> SPÇHTÖ “kendi kendine karar verme” alt boyutu puanlarının meslek gruplarına göre demografik özellikleri açısından karşılaştırılması .....	71
<b>Tablo 4.3.8.</b> Sağlık profesyonellerinin SPÇHTÖ alt boyutları puanlarının çocuk hakları savunuculuğunda kendi yeterlilikleri ile ilgili yorumlarına göre değerlendirilmesi .....	72
<b>Tablo 4.3.9.</b> Sağlık profesyonellerinin SPÇHTÖ alt boyutları puanlarının ÇHS bilgi düzeylerine göre değerlendirilmesi .....	72
<b>Tablo 5.1.</b> İhtiyaçlar ve haklar arasındaki farklar .....	85



## 1. GİRİŞ ve AMAÇ

Çocuğun bedensel, zihinsel, duygusal, sosyal ve ahlaki bakımlardan özgürlük ve saygınlık içinde, sağlıklı ve normal biçimde gelişebilmesi için kurallar ile korunan yararları çocuk hakları olarak tanımlanmaktadır (1). Çocuk hakları her çocuğun gelişip en yüksek potansiyeline ulaşabildiği, şiddet ve yokluktan uzak, sağlıklı olabildiği, oynayıp öğrenebildiği ortamlarda güven içinde, bakılıp büyütüldüğü bir çocukluğu işaret eder (2).

Çocuk hakları sözleşmesi çocukların fiziksel, mental, sosyal, ahlaki ve ruhsal gelişimlerine cevap verebilmek amacıyla yönelik bir sözleşmedir. Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından 20 Kasım 1989 tarihinde kabul edilerek 2 Eylül 1990 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Türkiye’de dahil olmak üzere yaklaşık 142 ülke sözleşmeyi imzalamış ya da onay ve katılma yoluyla taraf devlet durumuna gelmiştir. Sözleşmenin içeriğinde çocukların hakları korunmakta ve sözleşmeyi imzalayan devletlerin bu sözleşmeye kesinlikle uymaları gerektiği belirtilmektedir. Sözleşme, hem sivil hem de politik alanda ekonomik, sosyal ve kültürel haklar açısından Uluslararası İnsan Hakları’nın uygulamalı bir çalışmasıdır. Devletler bu haklara saygı göstereceklerini imza koyarak kabul etmişlerdir. Çocuk hakları sözleşmesi ile çocuğun, yaşama, barınma, eğitim, güvenlik, isim hakkı, vatandaşlık, hak ve özgürlükleri, kimlik, kimliğinin korunması, düşünce, vicdan hakkı, inanç özgürlüğü, dernek kurma, özel yaşam dokunulmazlığı, işkenceden korunma, kötü muamele görmeme, cezalandırılmama vb. hakları koruma altına alınır.

Toplumun geleceğini şekillendirmede etkisi çok büyük olan yeni nesillerin fiziksel ve ruhsal açıdan sağlıklı olmaları, kendi değerlerinin farkında olarak yetişmeleri ve bu değerleri insanlığın yararına kullanabilmeleri, onlara sağlanacak olan koşullarla yakından ilgilidir. Çocukların nitelikli bireyler olarak hayata kazandırılması isteniyorsa çocuk haklarına gereken önemin verilmesi ve hayata geçirilmesi gerekir. Çocuk hakları hayata geçecekse, bu ancak çocuklarla doğrudan ya da dolaylı çalışanların (Öğretmenler, sosyal hizmet uzmanları, psikologlar, avukatlar, savcılar, hakimler, polisler, erken çocukluk gelişimi alanında çalışanlar, doktorlar, hemşireler) bu hakları anlayıp saygı göstermesiyle olur.

Ülkemizde ebeveynler, öğretmenler, okul yöneticileri ve polislerin çocuk hakları ile ilgili tutum ve bilgi düzeyleri hakkında yapılan araştırmalar özellikle öğretmenlerin çocuk haklarının önemini kavradıklarını, fakat uygulamada sıkıntılar yaşandığını ortaya koymaktadır (3). Yaptığımız araştırmalarda çocuk hakları alanında sağlık çalışanlarının bilgi düzeylerini, tutumlarını ve hastanelerde çocuk hakları ile ilgili düzenlemelerin varlığı ve derecesini irdeleyen bir çalışma bulamadık. Sağlık alanında çocuk hakları ve ÇHS'nin anlaşılabilmesi ve ardından hastane hizmetlerinde uygulamaya geçirilmesi öncelikle sağlık çalışanlarına konu ile ilgili kapsamlı bir eğitim verilmesi ile mümkündür. Bu eğitim sonucunda şüphesiz hastanelere başvuran çocuk hasta grubuna verilen hizmetin kalitesi artacaktır.

Çalışmamız yataklı sağlık kuruluşlarında çocuk ile ilgili sağlık hizmetlerinin ÇHS'ne uygunluğunun ve sağlık profesyonellerinin çocuk hakları konusundaki farkındalık ve tutumlarının değerlendirilmesi amacı ile planlanmış ve bu alandaki veri eksikliğini gidermesi hedeflenmiştir.

Bu çalışma *''sağlık çalışanlarının çocuk haklarına ilişkin bilgileri yeterli değildir ve çocuk ile ilgili sağlık hizmetlerinin uygulanmasında sağlık çalışanları ve sağlık kuruluşları yeterli düzeyde çocuk haklarına uygun tutum içinde değildir''* hipotezinden yola çıkılarak planlanmıştır.

Bu çalışmanın yakın gelecek için hedefi; Kırıkkale il merkezinde görevli sağlık profesyonellerinin (doktor, ebe, hemşire) çocuk hakları ve ÇHS ile ilgili bilgi düzeylerinin belirlenmesi, Kırıkkale il merkezinde görevli sağlık profesyonellerinin çocuk hakları ile ilgili mesleki uygulamalar içindeki tutumlarının belirlenmesi, sağlık profesyonellerine çocuk hakları ile ilgili eğitim verilmesinin gerekliliğinin ortaya konulması ve Kırıkkale il merkezinde bulunan yataklı tedavi kurumlarındaki, çocuk hak bazlı uygulamaların varlığının saptanmasıdır.

Uzak gelecekte ise; sağlık profesyonellerinin Çocuk Hakları ile ilgili zorunlu ve ülke genelinde standardize edilmiş bir eğitim programından geçmesi ve çocuk hastaların daha kaliteli hizmet alabilmesi için yapılacak çalışmalara zemin oluşturması hedeflenmiştir.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Çocuk Kavramı ve Tarihçe

#### 2.1.1. Tanım

Genel olarak doğumdan 18 yaşına kadar olan evre çocukluk dönemi olarak kabul görür. Çocukluk yaşamın özel bir evresidir. Yaşam doğumdan ölüme kesintisiz bir süreçten çıkarılmış; bir evreden diğerine geçiş olarak kabul edilmiştir (4). Çocuğun bugünkü çağdaş tanımında, çocuğun zayıflığı ve masumiyeti öne çıkarılmıştır. Çocuklar yetişkinlerin dünyasından koparılmış cinsel özgürlüklerine, çalışmalarına sınırlamalar getirilmiş ve eğitilmeleri öne çıkarılmıştır (5). Biyolojik olarak çocuk, ergenlik döneminden önceki bireydir. Ergenlikten önceki bu dönemde, genellikle ailede anne babasına bağımlı birisi olarak kabul edilmektedir.

Türk Dil Kurumu sözlüğünde ise çocuk; küçük yaştaki oğlan veya kız, soy bakımından oğul veya kız evlat, bebeklik ile ergenlik arasındaki gelişme döneminde bulunan oğlan veya kız, uşak, genç erkek şeklinde tanımlanmaktadır. Çocuk kelimesinin sözlük anlamı doğumdan ergen döneme kadar süren hayat dilimine ait olan insan yavrusudur. Fakat çocuk; büyük insanın “küçüğü” demek değildir.

Bir başka çocuk tanımı; “yetişkinden beklenen olgunluğu gösteremeyen, büyüklere yakışmayacak bir biçimde düşüncesizce davranan, olgunlaşmamış kişi, aklının bir şeye ermediği, saf olduğu düşünülen kimse, hoşgörülülükle karşılanıp, doğal sayılması gereken basit düşünce ve görüşe sahip kimse” şeklindedir (3).

Bazı düşünürler çocuğun eksik bir yetişkin olarak ele alınmamasını öngörür. Onların da, kişiliği olan, kendine özgü gereksinimleri bulunan bir birey olduğunu, çocukluğun gerçek yaşama hazırlanılan bir dönem olmadığını savunurlar (2).

Diğer bir tanım da “yetişkin olmayanlar” dır. Birey olarak kabul edilmeyip; bağımsız bir kişiliği olmadığı varsayılır (6). Çocukluk kullanıldığı bilim alanına göre farklı yaşam yıllarını kapsar. Bilim alanları, çocukluğun başlangıcını doğum anı olarak kabul etmekte; ancak bitişi konusunda aynı görüşleri paylaşmamaktadır (7).

ÇHS”nin 1. maddesine göre, “...çocuğa uygulanabilecek olan kanuna göre daha erken yaşta reşit olma durumu hariç, on sekiz yaşına kadar her insan çocuk sayılır” (Ek: 6). Tartışmasız çocukluk dönemi hayatın en zayıf, en savunmasız

dönemidir. Bununla beraber çocukluk döneminin fiziksel ve psikolojik olarak sağlıklı bir şekilde geçirilerek yetişkinliğe temel oluşturması birey ve toplum açısından çok önemlidir. Son yıllardaki teknolojik gelişmeler, birçok ülkede çocuk sağlığına, eğitimine, bakımına olumlu katkılar olarak yansımaktadır (8). Çocuk doğduğu andan itibaren büyüme süreci içerisinde ailesi ve çevresi ile kurduğu etkileşimden çıkardığı sonuçları özümseyerek kişiliğinin ve ruhsal yapısının temellerini oluşturmaktadır. Toplumların geleceği olan çocuk ve gençlerin her yönden sağlıklı yetişmeleri, kişilik gelişimleri için çok önemlidir (9).

### **2.1.2. Çocuk Kavramı Tarihi**

Çocuk kavramı tarih boyunca toplumların yapılarına, kültürlerine, inançlarına, ekonomilerine göre değişen bir kavramdır. Toplum içerisinde farklı tarihsel dönemlerde, farklı sosyo-ekonomik ve kültürel sınıflarda çocukluk çağı dönemi değişik şekillerde tanımlanmıştır. Tartışmasız çocukluk kavramının tarihsel gelişim sürecinin, insanlık tarihi ile paralellik göstermesi gerekmektedir. Fakat, “çocukluğun” kendisine özgü bir döneme yerleştirilmesi toplumsal anlamda çok daha geç bir dönemin ürünüdür. İnsanlık tarihine bakıldığında, farklı kültürlerde, farklı çağlarda, çocuğun bir “mal” gibi algılanıp çeşitli biçimlerde kötüye kullanıldığı görülür. Çocukların doğar doğmaz babaları tarafından öldürülmeleri, köle olarak satılmaları, tanrılara adak olarak sunulmaları, boğaz tokluğuna ufak yaşlarda çok ağır işlerde çalıştırılmaları gibi örnekler çoğaltılabilir. Eski Roma’da babalara çocuklarını öldürme, satma, terk etme gibi haklar kanunlarla tanınırken, Çin, Hindistan, Meksika ve Peru gibi ülkelerde bebeklerin gücünü denemek amacıyla nehirlere bırakılmaları sık uygulanan törelerdendi (10). Antik dönemde çocuklarla ilgili tutumlara ilişkin bilgi çok azdır. Örneğin Eski Yunan’da kullanılan dil açısından bakıldığında, çocuk ve genç için kullanılan sözcüklerin son derece belirsiz olduğu ve bunların bebeklik ile yaşlılık arasında kalan hemen her çağı içerdiği görülmektedir. Diğer yandan, Eski Yunanlıların çocuk resimleri yapmadıkları ve günümüze kadar gelebilen heykellerden hiç birisinin de çocuk heykeli olmadığı bilinmektedir. Buna göre, Eski Yunan’da çocukluk kavramı net değildir ve çocuklarla gençler kabul gören varlıklar değildir diye düşünülebilir.

Çocuklara pozitif ayrımcılığın yapılmadığı ve çocuk kavramının bugünkü anlamda gelişmediği ortaçağdan önceki dönem, çocuklar için oldukça zorlu bir dönemdi. Örneğin bu dönemlerde çocuğun yaşayıp yaşamayacağına baba karar verirdi. Dönemin ünlü düşünürleri Aristo ve Platon'da “çocuk öldürme yetkisinin” babaya tanınması gerektiğini savunuyorlardı. Çocuklar yedi, sekiz yaşlarında ev işlerinde çalıştırılırlardı. Çocuklar çalışmalarına karşılık beslenir, giydirilir ve eğitilirdi. Yoksul ailelerde çalışma yaşı üçe kadar inmiş olması asıl çocuk sömürücülüğünün, fabrikaların yaygınlaşmasıyla başladığını düşündürmektedir (11).

Rönesans'tan önce çocuklar küçük yetişkinler olarak görülmüştür. Çocukluğa verilen özel statü, çocukluk kavramı, 17. Yüzyıl (yy) başlarında ortaya çıkmıştır. Önceleri sanatçıların çizdiği resimlerde çocuklar birer küçük kadın ve erkek olarak tasvir edilirken; 17.yy'dan itibaren daha masum çocuk tasvirleri görülmeye başlanmıştır. Çocuklar için özel oyuncaklar, oyunlar ve kitaplar hep bu dönemde ortaya çıkmıştır. Bunların yanında çalışma dünyasından uzaklaştırılmış, eğitime ve okula yönlendirilmişse de, bu çağda hala çocuk ölümleri yüksek oranda olup, 8-9 yaşlarında çocuklar çalışmakta ve 12-13 yaşında askere alınabilmekteydi (12).

Franklin'in Çocuk Hakları başlıklı kitabında belirttiği gibi; 1600-1800 yılları arasında çocuk eğitiminde değişiklikler yaşanmaya başlandı. Önceleri ömür boyu eğitim mevcutken, çocuklarla yetişkinler bir arada eğitim görürken; eğitim çocuklarla sınırlandırıldı. Artık çocuklar zayıf ve masum görülmeye başlandı ve çocuklar yetişkinlere bağımlı ve disiplinine tabi kılındı. Bu değişim eşit yaşanmadı. Cinsiyete ve sosyal sınıfa göre değişiklikler gösterdi. Örneğin kız çocukları çocuk sayılmadı. Yalnızca oğullar bu olanaklardan yararlandı. Kızlar gelecekte yapacakları işleri evde zaten öğreniyorlardı. Ancak erkekler sanayide çalışacaklarından eğitime ihtiyacı vardı. İyi ailelerin kızları için de bu durum geçerliydi (12). İşçi sınıfı çocuklarının da eğitime ihtiyaçları yoktu. Çocuklar sınıf ayrımcılığına tabiiydi. Zamanla kitle eğitimi bu sınıfları da kapsadı, ancak bu durum zaman aldı.

Feodalizmden kapitalizme geçiş yeni bir toplumsal sınıf yarattı; kentleşme ve sanayileşme doğdu. Bilim ve teknolojinin hızla geliştiği bu yeni toplumda, ticaret ve diğer meslekler için eğitilmiş personel ihtiyacı doğdu. Okullar kuruldu ve bu okullarda orta sınıfın erkek çocukları eğitildi. Yeni zenginlik elde etmiş olanlar, bunu erkekler yoluyla geleceğe taşımak istediklerinden yalnız erkek çocuklar bu

eğitimlerden yararlandı. Yukarıda verilen örneklerde görüldüğü gibi; çocukluk ve yetişkinlik kavramı sürekli bir değişim yaşamış ve günümüzdeki konumuna gelmiştir.

Ünlü düşünürler de çağlar içinde çocuk kavramı üzerine görüşlerini bildirmişlerdir. Örneğin, İbni Sina, çocuğun 6 yaşına gelinceye kadar okula gönderilmesini, 14 yaşına kadar eğitim görmesini, eğitim ortamında birbirlerinden iyi ve kötü yanları görerek yetişmelerini önermiştir. Ona göre okul, çocuklara birbirlerinin haklarına saygı gösterme alışkanlığı kazandırır; okul sevgi, hoşgörü ve insan hakları açısından önemli bir kurumdur (13). Mendel'e göre çocukluk yetişkinliğe hazırlama zamanı olmadığı gibi dahası bir meslek edinme zamanı da değildir. Baskıcı olmamak şartıyla, kişilik özelliklerinin işlenmesi gereğini savunur. Dewey, çocuğun ruhsal gereksinimlerini çocuğun ne olacağı değil ne olduğuna dayanarak tayin edilmesi gereğini savunmuştur. Yetişkinlerin evde ve okulda şu soruları sorması gereğini savunmuştur. "Çocuk şimdi neye gereksinim duymaktadır? Şu anda ne tür sorunları çözmesi gerekmektedir?" Çocuğun bu biçimde sosyal yaşamda verimli bir katılımcı olabileceğine inanmıştır.

Yetişkin çocuk imajı Türk kültüründe de görülmüştür. Göçebe hayatın sonucu olarak tabiat şartlarına dayanmak, akın ve savaşların varlığı nedeniyle, silah, spor, binicilik, avcılık, hayvancılık yetişkinlerce çocuklara aktarılıyordu. Bir çocuk ancak kendisini kanıtlayan bir kahramanlık gösterdikten sonra isim alıyordu. Çocuklara küçük yaşta yetişkin sorumlulukları yükleniyordu. Çocuklardan yetişkin tavırları bekleniyordu (5). Çocukluğun özel bir biyolojik evre olduğu, yetişkinliğe ancak belli hazırlık dönemi sonunda ulaşılabileceği, yetiştirilmesinde sorumluluğun yetişkinlerde olduğu görülmekteydi. Bu anlamda ergenlik çağına kadar çocuk yaptıklarından sorumlu değildi. Can, mal, eğitim yönlerinden çocuk koruma altına alınmıştı.

Çocukluk olgusunun tarihsel, felsefi, yasal ve pratikteki uygulamaları bütüncül olarak ele alındığında, birbirini takip eden dört aşamadan geçtiği görülmektedir;

#### I. "Çocuk küçük insandır" görüşü

Çocukluğun ne olduğunu anlamaya çalışan ilk görüş, "çocuk/küçük insan" diye adlandırılan görüştür. Bu görüşe göre, çocukla yetişkin arasında önemli bir

“büyüklük” farkı vardır. Bu görüş, bugün de çocuk gelişiminin yalnızca bir büyüme süreci olduğu düşünüldüğünde kabullenebilecek bir yaklaşımdır. Toplumların gereksinim duyduğu insan modeli, çocuğun önem ve işlevini etkilemiştir. Örneğin insanlığın yerleşik kültüre geçişi; bir toplumun savaştı, göçebe ya da ziraatçı oluşu; dağ, step ya da deniz kenarında yaşaması, çocuğu ve genç kuşakları etkilemiştir. Sonuç olarak çocukluk geleneksel kültürlerde sabit ve değişmez bir dönemi ifade etmediği gibi bugünkü anlamda evrensel bir anlama da sahip değildir (14).

## II. “Çocuk toplumsal bir varlıktır” görüşü

Bu görüşe göre çocuk, biyolojik varlığı dışında toplumsal bir varlığa da sahiptir. Bu görüşün gelişmesinde semavi dinlerin büyük etkisi olduğu görülmüştür (14).

Hız. Musa dönemi, toplumsal sorumlulukların ön plana alındığı bir dönemdir. Toplumsal düzenin sağlanabilmesinde itaat temel alınmıştır. Çocukların anne ve babaya itaatkâr ve hürmetli olmaları halinde toplumda öngörülen sükûnet ve düzenin sağlanabileceğine inanılır. Aile, hem toplumun hem de devletin güç kaynağı olarak önemli bir birimdir. Erkeğin; kadın, çocuk ve köleler üzerinde mutlak hâkimiyeti söz konusudur. Aile eğitiminde dikkati çeken en önemli yöntem dayaktır. Ailede beklenen davranışları, saygı ve itaati göstermeyen çocuklar acımasızca dövülebilir. Çocuk olmak, günün birinde tarihin ve Tanrı'nın övdüğü yaşlılar olmak anlamına gelir. Bu nedenle çocuk bugünden çok gelecekte böyle bir övgüye aday olarak yetiştirilmelidir (15).

Çocukluk Hıristiyanlıkta bir inanç sistemine, bir kültüre dâhil olmanın ilk önemli basamağını teşkil eder. Çocuk büyümekte olan bir canlıdır. Hıristiyanlık dini ve insani açıdan onu yetiştirmelidir. Çocuklar itaatkâr olmalıdır. Anne ve babasına isyan eden çocuk cezalandırılabilir. Çocuğun yetişmesinde dayak yerine cezalandırma yöntemi vardır. Aile açısından çocuk, önce ahlaki sonra da dini değerlere sahip olmalıdır (16).

İslamiyet ile birlikte çocuk ve çocukluk olgusu değişim göstermiştir. Kuran'da insan yavrusunun dünyaya gelişini, ana rahmine düştüğü andan itibaren aşamalar içinde sunulmuştur. Çocuğun biyolojik ve toplumsal gelişimine en uygun bir biçimde gelişmesi noktasında anne ve babalara önerilerde bulunmuştur. Kuran'a

göre anne ve babalara çocukları konusunda özel sorumluluklar yüklenmiştir. Çocukluk sonrasındaki yaşam evrelerine de aşağıda gösterildiği gibi vurgu yapılmaktadır; “Doğumdan on beş yaşına kadar olan devre çocukluk devresidir.” “Süt evresi çocuk için önemlidir.” “Çocuğa mutlak isim verilmelidir ve erkek ise sünnet ettirilmelidir”. “Anne ve babalar çocuklarının dünyaya gelmelerine neden olmuşlardır ve onları güçlerinin yettiği oranda beslemek, terbiye etmek, kazanç yoluna sevk etmek görevleri vardır.” İtaat kültürü geleneksel toplumlarda olduğu gibi yine vardır ama İslam dini ile birlikte dini anlamlar yüklemiştir. Çünkü çocuk insan yavrusu olarak bu şerefi ve bununla yüklenen sorumlulukları taşımaya aday bir varlıktır ve önemlidir. İnsan yavrusu özen ve dikkatle yetiştirilmelidir (17).

### III. “Çocukluk insan yaşamının çok özel ve önemli bir dönemidir” görüşü

Bu görüş (Modern Çocuk Görüşü) genel olarak 20. yüzyılın ürünü olarak kabul edilir.

Üç temel varsayıma dayanır:

- (1) Çocuklar, yetişkinden farklıdır; çocuklar özel bir biyolojik grup oluştururlar,
- (2) Çocukların yetişkinliğe hazırlanması yetiştirilmesi gerekir; yetişkinlik bir kazanımdır,
- (3) Çocukların yetiştirilmesi sorumluluğu yetişkinliğe aittir (18).

### VI. “Postmodern çocuk” görüşü

Postmodern aileler, iki ebeveynin çalıştığı aileleri, tek ebeveynli aileleri, boşanmış ve yeniden evlenmiş aileleri kapsamaktadır. Bir zamanlar güçlü bir tabu sayılan farklı din ve ırklar arası evlilikleri de içermektedir. Ebeveyn rolleri kadınlar için eğitim ve iş olanakları açıldıkça değişmektedir. Babalar, geçmişe göre çocuk bakımı ve ev işlerinin yapılmasına daha çok katılmaktadırlar. Postmodern ailede çocuğun algılanması da yeniden yaratılmıştır. Postmodern ailede çocuk yetkin, hazır ve yaşamın tüm olanaklarıyla ve meydan okumalarıyla uğraşabilecek biri olarak görülür (14).



### **2.1.3. Çocuk hakları**

#### **2.1.3.1. Hak Nedir?**

“Hak” kelimesinin birinci anlamında “doğruluk” yani bir şeyin doğru (haklı) olduğundan, doğru (haklı) olan bir eylemden söz edilmektedir, ikinci anlamın da ise “yetki”den söz edilir. “Yetki” anlamı ile bir kimsenin bir hakka sahip olduğundan bahsedilmektedir (19). Hukuk dilindeki hak kavramı da böyle bir “yetki” veya meşru “talebin” hukuki biçimde ifade edilmesidir (20). İnsan hakları tüm dönemlerinde hukuksallaşmadan önce siyasal ve toplumsal mücadelelerin konusunu oluşturan ve bir hak talebiyle belirlenen bir süreçten geçmiştir.

Günümüzde ise insan hakları, insanın insan olarak doğmasıyla birlikte elinden alınamaz, özüne dokunulamaz ve bireyin kendisi istese bile başkalarına devredemeyeceği haklar niteliğini kazanmıştır (21). Bu haklar, bireylerin ona göre hareket edebildikleri ve devletlerin yasa çıkardıkları ve yargılama yaptıkları ilkeler durumundadır.

#### **2.1.3.2. Çocuk Hakları**

Çocuk hakları, çocukların en çaresiz varlıklar olarak özel durumlarını dikkate alan bir kavramdır. Çocuk haklarıyla ilgili çocukların ilgi ve korunma gerektiren özel gereksinimleri olduğu; bu nedenle de çocukların özel olarak korunması ve özel haklarının olması gerekliliği gibi çeşitli görüşler vardır (22). Çocuk hakları, her çocuğun gelişip maksimum potansiyeline ulaşabildiği, şiddet ve yokluktan uzak, sağlıklı olabildiği, oynayıp öğrenebildiği ortamlarda güven içinde, bakılıp büyütüldüğü bir çocukluğu işaret eder. Çocuk hakları, felsefi ve hukuksal olmak üzere iki yaklaşımla ele alınabilir.

Felsefi yaklaşımla çocuk hakları, refah hakları, korumacı haklar, yetişkin hakları ve ana-babalara karşı haklar olmak üzere dört ana başlık altında toplanmaktadır. Bu haklar detaylandırılarak sayfa 20-21’de tanımlanmıştır.

Çocuğun ve çocuk haklarının korunması birbirinden farklı kavramlar değildir. Çünkü çocuk hakları, çocukları korumak, onları bağımsız ve sorumlu bir yetişkin yaşamına hazırlamak amacıyla çocuklara hukuk kuralları tarafından tanınan yetkililerdir. Esasen çocuk haklarını konu alan çocuk hukukunun temel işlevi,

güçsüzlüğünden ve deneyimsizliğinden dolayı çocuğa özel bir koruma ve özen sağlamak; yetişkin olduğunda onu kendi başına bağımsız kararlar alabilecek olgunluğa ulaştırmaktır.

Hukuksal anlamda çocuk hakları ise, en geniş biçimiyle 20 Kasım 1989 tarihli *Çocuk Haklarına Dair Sözleşme*'de yer almaktadır. Çocuk haklarının hedefi çocukların bireysel haklarının yanında, toplumsal yaşantıyla ilgili kararlara da katılmalarını sağlamak olmalıdır. Çocuklara sosyal, medeni, kültürel haklar tanınırken, politik haklarda çekinceli davranılmaktadır. Çocukları yetişkinlerden ayıran nokta politik haklarının olmamasıdır (23).

Çocuk hakları kavramı tarihte üç dönemde görülmektedir.

- *Birinci Dönem Haklar:*

İnsan hak ve özgürlüklerinin hukuki metinlerde tanınmasıyla başlayan dönem, insan haklarının birinci dönemini oluşturmaktadır. “Klasik haklar” olarak da adlandırılan birinci dönem haklar, aristokrasi ile burjuvazi arasındaki iktidar mücadelesinin sonucu 17. ve 18. yüzyıl düşünürlerince dile getirilmiş, İngiliz, Amerikan ve Fransız Devrimleri ile uygulamaya geçirilmiştir (24). Bu nedenle, bu dönemdeki insan hakları; devlet iktidarının sınırlandırılması, kişi güvenliğinin sağlanması ve insanların devletçe dokunulmayacak hakları olduğu düşüncesini destekleyen toplum sözleşmesi kuramına dönüşmüştür. Toplum sözleşmesi kuramına göre, herkes doğuştan dokunulamaz haklara sahiptir ve devletin varlık sebebi insanların sahip oldukları bu hakların korunması ve güvence altına alınmasıdır. Kişi özgürlüklerini ve siyasal katılım haklarını içeren bu haklar, yaşam hakkı, kişi güvenliği ve dokunulmazlığı, düşünce ve inanç özgürlüğü, yasal eşitlik, siyasal ve mülkiyet haklarını kapsamaktadır (25).

Onyedinci ve 18. yüzyıllarda, insan haklarının dinsel öğelerden arındırılarak doğal hukuk anlayışına dayandırılması ve toplum sözleşmesi kuramıyla desteklenmesi, çocuğa bakışı da biçimlendirmiştir. İlk günah öğretisi reddedilerek, çocuk “masum”laştırılmıştır (26). Çocukluk, insanın “doğa hali”ne en yakın olduğu dönem olarak kabul edilmiştir (27). Çocuğun savunmasızlığının ve bağımlılığının fark edilmesi; “Doğada herkesin doğum, yaşam şartları ve ebeveyn eğilimlerine bakılmaksızın bakım ve rahat etme hakkı vardır” biçiminde açıklık kazanmıştır.

Böylece çocuğun doğal zayıflığının, çocuğa onu ihmal ya da istismar edebilecek herkese karşı haklar sağlayacağı anlayışı gelişmeye başlamıştır (28).

Fransız Devrimi ardındaki itici sınıf burjuvazi, çocukları yeniden değerlendirmiş; ekonomik yapının değişmesiyle üreticilik işlevini yitiren çocuklar, evde aileleri için önemli varlıklar haline gelmiştir (29). Yeni ekonomik ve toplumsal yapının yurttaşlara duyduğu gereksinim nedeniyle çocuklar gelecek için potansiyel varlıklar olarak görülmeye başlanmıştır (30). Bunun ancak eğitimle mümkün olacağı düşüncesi, halkın eğitilmesi gerektiği fikrini doğurmuştur. Fransız Devrimi ile halkın/çocukların eğitimi görevi devlete yüklenmiştir. Devrimle birlikte, çocuklar Kilise'nin çocukları olmaktan çıkıp "Devletin çocukları" olmuştur.

Ancak klasik haklar listesine bakıldığında, yaşam hakkı dışında tüm hakların yetişkin hakları olduğu görülmektedir. Bu dönemde insan ve yurttaş ayrımı, çocukların tüm yurttaşlık haklarından dolayısıyla insan haklarından dışlanmasını gerektirmiştir. Evrensel insan haklarında özgürlük, güvenlik ve mülkiyet haklarının herkesin hakkı olduğu savunulmuş fakat seçme ve seçilme hakkının mülk sahibi olanlara tanınması mülk edinme becerisi gösteremeyenlerin yurttaş sayılmamasına neden olmuştur (31). Nitekim 18. yy boyunca çocuklarla birlikte kadınlar ve yoksullar da yurttaş sayılmamış, insan haklarının sahipliği ve koruyuculuğu "ailelerinin efendileri olan" mal sahibi erkeklerle sınırlanmıştır (32).

- *İkinci Dönem Haklar*

Onsekiz ve 19. yy'larda klasik haklar, Avrupa'da anayasalarla güvence altına alınmıştır. Yani devlete, bu hakları gerçekleştirmesi için gerekeni yapma ödevi yüklemiştir. Hukuki özgürlüklerden yalnızca belirli insanların yararlandığı gerçeğinin fark edilmesi ve yaşanan toplumsal sefalet, yeni bir sınıf olan işçi sınıfının kendi toplumsal mücadelesini doğurmuştur. Bu mücadelenin özünü ekonomik ve siyasal talepler oluşturmuştur (33). Sanayileşme, sosyalist düşüncenin doğuşu ve demokratikleşme ile başlayan ekonomik, siyasal ve düşünsel oluşumların ürünü olarak 19. yy'nın ikinci yarısında kitle hareketlerinin etkisiyle, insan hakları listesine sosyal, ekonomik ve kültürel hakların girdiği görülmektedir. Bunlar ağırlıklı olarak sosyal haklardır ve aynı zamanda "sosyal devlet" kavramının doğuşu söz konusudur. Çalışma, adil ücret, sosyal güvenlik, sendika ve grev, sağlık ve eğitim

haklarını içeren bu haklar, 20. yy yasalarına, anayasalarına ve hatta uluslar arası belgelere giren ekonomik, sosyal ve kültürel haklardır (34).

Sanayi Devrimi'yle birlikte, ekonomik örgütlenmeler ailenin dışına taşmış, aile ekonomik refahı sağlama ve koruyuculuk işlevini yitirmeye başlamıştır (35). Çocukluk da iki farklı boyut kazanmıştır. Çocuklar, bir taraftan istihdam edilebilen işgücü haline gelirken diğer taraftan çocukların emeklerinden yararlanmak “kutsal bir şeye dokunarak saygısızlık etmek” olarak değerlendirilmiştir (36). İşçi sınıfının çocuklarının iş yaşamına dahil olmaları onların bağımsızlıklarını orta sınıfın çocuklarından evvel ilan etmelerini kolaylaştırmıştır. Sokağın kurallarıyla büyüyen işçi çocuklar, yetişkinlerle ve dışarıdaki yaşamın acımasızlığıyla da daha evvel karşılaşmıştır. İşçi çocukların kurdukları gençlik grupları ve bunların aktiviteleri nedeniyle toplumun diğer kesimleri tarafından “çocuk suçluluğu” terimi kullanılmaya başlanmıştır (29). Aile hakkında açık ve net politikalar belirleyen devletler işçi ailelerine müdahale etmeye başlamıştır. Bu nedenle, ebeveyn otoritesini sarsacağı gerekçesiyle karşı çıkılsa da, çalışan çocuklara yönelik yasalar çıkarılmış ve eğitim zorunlu kılınmıştır (37).

Sosyal haklar, en kapsamlı biçimiyle ilk olarak 1848 Fransız Anayasası ile ele alınmıştır. Devlet, tüm yurttaşların refahını sağlama, onların ailesini, malını, çalışmasını, inançlarını koruma, çocuklara temel eğitim sağlama, terk edilmiş çocuklara, özürlülere ve yaşlılara yardım etme ve olanakları ölçüsünde istihdam yaratma görevini üstlenmiştir (38).

Sosyal hakların yaygın biçimde anayasalarda yer alması I. Dünya Savaşı, uluslararası alanda sözleşmelere konu olması ise II. Dünya Savaşı sonrasına rastlamaktadır. Sosyal haklara ilişkin en önemli sözleşme Birleşmiş Milletler (BM) Ekonomik, Sosyal, Kültürel Haklar Sözleşmesi'dir. 1959'da imzalanan bu Sözleşme ile ayırım gözetmeksizin tüm insanların sosyal, ekonomik ve kültürel hakları güvence altına alınmaktadır. Bu sözleşmeyi önemli kılan çocukların sosyal, ekonomik ve kültürel haklarına yer verilmesidir. Çocukların ekonomik sömürüden korunma hakkı, beslenme hakkı, sağlık hakkı, eğitim hakkı ayrıntılı biçimde düzenlenmiştir (39).

- *Üçüncü Dönem Haklar*

Hem devlete hem de bireylere sorumluluklar yüklendiği dönem, üçüncü dönem hakları oluşturmaktadır. Bu haklar, 20. yüzyılın ikinci yarısında ortaya çıkan

ulusların siyasal, ekonomik, sosyal ve kültürel geleceklerini belirleyebilme hakkı, sosyal gelişme, kalkınma hakkı ve doğal kaynaklardan yararlanma hakkı gibi haklardır. Bu haklar arasında barış hakkı, sağlık ve dengeli bir çevrede yaşama hakkı gibi bütün insanlığı kapsayan haklar yer almaktadır (40). Dayanışma hakları olarak da adlandırılan üçüncü dönem hakların talep edilmesinde, yaşanan bilimsel ve teknik ilerlemeler önemli etkidir (41). Dayanışma hakları doğrudan yaşama hakkı ile ilişkilidir. Dayanışma haklarının gerek talep edilmesinde gerekse gerçekleştirilme çabalarında vurgulanan “gelecek nesilleri koruma” kaygısı, dayanışma haklarının çocuk haklarının gerçekleştirilmesinde en az sosyal haklar kadar önemli olduğunu göstermektedir (42).

İnsan hakları mücadeleleri, hakkı talep edenler ve hakkı örgütleyenler (iktidar) olmak üzere iki yanlıdır (43). Ancak, çocuk hakları söz konusu olduğunda böyle bir iki yanlılıktan söz edilemez çünkü hem talep edenler hemde örgütleyenler yetişkinlerdir. Frankin’in (1993) de belirttiği gibi “çocuklar, yaşları nedeniyle insan haklarının çoğu kendilerinden esirgenen, unutulmuş, dışlanan kesimi” oluşturmaktadır. Öyle ki, çocuklar 18. yy’dan itibaren toplumun özel ve savunmasız kesimi olarak kabul edilmelerine karşın 20. yy’da bile çocukların isteklerini dikkate alan bir çocuk hakları süreci başlatılamamıştır (44).

Kısacası ikinci ve üçüncü dönem hakların gerçekleştirilmesi gelecek nesillerin insan onuruna yakışır bir yaşam sürmeleri açısından oldukça önemlidir.

## **2.2. Çocuklara Yönelik Uluslararası Sözleşmeler ve Belgeler**

Ulusal ve Uluslararası düzeyde, çocuklarla ilgili çalışmalar 1900’lü yıllarda başlamıştır. Uluslararası platformda çocuk haklarıyla ilgili çalışmaların en önemlisi 20 Kasım 1989 tarihli Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesidir (45). Aşağıdaki kronolojik olarak çocuklar için hazırlanmış haklar verilmiştir;

**Washington Kararları:** Çocuğun korunması hakkı üzerine uluslararası kararların ilki, 1919’da Washington’da toplanan iş konferansında alınmıştır. Bu kararlar (46);

- 1) 14 yaşından küçük çocuklar işe alınmamalıdır

- 2) 15 yaşından küçük çocukların geceleri işyerlerinde çalışmaları yasaklanmalıdır
- 3) Daha büyük çağıdaki çocukların çalışmaları günde 8, haftada 48 saatten fazla olmamalı, aksine az olmalıdır.

**Çocuk Hakları Cenevre Bildirisi:** 1920 yılında kurulan milletlerarası çocuklara yardım teşkilatının temel amaçlarından birisi, savaştan zarar gören ülkelerin çocuklarının acil ihtiyaçlarını gidermekti. Teşkilat bu amacını gerçekleştirme çabalarını sürdürürken, en geniş çapta ve devamlı olarak çocukları korumak için olan programın düzenlenmesine ve programın ilkelerinin araştırılmasına çaba gösteriyordu. İşte bu çabaların sonucunda çocuğun değerine ve eğitim hakkına ilk özenli ilkeler 26 Eylül 1924 tarihinde Milletler Cemiyeti Genel Kurulunda kabul edilmiştir.

Mustafa Kemal Atatürk'ün imzasını taşıyan bildirinin ilkeleri (45).;

1. Çocuk, bedenen ve ruhen doğal bir biçimde gelişebileceği elverişli koşullar içinde bulundurulmalıdır
2. Aç çocuk beslenmeli, hasta çocuk iyileştirilmeli, zihinsel engelli çocuk olanaklar ölçüsünde geliştirilmeli, sapkın çocuk yola getirilmeli, öksüz ve kimsesiz çocuk koruma altına alınmalı ve yardım görmelidir
3. Çocuklar felaket zamanında, en önce yardım görmelidir
4. Çocuk kendi hayatını kazanacak duruma getirilmeli ve her türlü sömürüye karşı korunmalıdır
5. Çocuk, en değerli şeyleri, öteki kardeşleriyle paylaşabilecek bilinçte yetiştirilmelidir

Yukarıdaki maddeleri imzalayan ülkelerin temsilcileri; insanlığın, en değerli şeylerini çocuklara vermeyi zorunlu görmüş, ırk, ulus, din ve diğer her türlü etkiden uzak olarak kabul etmişlerdir.

**Çocuk Hakları 2. Cenevre Bildirisi:** Cenevre Bildirisi II. Dünya Savaşı'nın çıkması üzerine yaşama geçirilememiştir. 1946 yılında Birleşmiş Milletlerin kuruluşundan bir yıl sonra Birleşmiş Milletlerin Ekonomik ve Sosyal Haklar Konseyinde "bütün dünya milletlerini 1924'deki kadar birbirine bağlamak amacıyla"

Cenevre Beyannamesi'nin canlandırılması önemlidir. 1948 yılında 2.Çocuk Hakları Bildirisi olarak tanımlanan bildiride heyette yer alan ilkeler şunlardır (46);

1. Çocuk hiçbir fark ve ayırım gözetilmeden tüm insanlık haklarına sahip olmalıdır
2. Çocuğun, toplumsal güvenliğe, tıbbi hizmetlere ve sağlık bakımına hakkı vardır
3. Çocuk bedensel, zihinsel ve toplumsal yönlerden özgürlük ve onurla gelişecek biçimde korunmalıdır
4. Bedensel, zihinsel ve toplumsal yönden özürlü olan çocuğa eğitim verilmelidir
5. Tüm çocuklar, eğitim ve gelişme yönünden eşit haklara, olanaklara sahip olmalıdır
6. Çocuk, her türlü ihmal, zulüm ve özellikle genç yaşta işe alınması ile ilgili sömürüye karşı korunmalıdır
7. Her çocuğun sevgi, şefkate gereksinimi vardır
8. Dernek ve yönetsel kuruluşlar, kimsesiz ve muhtaç çocuklara özel ilgi göstermekle yükümlüdürler.

#### **Avrupa Çocuk Hakları Beyannamesi (46)**

1. Çocuk cinsiyet, dil, ırk, renk, doğum, sosyal durum, inanç ve fikir ayrımı yapmaksızın ve böyle bir ayırımın tamamen dışında tutulmalıdır.
2. Çocuk normal ve iyi şekilde, hürriyet ve liyakat içinde manevi ve fikri gelişime açık bir halde bulundurulmalıdır.
3. Çocuk sosyal ve ekonomik olanaklardan yararlanmalı, doğum öncesinden itibaren sağlığı korunmalıdır.
4. Çocuğun beslenmeye, giyinmeye, sağlık şartları olan konutta dinlenmeye ve oyun hakkı vardır.
5. Çocuk, kişiliğinin uyumlu bir şekilde gelişeceği ailevi şefkat ve anlayış havası içinde büyüme imkanına sahip olmalıdır.
6. Çocuğun bakım hakkı vardır.
7. Çocuk topluma faydalı bir unsur olabilmesi için uyumlu bir tarzda ve tam olarak gelişebileceği bir terbiye almalıdır.

### **Çocuk Haklarına Dair Diğer Çalışmalar (47)**

- Kadın ve Çocuk Ticaretinin Kaldırılmasına Dair 30 Eylül 1921 Tarihli Sözleşme ve bu sözleşmeye ilişkin 12 Kasım 1947 tarihli protokol.
- Deniz işlerinde çalıştırılacak çocukların asgari yaş haddini tespit hakkında 58 sayılı ve 24 Ekim 1936 tarihli sözleşme.
- Çocukların ve gençlerin sanayide işe elverişlilikleri yönünden sağlık muayenesine tabi tutulmaları hakkında 77 sayılı 9 Ekim 1946 tarihli sözleşme.
- Çocuklara karşı nafaka yükümlülüğü konusundaki kararların tanınmasına tenfizine ilişkin 15 Nisan 1958 tarihli sözleşme.
- Çocuklara karşı nafaka mükellefiyetini uygulayacak kanuna dair yetkinliklerin genişletilmesi hakkında 14 Eylül 1961 tarihli sözleşme.
- Evlilik dışı çocukların tanınmalarını kabule yetkili makamların yetkilerinin, genişletilmesi hakkında 14 Eylül 1961 tarihli sözleşme.
- Küçüklerin korunması konusunda makamların yetkisine ve uygulanacak kanunlara dair 5 Ekim 1961 tarihli sözleşme.
- Evlilik dışı çocukların ana bakımından nesebinin tesisine dair 12 Eylül 1962 tarihli sözleşme.
- Evlat edinme konusunda makamların yetkisi; uygulanacak hukuk ve kararların tanınması hakkında 15 Kasım 1965 tarihli sözleşme.
- Çocukların evlat edinmesine dair 28 Kasım 1970 tarihli Avrupa Sözleşmesi.
- Küçüklerin vatana iadelerine dair 28 Mayıs 1970 tarihli Avrupa Sözleşmesi
- Evlenme ile nesebin düzeltilmesi hakkında 10 Eylül 1970 tarihli sözleşme.
- Nafaka yükümlülüğüne uygulanacak kanunlara dair 2 Ekim 1973 tarihli sözleşme.
- Nafaka yükümlülüğü konusunda kararların tanınmasına ve tenfizine ilişkin 2 Ekim 1973 tarihli sözleşme.
- Evlilik dışında doğan çocukların hukuki durumuna dair 15 Ekim 1975 tarihli Avrupa Sözleşmesi.
- Çocukların bakım ve gözetim yükümüne ilişkin kararların tanınması ve



tenfizi ile çocuklara karşı bakım ve gözetim yükümlülüğü düzenlenmesi konusunda 20 Mayıs 1980 tarihli sözleşme.

- Evlilik dışında doğan çocukların tanınmasına dair 5 Eylül 1980 tarihli sözleşme.
- Milletlerarası unsurlu çocuk kaçırma olaylarının özel hukukuna ilişkin ve göçleri hakkında 20 Ekim 1980 tarihli sözleşme.

### **2.3. Çocuk Hakları Sözleşmesi**

#### **2.3.1. Çocuk Hakları Sözleşmesi Tarihçesi**

Birinci Dünya Savaşı sonrasında 1919 yılında İngiltere’de çocukları korumak üzere Çocukları Koruma Fonu (Save the Children Fund) kurulmuştur. Bu fonda görev yapan Eglantyne Jebb 1922 yılında çocuk hakları üzerine bir taslak (Charter of the Right of the Child) hazırlamıştır (48). Birinci Dünya Savaşı sırasında, Balkan çocukları için yürüttüğü yardım çalışmalarından edindiği deneyimler onu, çocukların refahı için sürekli bir eylemin gerekliliğine inandırmıştı. Hazırlanan bu 7 maddelik taslakta, her ulustan, ırktan ve inançtan çocukların sömürüye karşı korunması, fiziksel, zihinsel ve ahlaki gelişimlerinin tam olarak sağlanması, yetişkin hayatına hazırlanmaları konusunda çocuklara karşı sorumluluklar dile getirilmiştir. Bu taslak daha sonra, Milletler Birliği tarafından 1924’de Çocuk Hakları Cenevre Bildirgesi (Geneva Declaration of the Rights of the Child) olarak kabul edilmiştir. Çocuk Hakları Cenevre Bildirgesi, uluslararası alanda çocukların korunmasına yönelik hazırlanmış ilk uluslararası belgedir. Cenevre Bildirgesi’nde; çocukların doğal biçimde gelişmesine olanak sağlanması, aç çocukların beslenmesi, hasta çocukların tedavi edilmesi, terk edilmiş çocukların korunması, felaket anında yardımın öncelikle çocuğa yapılması, çocukların her türlü istismara karşı korunması ve kardeşlik duyguları içinde eğitilmeleri gerektiği belirtilmiştir. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi her insanın sahip olduğu hak ve özgürlükleri ilan ederken, çocukların da özel birtakım ihtiyaçlarının olduğunun anlaşılması, sonraki bir uluslararası belgenin, 1959’daki Çocuk Hakları Bildirgesi’nin (Declaration of the Right of the Child) kabulüne olanak sağlamıştır. Bu belgeler, insanlığın, çocuklara verebileceği en iyi şeyi vermeye borçlu olduğu ilkesinden hareket etmişler ve çocukların haklarının

gerçekleşmesini sağlamak yetişkinlerin sorumluluğu olarak görülmüştür (49). Bu bildirge Birleşmiş Milletler Genel Kurulu'nun bünyesinde oluşturulan bir Çalışma Grubu tarafından güncellenerek "Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi" adıyla 20 Kasım 1989 tarihinde Birleşmiş Milletler Kurulu tarafından oybirliği ile kabul edilmiştir. 26 Ocak 1990 tarihinde imzaya açılan ÇHS, aynı gün 61 devlet tarafından imzalanmıştır.

Türkiye Sözleşmeyi, 29-30 Eylül 1990 tarihinde Birleşmiş Milletler Genel Merkezinde toplanan "Çocuklar İçin Dünya Zirvesi'nde, 17, 29 ve 30.maddelerine çekince koyarak imzalamıştır. 4058 sayılı yasayla onaylanması uygun bulunan Sözleşme, 27 Ocak 1995 günü Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Çocukların da yetişkinler gibi, medeni, siyasi, toplumsal, kültürel ve ekonomik tüm haklardan yararlanmaları gerektiği inancıyla kaleme alınan bu sözleşme, günümüzde BM üyesi ülkelerin ikisi hariç tamamı yani 191 ülke tarafından kabul edilmiştir (50). Amerika Birleşik Devletleri ve Somali hariç tüm ülkeler olmak üzere en fazla sayıda ülke tarafından onaylanan insan hakları belgesidir (51). ÇHS, uluslararası planda mutabakata varılmış, üzerinde pazarlık yapılması mümkün olmayan standartlar ve yükümlülükleri içermektedir. Belge, nerede doğduklarına, kim olduklarına; cinsiyetlerine, dinlerine ya da sosyal kökenlerine bakılmaksızın bütün çocukların haklarını tanımlamaktadır (50). Bu sözleşme, çocukların haklarına ilişkin evrensel standartları belirleyerek, çocuklar için en uygun güvenlik, sağlık ve eğitim standartlarını kanunlar, hükümet ve devlet politikalarıyla güvence altına alan ve bağlayıcı bir hukuki belge niteliği taşıyan ilk sözleşmedir. Uluslararası sözleşmeler içerisinde bu güne kadar en yaygın ve hızlı kabul gören sözleşme olma özelliğini kazanmıştır (52). Dünya çocuklarının "İnsan Hakları Yasası" olarak nitelendirilmektedir.

### **2.3.2. Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin Yapısı ve Amacı**

Bu sözleşme daha önceki yaklaşımların aksine, tek tek her çocuğun içinde bulunduğu durumun geliştirilmesi, toplumun aktif ve sorumlu bir üyesi durumuna gelebilmesi için ayrılan kaynaklardan yararlanma hakkına sahip olması fikrine dayanır (53).

Sözleşme, önsöz ve üç kısımdan oluşmaktadır. Önsözde Birleşmiş Milletler' in temel ilkeleri ile insan hakları sözleşmeleri ve bildirelerinin bazı özel hükümlerine gönderme yapılmış; savunmasız konumları nedeniyle çocukların özel bir özene ve korunmaya gereksinim duydukları belirtilmiştir. Çocukları koruma sorumluluğunun ilk önce aileye ait olduğu, devletin de aileye bu konuda yardım edeceği vurgulanmıştır. Sözleşme'nin birinci kısmında, 18 yaşından küçük çocukların sahip olduğu haklar ve bunların gerçekleştirilmesi için devlete düşen görevler düzenlenmiştir. İkinci ve üçüncü kısımlarda, Sözleşme'de yer alan hakların taraf devletlerce uygun araçlarla yetişkinlere ve çocuklara yaygın biçimde öğretilmesi yükümlülüğü 42 madde ile belirtildikten sonra, 43. ve devamındaki maddelerde, Sözleşme'nin yürürlüğe girmesini ve Sözleşme'ye uyulmasını düzenleyen kurallara yer verilmiştir. Sözleşme'nin amacı, çocukların korunması için evrensel ilkeler belirlemek, onları her türlü ihmal, istismar ve kötü muameleye karşı korumaktır.

Bunun yanında Sözleşme, çocukların potansiyellerinin ve yeteneklerinin gelişmesini sağlayacak programlar için bir çerçeve oluşturmak amacına da sahiptir (54). Sözleşme on sekiz yaşın altında olanları çocuk olarak tanımlayarak başlamaktadır. Sözleşme'de özetlenen haklar, nerede olurlarsa olsunlar bütün çocuklar için geçerlidir. Çocuklarla ilgili bütün konularda, çocuğun yüksek yararı gözetilecektir. Devletler, çocukların haklarına eksiksiz biçimde saygı gösterilmesini sağlayacak önlemleri almakla yükümlüdürler (55).

Sözleşme çocukların (1) yaşama hakkı, (2) eksiksiz biçimde gelişme hakkı, (3) zararlı etkilerden, istismar ve sömürüden korunma hakkı (4) aile, kültür ve sosyal yaşama eksiksiz katılma hakları olmak üzere dört temel haklar grubunu içerir (58).

Sözleşme'deki maddeler (1) uygulamanın genel ölçütleri, (2) çocuğun tanımı, (3) genel ilkeler, (4) sivil hak ve özgürlükler, (5) aile ortamı ve alternatif bakım, (6) sağlık ve beslenme, (7) eğitim, boş zaman ve kültür etkinlikleri ve (8) özel koruma önlemleri olmak üzere 8 ana başlık altında toplanmaktadır (Ek 6).

Sözleşmenin birinci maddesi, “on sekiz yaşına kadar her insan çocuk sayılır” diye belirtmiş olsa da, çocukluğun başlangıç anına dair bir düzenleme yoktur. Önsöz'de “çocuğun gerek bedensel gerek zihinsel bakımdan tam erginliğe kadar ulaşmamış olması nedeniyle doğum sonrasında olduğu kadar, doğum öncesinde de

uygun yasal korumayı içeren özel güvence ve koruma gereksiniminin bulunduğu” belirtilmekle yetinilmiştir (56). Birleşmiş Milletler, maddenin bu haliyle gerek kürtaj gerekse doğum öncesi diğer konularda taraf olmaktan kaçınarak, çocukluğun başlangıç anının belirlenmesini taraf devletlerin inisiyatifine bırakmıştır. Sözleşme maddelerinin neredeyse tamamı çocukların doğumdan sonra yararlanabileceği haklardır. Çocuğun yasal olarak tanımlanması özellikle; evlenme, askere alınma, iş girme, tanık veya sanık olma gibi konularda önem taşımaktadır (57).

Sözleşmede düzenlenen bazı haklar çocuk haklarının gerçekleştirilebilmesi ve çocukların Sözleşme ile belirlenen haklardan yararlanabilmeleri için devletlerin dikkate almak zorunda olduğu ve olağanüstü hallerde bile değiştirilemeyecek temel ilkeler niteliğindedir. Bu ilkeler; (1) ayırım gözetilmeme, (2) çocuğun yüksek yararının gözetilmesi, (3) yaşama ve gelişme ile (4) katılım hakkıdır. Birleşmiş Milletler komitesi, temel ilkelerin uygulanmasının bütçe kaynaklarının yeterliliğine bağlı kılınamayacağını vurgulamaktadır. Dolayısıyla taraf devletler, temel ilkeler doğrultusunda düzenlemeler yapma ve yürürlükteki yasaları bu ilkelerle uyumlu hale getirme yükümlülüğünü üstlenmiştir. Devletler, özellikle belirli kimi hakların edinilmesi ya da koruyucu kimi önlemlerin alınması için asgari yaş sınırını belirlerken temel ilkeleri gözetecektir (58).

Çocuklara tanınan bu haklar yetişkinlerin de sahip olduğu insan haklarıdır. Bu nedenle bu haklar klasik haklar ve sosyal, ekonomik, kültürel haklar biçiminde ayrımlanabilir. Ancak, ÇHS, “özel hak özneli bir insan hakları sözleşmesi” olduğu için kimi haklar tamamıyla çocuklara özgüdür. “Özel vurgulu haklar” denilebilecek bu haklar, çocuk-aile-devlet ilişkisini düzenlemektedir (59).

Sözleşmeye göre çocuk hakları; (1) refah hakları, (2) korumacı haklar, (3) yetişkin hakları ve (4) anne ve babalara karşı haklar olmak üzere dört ana başlık altında toplanmaktadır (60). Franklin’in (1993), belirttiği üzere bu dört başlık altındaki haklar şu konuları içermektedir:

- *Refah hakları*, çocukların beslenme, tıbbi hizmet, psikolojik uyarım, barınma, eğitim gereksinimlerini içeren haklardır. Bu haklar çocuğun güvenliğinin asgari koşullarını oluşturur. Bu haklar, “çocuklara karşı verilebilecek en önemli haklardır”, çünkü “çocuğun iyiliğinin can damarını oluştururlar”. Ancak refah haklarının kazanılması çocukların yetişkinler karşısındaki toplumsal ya da yasal

konumlarını hiçbir şekilde değiştiremez. Mahkemeler, dünyadan yoksulluğun kaldırılmasına karar veremediklerine göre, hükümetler de her zaman bu tür refah haklarını karşılamamaktadırlar. Anayasa hukuku açısından ekonomik ve sosyal haklar olarak da nitelendirilen bu haklar, anayasalar ve uluslararası sözleşmelerde devletin ekonomik kalkınması ve mali gücü ile sınırlandırılmaktadır. Bu hedefleri karşılamak için toplumun yapacağı şey politik irade ve seçim hakkını kullanmak, yasama değişikliğini sağlamak ve bu temel konularda eşit koşullara en büyük önceliği vermektir.

- *Korumacı haklar*, çocukları yetersiz ilgiden, ev içindeki ihmal; fiziksel, duygusal kötü muameleden ya da başka herhangi bir tehlikeden koruyan haklardır. Çocuk haklarını felsefi yaklaşımla ele alanlar, korumacı hakların çocukları yetişkinlere bağımlı kıldığını ve özerkliklerini yok ettiğini ileri sürerler. Bu nedenle de, bu hakların tanınması ve uygulanmasında hassas olmak gerektiğini belirtirler. Çocuklar için sağlanması zorunlu görülen korumaların kapsamı çok geniştir ve hala tartışılmaktadır. Hemen herkes çocukların cinsel ya da fiziksel tacize maruz kalmaktan korunmaları gerektiğini kabul etmektedir, ancak çocukları günlük işlerin olası tehlikelerinden koruma ihtiyacı konusunda henüz fikir birliği yoktur. Çünkü bazı insanlar çocukların çalışma dünyasına dahil olmalarının büyük yararlar getireceğini düşünmektedir. Refah hakları gibi korumacı haklar da çocuklar için daha fazla bir bağımsızlık getirmemektedir. Yetişkinler karşısındaki doğal statülerini değiştirmemektedir. Çocukların kötü muameleye maruz kaldığı durumlarda devletin korumacı mekanizmalarına başvurma ihtiyacı “çocuğun çıkarlarının” yetişkinler tarafından algılanışının önemini ortaya koymaktadır. Bu konuda çocuğun çıkarları üzerindeki otorite ve karar alma iktidarı çocukların kendilerine verilmek yerine bir grup yetişkinden (anne-baba) başka bir grup yetişkine (sosyal hizmetler) transfer edilmektedir. O halde korumacı haklar büyük ölçüde paternalizme yol açabilir. Korumacı haklar özerkliği kısıtlamaktadır. Çocuk haklarının bu iki yönü arasında bir gerilim oluşmaktadır.

- *Yetişkin hakları ise*, yetişkinlerin sahip olduğu hakların çocuklara da tanınması anlamına gelmektedir. Bu görüşü savunanlara göre, "yaş" ayrıcalık vermek ya da vermemek bakımından keyfi bir ölçüttür. Yetişkin haklarını çocuklara da tanımak, onların bu alanlardaki özerkliklerini ve bağımsızlıklarını artırır. Şu anda

çocuklar, yetişkinlerin tam, özgür bir yaşam için vazgeçilmez gördükleri haklardan yoksundurlar. Oy kullanma, çalışma, evlenme, araba kullanma hakları yoktur ve on yıllık zorunlu eğitime tabidirler. Bu “yetişkin” haklarını genç insanlara tanımak, onların bu önemli alanlardaki özerkliklerini ve bağımsızlıklarını arttıracaktır. Yaş sınırlarına ve kısıtlamalara ilişkin keyfilik, insani gelişim ve olgunlaşma sürecinin eşitsizliğinin kaçınılmaz bir sonucudur.

- *Anne ve babalara karşı haklar*, çocukların ergenlikten (rüşetten) önce anne ve babaları karşısında bağımsızlıklarını sağlayan haklar olarak nitelendirilmektedir. Anne ve babalara karşı bu haklar, ne yenileceği, çocuğun saçlarının ne kadar uzun olacağı, hangi televizyon programını izleyebileceği gibi konulardan, evi terk etmek ya da kürtaj yaptırmak gibi önemli sorunlara kadar birçok konuda çocuklara karar özgürlüğü tanır. “Yetişkin hakları” gibi bu hakların amacı da çocukları korumak değil, kişisel özerkliklerini arttırmaktır. Anne ve babalara karşı hakların iki sınırlılığından söz etmek gerekir. Öncelikle bu tür haklar her zaman karar alma iktidarının basitçe anne ve babalardan çocuklara devredilmesini ifade etmez. Çocuklar seçimleri için mahkemelere başvurmak zorunda olabilirler. İkinci olarak, hepsi bir aile oldukları için anne ve babalar gibi çocuğun da özerkliği sınırlıdır. Topluluk yaşamı her zaman istediğimizi yapamayacağımızı ya da çatışan istek ve niyetlerin sonucu olarak ortaya çıkan her tartışmayı kazanamayacağımızı gösterir; bir topluluk ve işbirliği yaşamı, uzlaşmayı herkes için bir gereklilik haline getirir (61).

Serozan’ın (2000) da belirttiği üzere, ÇHS salt bir iyi niyet bildirisi değil, altına imza atan devletleri bağlayıp yükümlülük altına sokan bir hukuksal bağlılıktır. Sözleşme’nin çocuğu anne ve babasının, işverenin ve devletin üzerinde dilediği gibi tasarruf edebileceği bir nesne olmaktan çıkarıp, bağımsız kişiliğe sahip, onurlu ve saygın bir özneye dönüştürme sürecine ciddi bir katkıda bulunmaktadır.

Sözleşmeye göre, taraf devletlerin yükümlülüklerini yerine getirme konusunda kaydettikleri ilerlemeyi incelemek amacıyla Çocuk Hakları Komitesi kurulmuştur. Çocuk Hakları Komitesi, çocuk hakları alanında yetenekleri ile tanınan ve yüksek ahlak sahibi olarak tanımlanan, gizli oyla ve dört yıllığına seçilen on uzmandan oluşmaktadır. Taraf devletler, ÇHS ile çocuklara tanınan hakları gerçekleştirmek için aldıkları önlemleri ve hakların yaşama geçirilmesi konusunda kaydettikleri ilerleme raporlarını, Sözleşme’nin kendileri açısından yürürlüğe girdiği

tarihten itibaren iki yıl içinde, daha sonra beş yılda bir komiteye sunacaklardır. Raporlar, sözleşme ile üstlenilen sorumlulukların yerine getirilmesini önleyen sorunları ile nedenlerini ve ilgili ülkede sözleşme'nin uygulanışı hakkında komiteyi aydınlatacak bilgileri içerecektir. Taraf devletler, komite'nin istediği her bilgiyi vermek ve raporlarını kamuya duyurmak zorundadır. Uzmanlaşmış kurumlar, UNICEF ve BM'nin diğer organları, Sözleşme hükümlerinin uygulanmasının denetimi sırasında temsil hakkına sahiptir. Komite, bu kurumları rapor sunmaya davet edip gerek görürse taraf devletlere tavsiyede bulunabilecektir. Sözleşmenin denetim sistemi ülke raporlarının izlenmesi ve denetlenmesinden ibarettir.

#### **2.4. Türkiye'de Çocuk Hakları Tarihi**

Milletler Cemiyeti tarafından 1924 yılında kabul edilen ve yayınlanan Cenevre Çocuk Hakları Bildirgesi ile çocukların “yaşama, gelişme, beslenme, yardım görme, istismardan korunma” hakları güvence altına alınmak istenmiştir. Bu bildirme, Türkiye tarafından 1931 yılında imzalanmıştır. Bildirme'nin imzalanmasını takiben 1935 yılında Çocuk Esirgeme Kurumu kurulmuş ve Atatürk Türkiye Büyük Millet Meclisi'nin açıldığı gün olan 23 Nisan'ı Türk çocuklarına armağan etmiştir. Böylece 23 Nisan günleri “Ulusal Egemenlik ve Çocuk Bayramı” olarak kutlanmaya başlanmıştır. Türkiye'nin katıldığı çocukların korunmasına ilişkin ilk uluslararası çalışmalar 1936 yılı I. Balkan ve 1938 yılı II. Balkan Kongreleri'dir. Bu Kongreler, uluslararası alanda çocuk hakları konusundaki çalışmalara öncülük etmiştir. Cenevre Çocuk Hakları Bildirgesi'nin yeniden gözden geçirilerek “Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Bildirgesi” olarak kabul edilmesinin ardından Birleşmiş Milletler Genel Kurulu'nda 1979 yılı “Dünya Çocuk Yılı” olarak kabul edilmiştir. Türkiye 1979 yılından itibaren dünyada ilk ve tek Çocuk Bayramı olarak kutlanan 23 Nisan'ı, dünya çocuk bayramı olarak kabul etmiş ve bütün dünya çocuklarıyla birlikte görkemli bir şekilde kutlamaya başlamıştır. 20 Kasım 1989 yılında Birleşmiş Milletler Genel Kurulu'nun bünyesinde oluşturulan Çalışma Grubu tarafından 1924 Cenevre Çocuk Hakları Bildirgesi ve 1959 Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Bildirgesi güncellenerek “Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi”ne dönüştürülmüş ve oybirliği ile kabul edilmiştir. ÇHS, Türkiye adına 14.09.1990 tarihinde imzalanmış, 09.12.1994 tarihinde 4058 sayılı kanunla onaylanması uygun

bulunmuş ve Bakanlar Kurulu tarafından 23.12.1994 tarihinde 94/6423 sayılı kararla onaylanarak 27.01.1995 gün ve 22184 sayılı Resmi gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiştir (45). Türkiye Sözleşme gereği olarak, çocuklara tanınan hakları gerçekleştirmek için aldığı önlemleri ve hakların yaşama geçirilmesi konusunda kaydedilen ilerleme raporlarını, Sözleşme'nin yürürlüğe girdiği tarihten itibaren periyodik olarak beş yılda bir komiteye sunmakta ve Komite'nin tavsiye kararları doğrultusunda uygulamalar yapmaktadır (62).

### **2.5. Hasta Çocuk Hakları**

İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi 3. maddesinde; "kişilik doğum ile başlayıp, ölüm ile sona erdiğine göre, çocuklarda diğer insanlar gibi en temel insan haklarından birisi olan sağlıklı yaşama hakkından yararlandırılacaktır" ibaresi bulunmaktadır. Çocuklar masum, saf, güçsüz, şefkat ve korunmaya muhtaç varlıklardır. Tüm bu özelliklere ek olarak çocuklar birde hasta olduklarında yetişkinler tarafından daha da hassas bir konumda korunmaya ve bakıma muhtaç hale gelerek hem çocuk hukuku, hem de hasta hukukunun koruması altına girerler. Çocuk koruma hukukunda geçerli "Çocuk yararının önceliği ilkesi" ile hasta hakları hukukunda geçerli "hastanın yararını gözetme ve zarar vermeme ilkesi" üst üste geldiğinde, çocuk hastalar lehine çok güçlü bir pozitif ayrımcılık gereği kendini gösterir. Nitekim yeni Türk ceza kanunu, çocuklar ve savunmasız hastalar üzerinde işlenecek suçları, ağırlaştırıcı sebep olarak öngörmekte, bazen de ayrı bir suç olarak saymaktadır (63). Uluslararası platformda Hasta Çocuk Hakları bir bildiri ile düzenlenmeye çalışılmıştır. European Association for Children in Hospital (EACH) - *Avrupa Hastanede Bulunan Çocuklar Birliği*, 1988'de, ilk defa çocuk hastaların haklarına Leiden (Hollanda)'da dikkat çekti. 2001 yılında Brüksel'deki 7. Konferansında ise ilk bildirge düzenlendi (Ek 7).

### **2.6. Çocuklara Verilen İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi**

Ondokuzuncu yy.da ikinci basamak tedavi kurumlarının açılmaya başlanması ile diğer tıp alanlarında olduğu gibi pediatri alanında da önemli gelişmeler olmuştur. Dünyada ve ülkemizde çocuklara verilen ikinci ve üçüncü basamak sağlık



hizmetlerinin tarihine bakıldığında dünyadaki ilk çocuk hastanesi *Hopital des Enfants Malades* adıyla 1802 yılında Paris'te Napolyon Bonaparte tarafından kurulmuştur. Bu hastanenin açılması, Avrupa ve Amerika'nın çeşitli ülkelerinde başka çocuk hastanelerinin kurulmasını tetiklemiştir. Londra'da ilk çocuk hastanesi 1852'de ve ABD'de ise ilk çocuk hastanesi 1854 yılında açılmıştır (64).

Türkiye'deki ilk çocuk hastanesi, 1908'de, II. Abdülhamit' in 6 aylık bir kızının ölümü üzerine kurduğu Şişli Etfal hastanesidir. Kurtuluş Savaşı sırasında 21 mart 1921'de Türkiye'nin ilk Çocuk Hastalıkları Dispanseri açılmış ve yine 1921'de ilk Doğum ve Çocuk bakımevi açılmıştır. 1928'de ihtisas kanunlarının yürürlüğe girmesi ile Pediatri uzmanları yetiştirilmeye başlanmıştır. Cumhuriyetin ilk yıllarında kurulan çocuk hastanelerinin yatak sayısı 1090 iken ilerleyen yıllarda yeni açılan hastanelerde de çocuk servisleri açılarak yatak sayıları arttırılmıştır (65).

### **2.6.1. Çocuk Dostu Hastane Kavramı**

Toplumun her alanında duyarlı profesyoneller tarafından çocuk dostu projeler yürütülmektedir. Sağlıklı, güvenli, çocukların gelişimi için dost, adil, temel hizmetlerin verildiği ayrımcılık gözetmeyen ve dayanışmayı özendiren bir çevre projesi "Çocuk Dostu Kent" olarak tanımlanmakta, benzer şekilde eğitimde fırsat eşitliği gözetilen, çağdaş ve etkin eğitim-öğretim yaklaşımları kullanan, cinsiyet ayrımı gözetmeyen, sağlıklı ve koruyucu ortam oluşturan okullarda "Çocuk Dostu Okul" olarak tanımlanmaktadır (66).

Sağlık alanında ise; dünya çapında çocuklara ve ailelere verilen sağlık hizmetinin kalitesini artırmak ve sağlık hizmeti alımı sırasında gereksiz endişe, korku ve acı deneyimini azaltmak amacı ile "Çocuk Dostu Hastane" projesi oluşturulmuştur (67). Bu proje kapsamında ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında "Çocuk Dostu Hastane" özelliğinin karşılanabilmesi için olması gereken fiziki şartlar ve politikalar aşağıda sıralanmıştır;

1. Çocuk Haklarına dair Sözleşme ve bunun uygulanması ile ilgili olarak personele eğitim verilmeli
2. Bir çocuk hakları şartı hazırlanmalı
3. Hastane ortamı çocuklar için dostane (uygun oyuncaklar, dergiler ve

afişler) olmalı

4. Çocuk Haklarını belirten bir liste görünebilir yerlere asılmalı, farklı yaş gruplarına ve yeteneklere hitap eden çocuk dostu bilgiler hazırlanmalı
5. Oturacak yerler çocuklar için ergonomik olmalı
6. Her randevuda olabildiğince çocuklar aynı doktor/danışman tarafından görülebilmeli
7. Çocukların güven içinde oynayabilecekleri alanlar (poliklinik katlarında ve yataklı servislerde oyun odaları) olmalı
8. Servis ve polikliniklerin fiziksel düzenlemesi çocuğa uygun olmalı
9. Hastane içinde ulaşımı kolay bir lokalizasyonda emzirme ve alt değiştirme odası olmalı
10. Çocukların muayene için uzun süre beklemeleri gerekmemeli
11. Muayene ve tedavi sırasında çocukların mahremiyetine dikkat edilmeli
12. Çocukların ağrı hissi muayene kayıtlarına geçirilmeli
13. Tutulan muayene kayıtlarında çocukların tedavi ile ilgili şikayet ve yorumlarını içeren bölüm olmalı
14. Çocukların durumlarını kendilerine tam olarak açıklamak için zaman ayrılmalı
15. Çocuklara soru sormaları için fırsat tanınmalı; kaygıları öğrenilmeli, bunlara eksiksiz ve dürüstçe yaklaşılmalı
16. Çocuklara ne istediklerini tanımlamaları için zaman verilmeli
17. Sağlık profesyonelleri, önerilen herhangi bir tedaviyi çocuğun (ve ona bakanların) ne kadar anladığını araştırmalı, bu konuda görüşlerini almalı ve onay verme (bakım ve tedavi biçimlerine) anlamında bilinçli kararları olup olmadığına bakmalı
18. Çocuklara anlayabilecekleri şekilde (dil ve tarz olarak), çocuğun gelişim halindeki yeteneklerine uygun bilgi verilmeli
19. Sağlık çalışanları, hem çocuklar hem de ebeveynleriyle işbirliği halinde çalışmalı, tedavi ile ilgili kararlara mümkün olduğunca onları da dahil etmeli
20. Çocuklara önerilen seçenekler üzerinde düşünüp bilinçli bir karara varabilmeleri için fırsat ve zaman tanınmalı

21. Çocuğun sahip olduğu kapasiteden yararlanabilmesi ve süreç gelişirken soru sorabilmesi için rahat ve destekleyici bir ortam oluşturulmalı
22. Kararların çocuğun özel durumunu (yaş, cinsiyet, kültür, gelişimsel kapasiteler ve yetenekler gibi) nasıl etkilediğini ve bu durumdan nasıl etkilendiğini kavramak için çocuklar ve ana babalarla birlikte çalışılmalı
23. Çocuğun yararının bilinçli olarak gözetilip desteklenmesini sağlamak üzere ana babalar ve çocuklarla birlikte çalışılmalı
24. Hastanedeki çocuklarını desteklemek üzere oraya gelen aile yakınlarına ilgili sağlık personeli yardımcı olmalı
25. Yatan çocuk hastaların ebeveynlerinin refakatine izin verilmeli, refakatçiden yemek vb. hizmetler için ücret talep edilmemeli
26. Çocuklar serviste kendilerinden kimin sorumlu olduğu ilişkin yeterince bilgilendirilmeli
27. Yataklı tedavi hizmeti sunulurken çocukların kendilerine uygun yaş grupları ile aynı odalarda tedavi almaları sağlanmalı, özellikle ergenler için hastane odalarında cinsiyet ayrımı gözetilmeli
28. Çocuklar hastanede kaldıkları süre içinde eğitimlerini de sürdürebilmeli
29. Verilen yemekler çocukların yaşlarına ve gelişim düzeylerine uygun olmalı, hastanede çıkan yemekler ve diğere hizmetler konusunda çocuklara görüşleri sorulmalı
30. Hastanede yatarak tedavi alan çocuk hastaların ziyaretçileri için yaş sınırlaması olmamalı
31. Gereksiz hasta yatışlarını azaltmak için aile hekimlikleri ile birlikte hazırladıkları ortak bir protokolleri olmalı
32. Gereksiz yere yatışları önlemeyi ve denetlemeyi hedefleyen hastane protokolleri olmalı
33. Yatırılarak tedavi edilen çocukların yatış süreleri denetlenmeli
34. Çocukları şiddetin her türlüşünden koruyacak hastane tüzüğü olmalı
35. Çocuğa karşı şiddeti denetleyen bir uzman grubu olmalı
36. Ağrı ve acı çekmeyi önlemek için kabul edilmiş kural ve yöntemler olmalı
37. Ağrı kontrol eğitimi almış personel olmalı

### **2.6.2. Çocuklara Verilen İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetlerinin Çocuk Hak Bazlı Değerlendirmesi**

Çocuklara ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlarda poliklinik ve yataklı tedavi hizmeti verilirken hasta çocuk haklarına uygun hareket edilmesi tedaviye uyumu ve beraberinde iyileşme sürecinde ise hızlanmayı getirecektir. Fiziksel iyilik hali amacı ile verilen sağlık hizmetinin uygulanması sırasında hasta çocuk haklarına aykırı her davranış çocuğun ruhunda kapanmaz bir yara açabilir. İkna edilmeden, o yaşın özelliğine uygun davranışın dışında yapılan her muayene ve girişim tedavide başarıdan uzaklaştırıcaktır. Hasta çocuğun muayene, takip, tedavi sürecine ebeveynlerin ortak edilmesi ve uygun, anlaşılabilir şekilde bilgi aktarımı kuşkusuz tedavi başarısında artışa neden olacaktır. Hasta çocukların yaşları dikkate alınarak uygun yaş grupları ile aynı odalarda yataklı tedavi almaları, yetişkinlerle aynı odada kalmamaları gerektiği; European Association for children in Hospital'in 1988'de Leiden (Hollanda)'da gerçekleşen birinci konferansında ilan edilip, 2001 yılında Brüksel'deki 7. Konferansında düzenlenen Hasta Çocuklar Bildirgesi ile belirtilmiştir. Ayrıca çocuk yaş grubu hastaların hastanede kalış süreleri asgariye indirilmeli, evde yapılabilecek tedaviler hekim ve ebeveyn pozitif ilişkisi içerisinde ve hekimin yakın takibi altında evde yapılmalı, gereksiz yere hastanede yatışların önüne geçilmeli ve hastanede yatış süresi gereklilik açısından denetlenmelidir. Hasta çocuğa ebeveynlerinin refakat etmesine özel koşullar dışında izin verilmeli, yapılan tedavi ve uygulamalar anlaşılabilir bir dille ebeveyne ve çocuğa anlatılmalıdır. Hasta çocuğun uzun süreli hastanelerde yatışında eğitim hakkından yararlanabilmesi için hastane okulu uygulaması yaygınlaştırılmalıdır. Çocuklara ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlarda poliklinik ve yataklı servislerde oyun odası vb. çocukların keyifli vakit geçirecekleri alanlar düzenlenmelidir.

Ülkemizde her alanda olduğu gibi sağlık alanında da Çocuk Hakları doğrultusunda ilerlemeler söz konusudur. Örneğin canlı kaynaklardan alınan bilgiye göre (birlikte çalıştığım hocalarım, ve hem bir hekim hem de bir anne olarak gözlemlerim) ülkemizde çocuk sağlığı ve hastalıkları yataklı servislerinin bazılarında refakatçi ile ilgili uygulamaları şu şekilde idi; Servislerde yatan çocuk hastanın ebeveynleri yanına alınmaz, gerekirse çocuk hasta yatağa bağlanır, bu şekilde tıbbi

tedavi sunulurdu. Kuşkusuz bu uygulamanın çocuk ve ebeveynleri üzerinde yarattığı travma göz ardı edilemeyecek ölçüde büyüktü. Günümüzde çocuk hakları çerçevesinde özel durumlar (yoğun bakım hastası vb.) dışında çocuk hastalar ebeveynlerinin refakatinde tedavilerini almaktadır. Bu uygulama ile hem tedaviye ailenin de katılımı sağlanmakta hem de çocuk ve ailesi psikolojik olarak oldukça travmatik olan bir durumdan korunmaktadır.

Tüm Dünya ülkelerinde Çocuk Hakları uygulamalarının yıllar içinde çocuğun yararına ilerleme ve gelişim göstermesine paralel olarak sağlık alanında da pozitif gelişmeler yaşanmaktadır. Sağlıklı olma ve sağlıklı kalma hakkı insanın en temel ve vazgeçilmez haklarından birisidir. Bu hakkın kullanılması topluma sunulan sağlık hizmetleri yolu ile karşılanır. Sağlık hizmetleri sunumunun, toplumun sağlıkla ilgili taleplerini karşılaması ve hasta tatminini sağlaması gerekmektedir. Tartışmasız hasta tatmini, tedavi uyumunun ön şartı sayılmaktadır (68) ve hasta tatmininin sağlanması, hastanın beklentilerinin iyi bir şekilde karşılanmasıyla mümkündür (69).

Ülkemizde son yıllarda sağlık hizmetlerinde önem kazanan kalite çalışmalarında amaç hastaneye başvuranların ve hastane çalışanlarının beklenti ve ihtiyaçlarının karşılanması ve hizmet kalitesinin yükseltilmesidir. Sağlık çalışanlarının temel görevi hastaların gereksinimlerine ve isteklerine cevap verebilmek ve hastaların iyilik halini artırmaktır (69). Sağlık personelinin hizmet sunduğu hedef kitlesinin haklarını önce öğrenmesi, sonrada özümseyerek çalışma prensibi haline getirmesi ile bu temel görev yerine getirilmiş olur.

Sadece sağlık çalışanları değil, tüm yetişkinler yaşamın her alanında çocuk haklarının uygulanmasına gereken önemi ve titizliği göstermekle yükümlüdür. Hasta çocuğa bakım veren sağlık profesyonellerinin ise kuşkusuz çocuk haklarının kabulü ve uygulanmasında önemli rolleri olacaktır.

Bu çalışmaya başlanmadan önce yapılan literatür taraması sırasında ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında hasta çocuk hakları ve uygulamaları ile ilgili çok fazla veri ve çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle, çalışmamız bu alanda mevcut durumu saptamak, yapılacak diğer çalışmalara ışık tutmak ve toplumumuzun geleceği olan çocukların fiziksel ve ruhsal olarak daha sağlıklı bireyler olarak yetiştirilebilmeleri için sağlık profesyonellerinin çocuk hakları ve hasta çocuk hakları konusunda eğitim alması gerekliliğini araştırmak amacıyla planlanmıştır.

## **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

### **3.1. Araştırmanın Modeli**

Araştırmamız tanımlayıcı, gözlemsel ve anket tipi bir çalışmadır.

### **3. 2 Araştırmanın yeri**

Kırıkkale il merkezinde yer alan ikinci ve üçüncü basamak tedavi kurumları olan Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi (KÜTFH), Kırıkkale Hacı Hidayet Doğruer Devlet Hastanesi (KDH) ve Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesi'nde (KYİH) yapılmıştır.

### **3.3. Araştırmanın Evreni**

Araştırma grubunun evrenini Kırıkkale il merkezinde görevli ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında görev yapan ve çocuk yaş grubuna (0-18 yaş) hizmet veren 1200 sağlık profesyoneli ve Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi 6. Sınıf öğrencilerinden oluşan 35 intern olmak üzere toplam 1235 sağlık profesyoneli ve KÜTF 6. Sınıf öğrencisi oluşturmaktadır. (Kırıkkale İl Sağlık Müdürlüğü Personel Şube Müdürlüğü'nden 11.04.2011'de alınan bilgilere göre).

### **3.4. Araştırmanın Zamanı**

Araştırmaya Mayıs 2010 tarihinde araştırma ile ilgili literatür taraması, araştırmanın uygulama planının yapılması ve anket ve gözlem formlarının oluşturulması ile başladı. Yapılan literatür taraması ışığında oluşturulan "hastanelerde çocuk haklarına yönelik düzenleme ve uygulamalarla ilgili yönetici anket formu" (ek 1), "Sağlık Profesyonellerinin Çocuk Hakları ile İlgili Bilgi Düzeyi anketi ile Sağlık Profesyoneli Çocuk Hakları Tutum Ölçeği formu" (ek 2-3), ve "İntern Doktor Gözlemci formu" (ek 4) Mayıs 2011-Kasım 2011 tarihleri arasında hedef gruplara uygulanarak araştırmanın veri toplama bölümü tamamlanmıştır. Mayıs 2011'de tez yazımına başlanmış, Aralık 2011-Ocak 2012 tarihleri arasında veri girişi yapılmış, hata kontrolleri ve analizleri yapılarak elde edilen sonuçların yazımı ile araştırma Nisan 2012 tarihinde tamamlanmıştır. Mayıs 2012 tarihinde sunumu yapılmış olan tez çalışmasının Ocak 2013 tarihine kadar

makale haline getirilmesi ve ardından yayınlanması planlanmaktadır. Şekil 3.1’de tez çalışmasının zaman çizelgesi gösterilmektedir.

### **3.5. Araştırma Grubu ve Yöntem**

Araştırmanın üç farklı bölümde yapılması planlanmıştır.

#### **3.5.1. Kırıkkale İl Merkezindeki İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşlarında Çocuk Haklarına Yönelik Düzenleme ve Uygulamalar**

Araştırmanın 1.Bölümünde Kırıkkale il merkezinde bulunan yataklı tedavi kurumu yöneticilerine (başhekim ve/veya başhekim yardımcısı ve/veya başhemşirelere) hastanelerinden hizmet almak üzere başvuran çocuk yaş grubuna verilen hizmetler ve çocuk haklarına yönelik uygulama ve kurallar ile ilgili hazırlanan anket formunun (Ek 1) uygulanması planlanmıştır.

*Hastanelerde çocuk haklarına yönelik düzenleme ve uygulamalar ile ilgili anket* formunda (Ek 1) hastane şartları ile ilgili 8, çocuk hakları uygulamaları ile ilgili 17, çocuk haklarının uygulanmasının denetlenmesi ile ilgili 10 olmak üzere toplam 35 soru bulunmaktadır.

#### **3.5.2. Sağlık Profesyonellerinin Çocuk Hakları İle İlgili Bilgi Düzeyi ve Tutumlarının Belirlenmesi**

Araştırma grubunu, Kırıkkale il merkezinde bulunan ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşunda görevli olup çocuk yaş grubuna (0-18 yaş) hizmet veren ve araştırmaya katılmayı kabul eden uzman doktor, pratisyen hekim, araştırma görevlisi doktor, hemşire ve diğer sağlık çalışanlarının (laboratuar teknisyeni, röntgen teknisyeni, sağlık memuru, acil tıp teknisyeni, diyetisyen) oluşturması planlanmıştır. Araştırmanın örneklem büyüklüğü;

$$n = \frac{N * P * (1-P) * Z_{\alpha}^2}{(N-1) * d^2}$$

$$= \frac{1235 * (0,6) * (0,4) * (1,645)^2}{(1235-1) * (0,05)^2}$$

$$= 260$$

N = Evrendeki Birey Sayısı

$Z_{\alpha}$  = İstenilen yanılma düzeyinde Z tablo değeri

P = İncelenecek olayın görülme oranı

d = İncelenecek olayın görülüş oranına göre yapılmak istenen sapma (yapılmak istenen  $\pm$  sapma, bu değer 0,05 olarak alındı) (70).

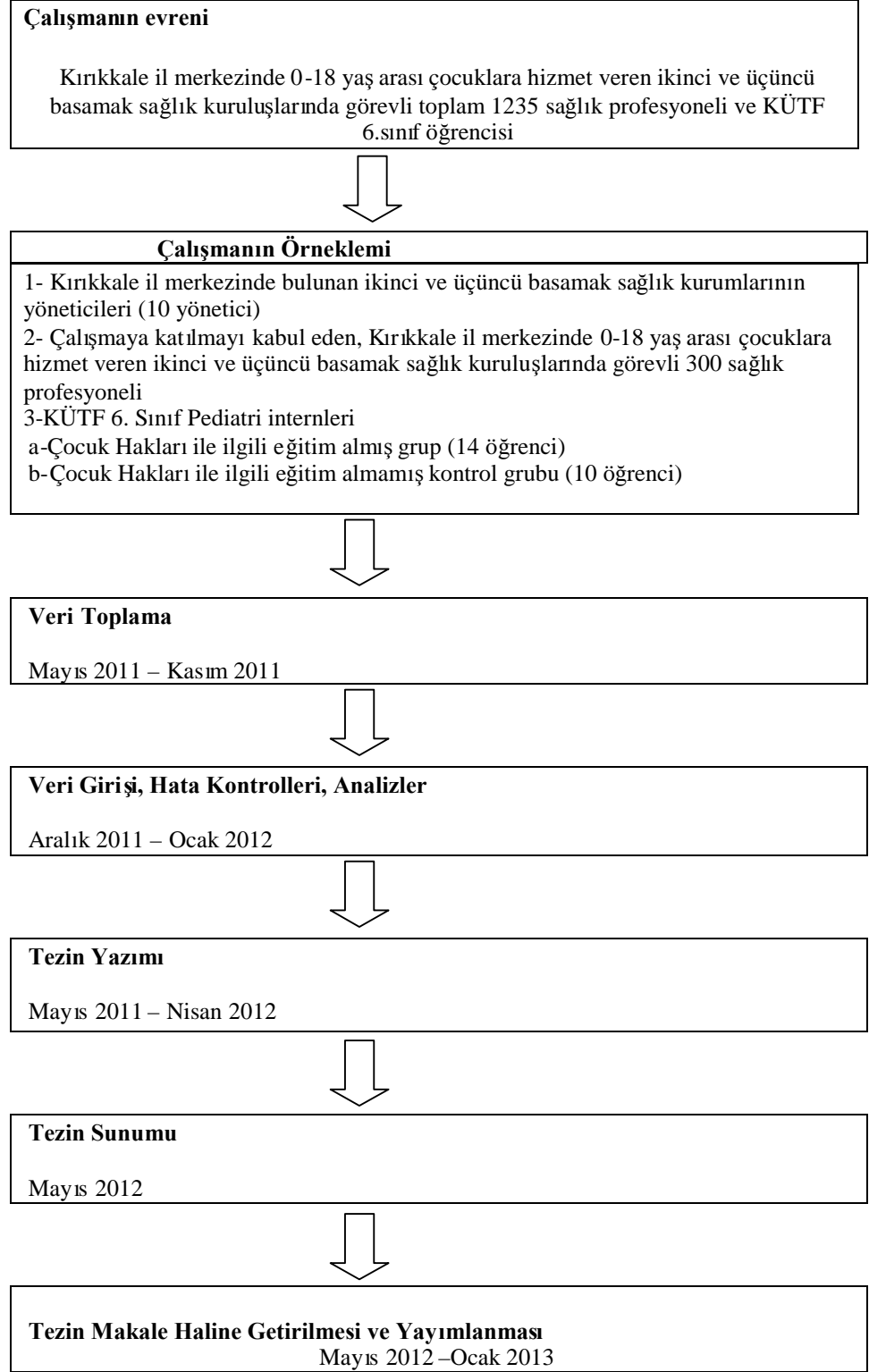
Örneklem büyüklüğü 260 olarak saptanmış fakat uygun olmayan anket, form doldurma işlemi vb. kayıplar olabileceği düşünülerek 300 sağlık profesyoneli çalışmaya dahil edilmiştir. Veri toplama işlemi sonucunda incelenen Sağlık Profesyonellerinin Çocuk Hakları ile İlgili Bilgi Düzeyi anketi ile Sağlık Profesyoneli Çocuk Hakları Tutum Ölçeği formlarında uygunsuz bir durum saptanmaması üzerine örneklem sayısı ne kadar büyük olursa istatistiksel sonuçlarında o kadar güvenilir çıkacağı düşünülerek 300 form işleme alınmıştır.

Araştırmamıza katılan 300 sağlık profesyoneline (araştırmacı tarafından önceden hazırlanmış) çocuk hakları ile ilgili genel bilgi düzeylerini ve tutumlarını belirlemeyi hedefleyen ‘*Sağlık Profesyonellerinin Çocuk Hakları ile İlgili Bilgi Düzeyi anketi ile Sağlık Profesyoneli Çocuk Hakları Tutum Ölçeği formu*’ (Ek 2-3) (Müge Yurtseven, Ebeveyn Çocuk Hakları Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Anne Babaların Çocuk Haklarına Yönelik Tutumlarının Farklı Değişkenler açısından incelenmesi, 2009) uygulanmıştır.

*Sağlık Profesyonellerinin Çocuk Hakları ile İlgili Bilgi Düzeyi Anketi ve Sağlık Profesyoneli Çocuk Hakları Tutum Ölçeği*’nde (Ek 2-3) sağlık çalışanlarının sosyo-demografik özellikleri ile ilgili 12, ÇHS ile ilgili 12, çocuk hakları tutum ölçeği ile ilgili 36 olmak üzere toplam 60 sorudan oluşan form kullanılmıştır. Anket ve tutum ölçeği formları (Ek 2-3) çalışmayı yürüten tez asistanı gözetiminde sağlık profesyonellerinin kendileri tarafından doldurularak veri toplama işlemi yapılmıştır.

Sağlık profesyonellerinin çalışmadan çıkarılma ve hariç tutulma kriteri sadece sağlık profesyonelinin kendisinin çalışmaya dahil olmak istememesidir.





Şekil 3.1. Tez çalışmasının zaman çizelgesi

### **3.5.2.1. Sağlık Profesyonellerinin Çocuk Hakları ile İlgili Bilgi Düzeylerinin puanlanması**

Sağlık profesyonellerine ÇHS ile ilgili bilgi düzeylerini belirlemek amacı ile aşağıdaki 4 soru yöneltilmiştir;

- ÇHS’ni duydunuz mu?
- Ülkemiz’ ÇHS’ni imzaladı mı?
- Ülkemiz ÇHS’ni hangi tarihte imzaladı?
- BM Çocuk Hakları Sözleşmesi’ndeki en önemli ilke sizce hangisidir?

Bu sorulardan her bir doğru cevaba 1 puan, yanlış cevaba ise 0 puan verilmiştir. Dört sorudan alınan puanların toplamı bilgi puanı olarak kabul edilmiş olup, 0-1 puan arası olan sağlık profesyonelleri ÇHS ile ilgili bilgi düzeyi kötü olarak, 2 ve üzeri doğru yanıt verenler ise iyi olarak değerlendirilmiştir.

### **3.5.2.2. Sağlık Profesyonellerinin Çocuk Hakları ile İlgili Tutum Ölçeği**

Araştırmanın başında yapılan literatür taraması sırasında daha önce hazırlanmış; sağlık çalışanlarının çocuk hakları ile ilgili tutumlarını belirlemede kullanılan herhangi bir ölçeğe rastlanmamış olup bu amaçla kullanılmak üzere Yurtsever’in Ebeveyn Çocuk Hakları Tutum Ölçeği (71) sağlık çalışanları için tekrar düzenlenmiştir. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yurtsever tarafından yapılmış, bizim çalışmamızda sağlık profesyonelleri için uyarlanan ölçek için tekrar geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek Sağlık profesyonellerinin çocuk haklarına ilişkin tutumlarını “Bakım ve Korunma” ve “Kendi Kendine Karar Verme” olmak üzere iki temel faktör altında değerlendirmektedir. “Bakım ve Korunma” faktörü “Devlet Güvencesi ve Desteği” ve “Bakım ve Koruma” olmak üzere iki faktörden oluşan bir yapıya; “Kendi Kendine Karar Verme” faktörü ise tek faktörden oluşan bir yapıya sahiptir. “Devlet Güvencesi ve Desteği” bölümünde 12 madde, “Bakım ve Koruma” bölümünde 20 madde “Kendi Kendine Karar Verme” bölümünde 4 madde yer almaktadır.

Sağlık profesyoneli çocuk hakları tutum ölçeği 5 dereceli likert tip bir ölçek olup verilen yanıtlar aşağıda gösterildiği şekilde puanlanmıştır;

- Tümüyle katılıyorum=5
- Kısmen katılıyorum=4

- Kararsızım =3
- Kısmen katılıyorum= 2
- Hiçbir zaman katılmıyorum=1

### **3.5.3. Çocuk Hakları ile ilgili eğitim almış ve almamış Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Altıncı Sınıf Öğrencilerinin çocuk yaş grubuna yaklaşımlarının çocuk hak bazlı değerlendirmesi**

Araştırmanın bu bölümünde Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi 6. Sınıf öğrencilerinden Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları stajını yapmak üzere bölümümüze başlayan intern doktorların çocuklara davranışlarının çocuk haklarına uygun olup olmadığı araştırıldı. Bu amaçla seçilmiş olan intern doktorların kendilerini tanımayan farklı bir grup tarafından gözlemlenmesi planlandı. Gözlemci olarak K.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Gelişimi Bölümü öğrencileri arasından gönüllü olanlar seçildi. Gözlemcilere tez asistanı tarafından gözlem esasları, çocuk hakları, ÇHS 'nin içeriği ve çocuk hastalara çocuk haklarına uygun yaklaşım nasıl olmalı? başlıkları altında üç saatlik eğitim verildi (ek 5).

Gözlemlenmesi planlanan intern doktorlar iki gruba ayrıldı.

- *Birinci grup:* Bu gruba Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları stajına başlamadan bir hafta önce tez asistanı tarafından birer saatlik oturumlar şeklinde üç saatlik çocuk hakları, ÇHS'nin içeriği ve çocuk hastaya çocuk haklarına uygun yaklaşım nasıl olmalı? ile ilgili eğitim programı uygulandı (Ek 5). Ardından staja başladıktan bir hafta sonra eğitim almış bağımsız gözlemciler tarafından haberleri olmadan gözlem yapmak yoluyla değerlendirildiler.

- *İkinci Grup:* Bu gruptaki intern doktorlar yukarıda bahsedilen eğitimi almadan, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları stajına başladıktan bir hafta sonra eğitim almış intern grubunu gözlemleyen öğrencilerden farklı bağımsız gözlemciler (K.Ü.Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Gelişim Bölümü öğrencileri) tarafından haberleri olmadan gözlemlendiler.

Çalışma sırasında gözlenen internler ile ilgili kişisel bilgilerden sadece cinsiyet gözlemci tarafından kaydedildi ve diğer kişisel bilgiler kimlik gizliliği esası nedeni ile kayda alınmadı. İnternler aynı gözlemci tarafından en az 2 gün gözlemlendi ve ortalama ilişki kurdukları çocuk sayısı intern başına 12 idi.

### 3.5.3.1. Gözlemin Standardizasyonu

- 1- Her gözlemciye aynı içerikte ve aynı sürede eğitim verildi.
- 2- Gözlem sırasında her intern doktorun iki mesai günü ve ortalama 12 çocuk ile temaslarının gözlemlenmesi planlandı.
- 3- Eğitim almış ve eğitim almamış intern doktorlar farklı bağımsız gözlemciler tarafından gözlemlendi.
- 4- Gözlemciler tarafından, gözlem sırasında önceden hazırlanan çocuk hakları ve sağlık profesyonellerinin mesleki uygulamaları ile ilgili *İntern Doktor gözlemci formu* (Ek 4) dolduruldu. Formlarda cinsiyet dışında herhangi bir kişisel bilgi yer almamakta idi.
- 5- Gözlem sırasında memnuniyet vb. subjektif değerlendirmelerin standardizasyonunu sağlamak için anket formunda yüz ifadeleri şekli kullanıldı.

Çalışma için Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığından (karar no:2011/46) onay alınmıştır. Anketler ve tutum ölçeğinin uygulanması için gerekli izin başvurusu 01.03.2011 tarih ve 16 sayılı dilekçe ile Kırıkkale İl Sağlık Müdürlüğü'ne yapılmış ve onay yazısı alınmıştır.

### 3.6. İstatistiksel Analiz

Bu çalışmadan elde edilen verilerin analizi komputarize Statistical Package for Social Science (SPSS) 16.0 istatistik paket programı kullanılarak yapılmıştır. Araştırma verilerinin analizinde sayı ve yüzde dağılımları, çeşitli tanımlayıcı değişkenlere yönelik alt grup analizleri, çapraz tablolar yapılmış olup, tanımlayıcı veriler ortalama  $\pm$  standart sapma olarak verilmiştir. Sürekli değişkenlerle ilgili karşılaştırmalarda parametrik varsayımlar karşılandığında Student t-testi ve parametrik varsayımlar karşılanmadığında Mann Whitney U testi kullanıldı. Nominal değişkenlerle ilgili karşılaştırmalarda Pearson Ki-kare testi, Yates' Ki-kare testi veya Fisher's Exact test çoklu gruplar için anova varyans analizi kullanılmıştır. Sürekli değişkenler arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi için pearson korelasyon analizi kullanılmış ve 0.05'in altındaki p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

## 4. BULGULAR

### 4.1. Kırıkkale İl Merkezinde Bulunan Kamu Hastanelerinin Çocuk Hak Bazlı Değerlendirmesi

Çalışmanın bu bölümünde; Kırıkkale il merkezinde bulunan üçüncü basamak sağlık kuruluşu olan Kırıkkale Üniversitesi Süleyman Demirel Hastanesi (KÜTFH) ve ikinci basamak sağlık kuruluşları olan Hacı Hidayet Doğruer Kırıkkale Devlet Hastanesi (KDH) ve Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesi (KYİH) hizmet politikaları ile ayaktan muayene klinikleri (poliklinik) ve yataklı hasta bakım servislerinde verilen sağlık hizmet uygulamalarının çocuk hak bazlı değerlendirilmesi yapılmıştır. Mevcut durum toplam on hastane yöneticisi ile yapılan görüşmelerden elde edilen verilerle saptanmıştır. Her üç hastane başhekimisi ile de programları uygun olmadığı gerekçesi ile görüşülememiş, üniversite hastanesinde bir başhekim yardımcısı, başhemşire ve başhemşire yardımcısı, KYİH’nde üç başhekim yardımcısı ve başhemşire ve bir başhemşire yardımcısı, KDH’nde bir başhekim yardımcısı ve başhemşire ile görüşme yapılmıştır.

#### 4.1.1. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi (KÜTFH)

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, 3 Ocak 1995 tarih ve 6413 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile kurulmuş ve Ekim 1997’de öğretime başlamıştır. Tıp Fakültesi hastanesi ise ilk defa 15 Şubat 1998’de Kızılay Binası’nda öğretim üyelerinin hizmet verdiği poliklinikte hizmete başlamış ve daha sonra İl Kütüphanesi giriş katı da poliklinik hizmetlerine dahil olmuştur. 2000 yılından beri Süleyman Demirel Araştırma ve Uygulama Hastanesi’nde 155 yatak kapasitesiyle, 106 öğretim görevlisi, 132 araştırma görevlisi, 47 hemşire ve 121 diğer sağlık çalışanı olmak üzere toplam 306 personel ile poliklinik, yataklı servis ve ameliyat hizmetlerini vermeye devam etmektedir. Ayrıca KÜTFH ildeki tek üçüncü basamak tedavi kuruluşudur. Hastane 2011 yılı içinde 171.604 kişiye poliklinik hizmeti ve 10.453 hastaya yataklı tedavi hizmeti sunmuştur. Bu hizmetlerin %20’si çocuk yaş grubuna verilmiştir. Hastane bünyesindeki altı yatak kapasiteli yenidoğan yoğun bakım ünitesi, 30 yatak kapasiteli çocuk servisi, çocuk acil servisi, iki adet genel pediatri polikliniği, ayrıca yenidoğan, beslenme metabolizma-sağlam çocuk ve ergen polikliniği, nefroloji, nöroloji, gastroenteroloji, hematoloji, kardiyoloji ve çocuk cerrahisi poliklinikleri ile çocuk yaş grubuna hizmet sunmaktadır. Ayrıca; kulak

burun boğaz, göz, ortopedi, dermatoloji kliniklerinde de çocuk hastalar görülmektedir.

**Tablo 4.1a.** Kırıkkale İl Merkezinde Bulunan Kamu Hastanelerinin Hasta Kabul ve Poliklinik Hizmetlerinin Çocuk Hak Bazlı Değerlendirmesi

HİZMET ALANLARI	ÇOCUK HAKLARI İLE İLGİLİ UYGULAMALAR	KÜTFH	KYİH	KDH
<b>HASTA KABUL</b>	➤ Özürlü çocukların hastaneden faydalanmaları sırasında onları engelleyecek mimari durumlar söz konusu mu?	(-)	(-)	(-)
	➤ Uygun oyuncaklar, dergiler ve afişler var mı?	(-)	(-)	(-)
	➤ Oturacak yerler çocuklar için ergonomik mi?	(-)	(-)	(-)
	➤ Çocukların güven içinde oynayabilecekleri alanlar var mı?	(-)	(+)	(+)
	➤ Sunulan hizmetlerle ilgili olarak yaşa uygun bilgiler veriliyor mu?	(+)	(+)	(+)
	➤ Emzirme ve alt Değiştirme Odanız var mı?	(+)	(+)	(+)
	➤ Emzirme ve alt Değiştirme Odanız varsa ulaşımı kolay bir konumda mı?	(+)	(+)	(+)
<b>POLİKLİNİKLER</b>	➤ Çocukların muayene için uzun süre beklemeleri gerekiyor mu?	(-)	(-)	(-)
	➤ Her randevuda çocuklar aynı doktor/danışman tarafından görülebiliyor mu?	(-)	(+)	(+)
	➤ Çocuğun kendisini ifade etmesi ve merak ettiği konulara danışabilmesi için yeterli zaman ayrılıyor mu?	(+)	(+)	(+)
	➤ Muayene ve tedavi sırasında çocukların mahremiyetine dikkat ediliyor mu?	(+)	(+)	(+)
	➤ Çocukların ağrı hissi muayene kayıtlarına geçiriliyor mu?	(-)	(-)	(-)
	➤ Tutulan muayene kayıtlarında çocukların tedavi ile ilgili şikayet ve yorumlarını içeren bölüm var mı?	(-)	(-)	(-)
	➤ Aile ile ilişki kurulup ailenin de tedavide etkin rol alması sağlanıyor mu?	(+)	(+)	(+)

\*(-): Hastane uygulamaları ve/veya şartları önermeyi karşılamamaktadır.

\*(+): Hastane uygulamaları ve/veya şartları önermeyi karşılamaktadır.

**Tablo 4.1b. Kırıkkale İl Merkezinde Bulunan Kamu Hastanelerinin Yataklı Servis ve Hastane Hizmetlerinin Çocuk Hak Bazlı Değerlendirmesi**

HİZMET ALANLARI	ÇOCUK HAKLARI İLE İLGİLİ UYGULAMALAR	KÜTFH	KYİH	KDH
<b>YATAKLI SERVISLER</b>	➤ Çocuklara servis de kendilerinden kimin sorumlu olduğu ile ilgili yeterli bilgi veriliyor mu?	(+)	(+)	(+)
	➤ Haklarını belirten bir liste görünebilir yerlere asılmış mı?	(-)	(-)	(-)
	➤ Hastanedeki çocukların desteklemek üzere oraya gelen aile yakınlarına ilgili sağlık personeli yardımcı oluyor mu?	(+)	(+)	(+)
	➤ Refakatçiye izin veriliyor mu?	(+)	(+)	(+)
	➤ Refakatçiden yemek, yatak ücreti talep ediliyor mu?	(-)	(-)	(-)
	➤ Çocuk hasta ziyaretçileri için yaş sınırlaması var mı?	(-)	(+)	(+)
	➤ Erişkinlerle aynı odada mı kalıyorlar?	(-)	(+)	(-)
	➤ Odalarda cinsiyet ayrımı gözetiliyor mu?	(-)	(-)	(-)
	➤ Yatan çocuk hastalar için özel yemek çıkıyor mu?	(-)	(-)	(+)
	➤ Mama mutfağı var mı?	(-)	(-)	(+)
	➤ Oyun odası var mı?	(-)	(+)	(+)
	➤ Servisin fiziksel düzenlemesi çocuğa uygun mu?	(+)	(+)	(+)
	➤ Gereksiz hasta yatışlarını azaltmak için aile hekimlikleri ile birlikte hazırladıkları ortak bir protokolleri var mı?	(-)	(-)	(-)
	➤ Gereksiz yere yatışları önlemeyi ve denetlemeyi hedefleyen hastane protokolünüz var mı?	(-)	(+)	(+)
➤ Yatırılarak tedavi edilen çocukların yatış sürelerini denetliyor musunuz?	(-)	(-)	(-)	
<b>HASTANE HİZMETLERİ</b>	➤ Çocuklar hastanede kaldıkları süre içinde eğitimlerini de sürdürüyorlar mı? (Hastane okulu, öğretmeni)	(-)	(-)	(-)
	➤ Verilen yemekler çocukların yaşlarına ve gelişim düzeylerine uygun mu?	(-)	(-)	(+)
	➤ Hastanede çıkan yemekler ve diğer hizmetler konusunda çocuklara hiç görüşleri sorulur mu?	(-)	(-)	(-)
	➤ Çocuk Haklarına dair tüzükleri olduğu bir panonuz var mı?	(-)	(-)	(-)
	➤ Çocukları şiddetin her türünden koruyacak hastane tüzüğünüz var mı?	(-)	(-)	(-)
	➤ Çocuğa karşı şiddeti denetleyen bir uzman grubunuz var mı?	(+)	(-)	(-)
	➤ Son bir yıl içinde hastanenizde çocuk hasta haklarına dair bilgilendirme toplantısı yapıldı mı?	(-)	(-)	(-)
	➤ Ağrı ve acı çekmeyi önlemek için kabul edilmiş kural ve yönteminiz var mı?	(-)	(-)	(-)
➤ Ağrı kontrol eğitimi almış personeliniz var mı?	(-)	(-)	(-)	

\*(-): Hastane uygulamaları ve/veya şartları önermeyi karşılamamaktadır.

\*(+): Hastane uygulamaları ve/veya şartları önermeyi karşılamaktadır.

Tablo 4.1a ve Tablo 4.1b’de hastanede çocuk hakları ile ilgili mevcut uygulama ve politikaları gösterilmektedir. Her hastaneye ait mevcut durum ayrıca bölümler halinde verilmiştir.

#### **4.1.2. Hacı Hidayet Doğruer Kırıkkale Devlet Hastanesi (KDH)**

KDH 1981 yılında Sosyal Sigortalar Kurumuna bağlı olarak hizmete başlamış, 2005 yılında Sağlık Bakanlığı'na devredilmiş, 2010 yılında Kadın Doğum Çocuk Hastanesi ile birleşmiş ve Hacı Hidayet Doğruer Kırıkkale Devlet Hastanesi adını almıştır. 318 yatak kapasitesi, 44 uzman Dr, 13 pratisyen hekim, 230 hemşire ve 179 diğer sağlık çalışanı ile poliklinik, servis ve ameliyat hizmetlerini vermeye devam etmektedir. Hastane 2010-2011 yılı içinde 555.080 kişiye poliklinik hizmeti ve 15.408 hastaya yataklı tedavi hizmeti sunmuştur. Bu hizmetlerin %10'u çocuk yaş grubuna verilmiştir. Hastane bünyesinde 3 adet çocuk polikliniği ve yataklı tedavi servisi, 1 adet çocuk cerrahisi polikliniği ve ayrıca kulak burun boğaz, göz, ortopedi, dermatoloji, üroloji poliklinik ve kliniklerinde çocuk yaş grubu hastalara hizmet sunulmaktadır.

#### **4.1.3. Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesi (KYİH)**

2002 yılında 250 yatak kapasitesi ile hizmet vermeye başlayan KYİH'si şu an 461 yataklı bir tedavi kurumudur. Hastane 60 Uzman Doktor, 26 pratisyen hekim, 165 hemşire ve 349 diğer sağlık çalışanı olmak üzere toplam 600 personel ile yıllık ortalama 600.000 hastaya poliklinik hizmeti, ortalama 15.000 hastaya yataklı tedavi hizmeti vermektedir. Hastaneye yapılan başvuruların sadece %5'ini çocuk yaş grubu oluşturmaktadır. Şu an çocuk polikliniği ve yataklı çocuk servisi hizmeti sunulmamaktadır. Çocuk hastalar kulak burun boğaz, göz, ortopedi, dermatoloji, üroloji poliklinik ve kliniklerinde görülmektedir.

### **4.2. Kırıkkale İl Merkezinde İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşlarında 0-18 Yaş Grubuna Hizmet Veren Sağlık Profesyonellerinin Çocuk Hakları ile İlgili Bilgi Düzeyleri**

#### **4.2.1. Araştırma Grubunun Demografik Özellikleri**

Araştırmaya katılan 300 sağlık profesyonelinin 106'sı (%35,3) erkek, 194'ü (%64,7) kadındı ve 160'ı üçüncü basamak olarak kabul edilen KÜTFH'de (%53,3), 140'ı ise (%46,7) ikinci basamak sağlık kuruluşlarında (Kırıkkale Devlet Hastanesi, Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesi) görev yapmaktaydı. Araştırma grubunun yaş



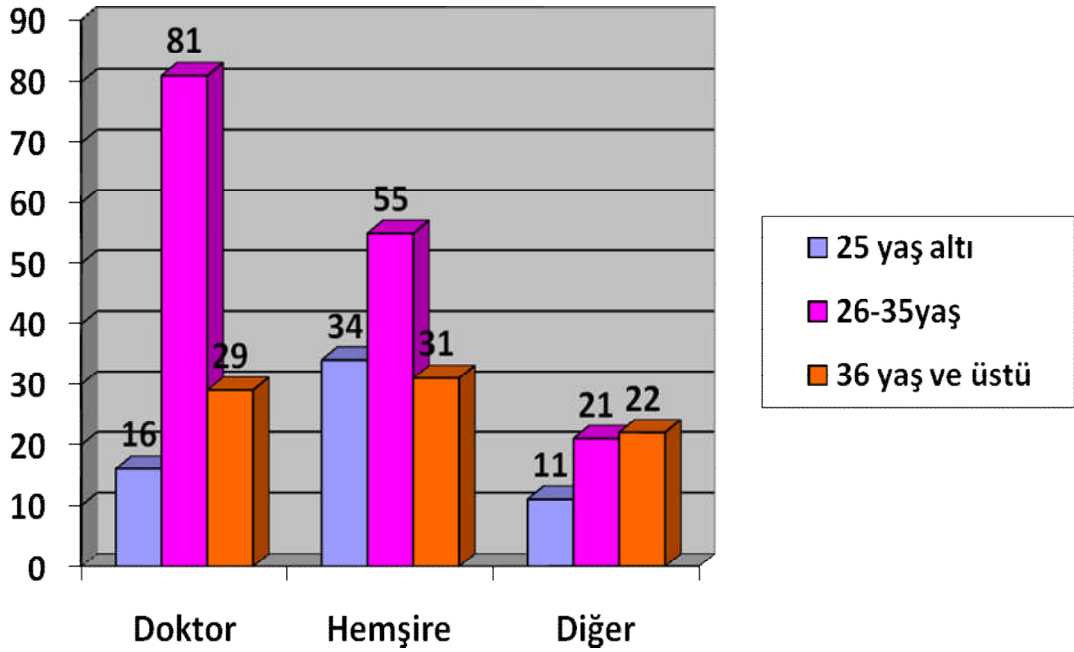
ortalaması 31,63±6,29 (min: 20– max: 58, median: 31) yıl olup, 98'i bekar (%32,7), 186'sı evli (%32) ve 16'sı (%5,3) boşanmış yada eşi vefat etmişti, 171'i (%57) çocuk sahibi iken 129'unun (%43) çocuğu yoktu. Çocuk sahibi olanların 82'sinin (%46,9) en küçük çocuğu erkek, 93'ünün (%53,1) ise kızdı ve en küçük çocuk yaş ortalaması 7,36±5,53 (min:12 gün –max:27, median:7) yıld (tablo 4.2.1).

**Tablo 4.2.1.** II. ve III. basamak sağlık kuruluşunda çalışan araştırma grubunun demografik özellikleri

	Minimum	Maksimum	Median	Ortalama $\bar{x}$ SD*
Yaş (yıl)	20	58	31	31,63 $\bar{x}$ 6,29
Meslekte geçen süre (yıl)	1	28	5	2,75 $\bar{x}$ 1,17
Çocuk sayısı	1	4	1	1,94 $\bar{x}$ 0,946
En küçük çocuğun yaşı (yıl)	1	27	7	7,38 $\bar{x}$ 5,53

\*SD: Standart sapma

Araştırma grubunun doğup, liseyi bitirene kadar büyüdüğü yer, 19'unun (%6,3) köy, 27'sinin (%9) kasaba, 55'inin (%18,3) ilçe, 199'unun (%66,3) ise il merkezidir, 32'si (%10,7) lise, 268'i (%89,3) ise üniversite ve/veya yüksek lisans düzeyinde eğitim almıştır. Araştırma grubunun mesleklere göre dağılımı şekil 4.2.1'de verilmiş olup 126'sı (%42) hekim, 120'si (%40) hemşire ve 54'ü (%18) diğer sağlık çalışanıydı. Hekimlerin 6'sı (%2) aile hekimi, 88'i (%29,3) araştırma görevlisi doktor, 11'i (%14,6) pratisyen hekim, 22'si (%7,3) ise uzman hekimdi. Araştırma grubunun 142'si (%47,3) rahatça para harcadığını, 143'ü (%47,7) ancak günlük ihtiyaçlarını karşıladığını, 6'sı (%2) sadece zorunlu ihtiyaçlarını karşılayabildiğini, 9'u ise (%3) günlük ihtiyaçlarını karşılamakta bile zorlandığını belirtti. Kendi ekonomik durumlarını değerlendirmeleri açısından meslekler arasında fark yoktu ( $p>0,05$ ).



**Şekil 4.2.1.** II. ve III. basamak sağlık kuruluşunda çalışan araştırma grubunun meslek gruplarına göre yaş dağılımları.

Tablo 4.2.2’de araştırma grubunun demografik özellikleri mesleklerine göre karşılaştırılmış olup; yaş dağılımlarının mesleklere göre farklılık gösterdiği ( $p=0,001$ ) saptanmıştır. Hekimlerin %64,3’ü 26-35 yaş aralığında iken, hekim dışında kalan sağlık profesyonellerinin çoğunluğu (%66,5) 36 ve üzeri yaş grubundadır. Hekimlerin %45,2’si, hemşirelerin %97,5’i ve diğer sağlık çalışanlarının %37’si bayan olup gruplardan birisini hemşirelerin oluşturması cinsiyetler açısından meslek grupları arasında anlamlı fark yaratmıştır ( $p=0,001$ ). Araştırma grubunun meslekleri ile medeni durumları karşılaştırıldığında evli olan hemşire ve diğer sağlık profesyonellerinin, hekimlere göre daha fazla olduğu görüldü ( $p=0,049$ ). Benzer şekilde hekimlerin diğer 2 gruba göre daha az çocuk sahibi olduğu (%56,3’ünün çocuk sahibi olmadığı) saptandı ( $p=0,001$ ). Sağlık çalışanları mesleki deneyimlerine göre karşılaştırıldığında; hekimlerin %31,7’si 3-5 yıl arası mesleki deneyime sahip, hemşirelerin %61’i ve diğer sağlık profesyonellerinin ise %31’i 11 yıl ve üzeri mesleki deneyime sahip olup meslek grupları ile mesleki deneyim arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p=0,000$ ).

**Tablo 4.2.2.** II. ve III. basamak sağlık kuruluşunda çalışan araştırma grubunun mesleklerine göre demografik özellikleri

	Doktor		Hemşire		Diğer		Toplam		Önemlilik
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	
<b>Yaş (yıl)</b>									
25 yaş ve altı	16	12,7	34	28,3	11	20,4	61	20,3	<b>p=0,001</b>
26 – 35	81	64,3	55	45,8	21	38,9	157	52,3	
36 ve üstü	29	23,0	31	25,8	22	40,7	82	27,3	
<b>Cinsiyet</b>									
Kadın	57	45,2	117	97,5	20	37,0	194	64,7	<b>p=0,001</b>
Erkek	69	54,8	3	2,5	34	63,0	106	35,3	
<b>Medeni Durum</b>									
Bekar	48	38,1	36	30,0	14	25,9	98	32,7	<b>p=0,049</b>
Evli ve Çocuklu	69	54,8	80	66,7	37	68,5	186	62,0	
Diğer	9	7,1	4	3,3	3	5,6	16	5,3	
<b>Çocuk sahibi olma durumu</b>									
Yok	71	56,3	41	34,2	17	31,5	12	9,43	<b>p=0,001</b>
Var	55	43,7	79	65,8	3	68,5	17	1,57	
<b>Ekonomik durum</b>									
Çok iyi/iyi	62	49,2	5	45,8	25	46,3	142	47,3	<b>p=0,064</b>
Orta	52	41,3	6	52,5	28	51,9	143	47,7	
Kötü/çok kötü	12	9,5	2	1,6	1	1,9	15	5	

\*Sütun yüzdesi verilmiştir

#### 4.2.2. Sağlık profesyonellerinin çocuk hakları sözleşmesi (ÇHS) ile ilgili bilgi düzeyleri

Çalışmamıza katılmayı kabul eden yataklı tedavi kurumlarında görevli ve çocuk yaş grubuna hizmet sunan sağlık profesyonellerine ÇHS ile ilgili bilgi düzeylerini değerlendirmek amacı ile yöneltilen sorular;

##### *I - Çocuk Hakları Sözleşmesini Duydunuz mu?*

Sağlık profesyonellerinin 189'u (%63) duyduğunu, 109'u (%36,3) duymadığını ifade etmiş, 2'si (%0,7) ise yanıt vermemiştir. Sözleşmeyi duymuş olmak ile cinsiyet, yaş, çalışılan yer, çocuk sahibi olma durumu ve meslek grupları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p=0,539). Ancak il merkezinde doğup büyüyen ve mesleki deneyimleri 11 yıldan fazla olanların anlamlı olarak daha çok sözleşmeyi duymuş olduğu saptanmıştır (p>0,05) (şekil 4.2.2). Sözleşmeye yönelik sorulmuş olan 4 soruya verilen yanıtların mesleklere göre dağılımı tablo 4.2.3'te verilmiştir.

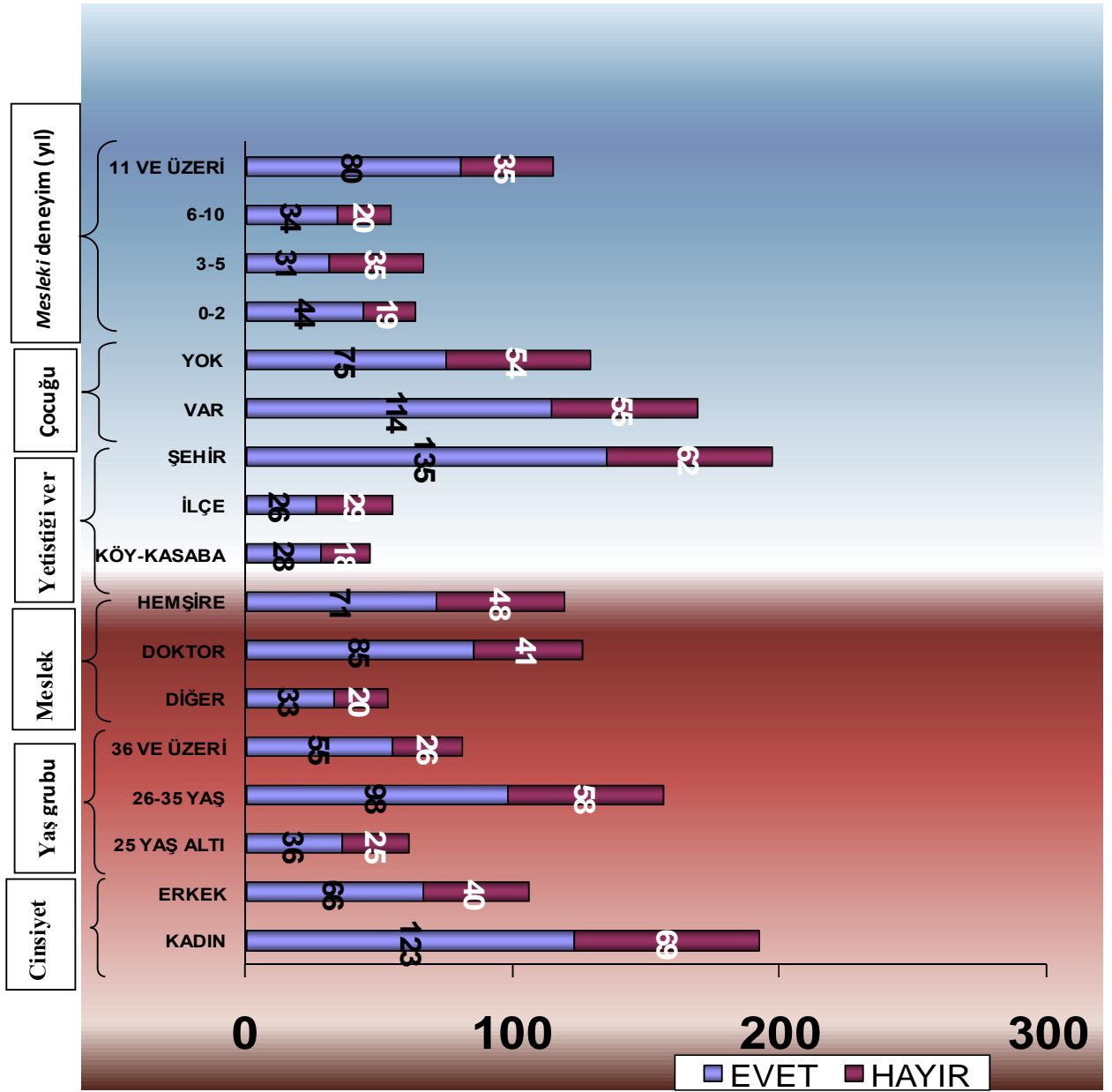
### *II-Ülkemiz Çocuk Hakları Sözleşmesi'ni imzaladı mı?*

Araştırma grubunun 117'si (%41,1) evet, 17'si (%6) hayır, 151'i ise (%53) fikrim yok şeklinde yanıt vermiştir. Çalışma grubunda yer alan 35 yaş ve üzerindeki sağlık profesyonellerinin 42'sinin (%56,8) sözleşmeyi duyduğu ve diğer yaş gruplarına göre bu soruya daha yüksek oranda doğru yanıt verebildiği (şekil 4.2.3), yaşa göre ülkemizin ÇHS'ni imzalama durumunu bilme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ( $p=0,002$ ).

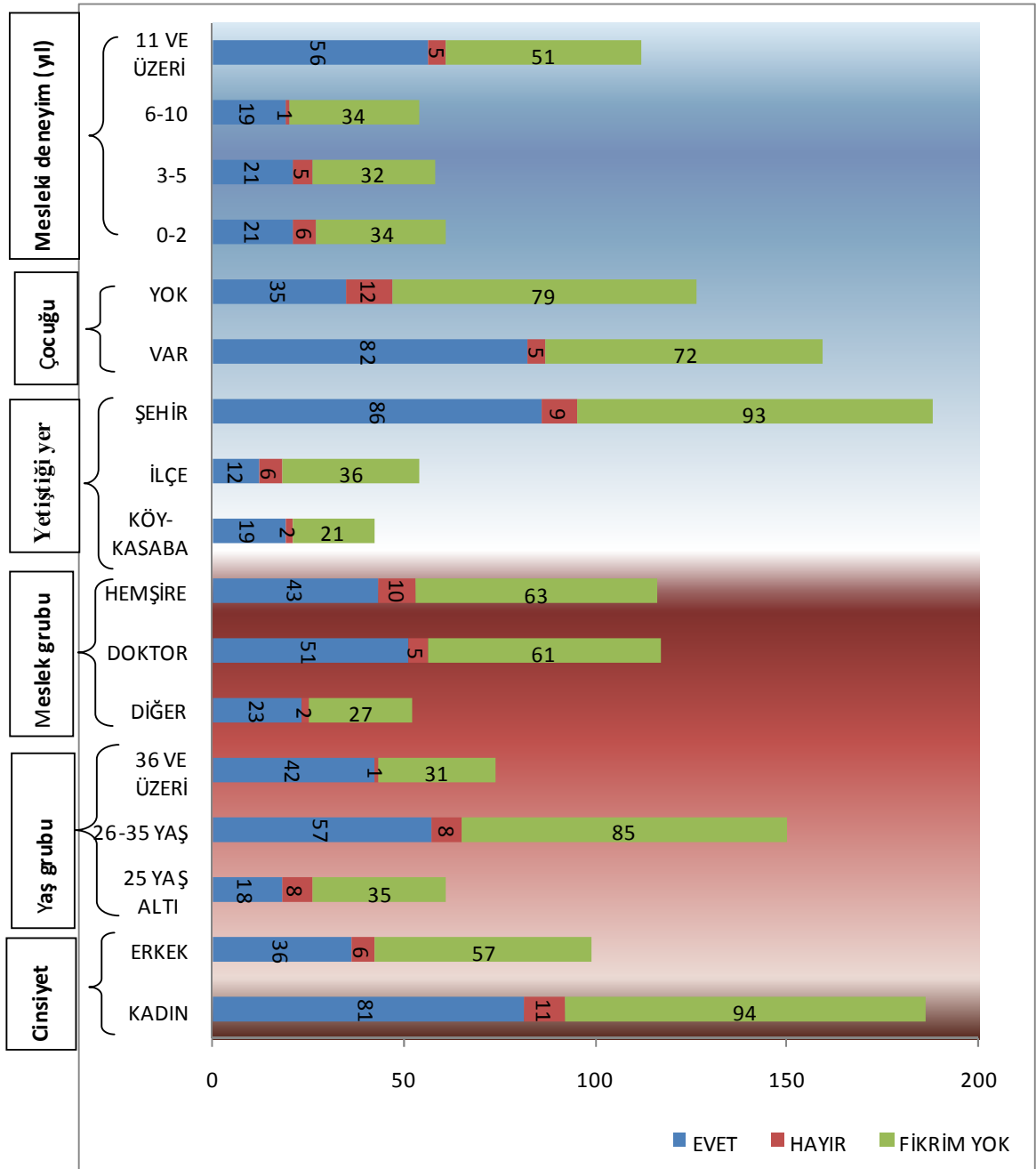
Ülkemizin ÇHS'ni imzalama durumunu bilmek ile çalışılan kurum, cinsiyet, meslek, mesleki deneyim ve çocuk sahibi olma arasında anlamlı bir ilişki saptanmazken, kasabada doğup büyüyen 26 kişiden 16'sı (%61,5) ÇHS'ni ülkemizin de imzaladığından haberdardı ve il merkezlerinde doğup büyüme ile sözleşmeyi ülkemizin de imzaladığından haberdar olmak arasında pozitif bir ilişki saptandı ( $p=0,04$ ).

### *III- Ülkemiz Çocuk Hakları Sözleşmesi'ni hangi tarihte imzaladı?*

Araştırmaya katılan 300 sağlık profesyonelinden 252'si (%84) bu soruya yanıt vermezken, yanıt veren 48 kişiden (%16) 29'u (%60,4) doğru olarak 1990 yılı yanıtını vermiştir (Tablo 4.2.3). Bu soruya doğru yanıt verebilme ile araştırma grubunun demografik özellikleri açısından anlamlı ilişki saptanmadı.



Şekil 4.2.2. Çalışma grubundaki sağlık profesyonellerinin demografik özelliklerine göre ÇHS'ni duyma durumlarının dağılımı



**Şekil 4.2.3** “Ülkemiz ÇHS’sini imzaladı mı?” sorusuna çalışma grubundaki sağlık profesyonellerinin verdikleri yanıtların demografik özelliklerine göre dağılımı

*IV- Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi'ndeki en önemli ilke sizce hangisidir?*

Araştırma grubunun 64'ü (%21,3) hayatta kalma hakkı, 66'sı (%22) zararlı etkilerden, istismardan ve sömürüden korunma hakkı, 13'ü (%4,3) aile, kültür ve sosyal hayata katılım hakkı, 14'ü (%4,7) en iyi şekilde gelişim hakkı, 66'sı (%22) ise hiçbir hak diğerinden daha önemli değildir şeklinde yanıt vermiştir. Meslek gruplarına göre sözleşmedeki en önemli ilke tanımlaması farklılık göstermektedir. Hekimlerin %36,1'i hayatta kalmayı en önemli hak olarak görürken, hemşirelerin %41'i zararlı etkiden, istismardan ve sömürüden korunma hakkının daha önemli olduğunu belirtmiş ve diğer sağlık çalışanlarının ise %32,6'sı hiç bir hak diğerinden daha önemli değil diyerek doğru yanıtı vermiştir.

Tablo 4.2.3'te araştırma grubunun bilgi puanını oluşturan 4 soruya verdikleri yanıtların meslek gruplarına göre dağılımı toplu olarak görülmektedir.

**- Sağlık profesyonellerinin çocuk hakları sözleşmesine ilişkin bilgi puanlarının değerlendirilmesi**

Tablo ve şekil 4.2.4'te araştırma grubunun demografik özelliklerine göre bilgi puanlarının dağılımı verilmiş olup cinsiyet, yaş, meslek grubu, mesleki deneyim, çocuk sahibi olma durumu ile bilgi puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Fakat; il merkezlerinde doğup büyüme ve evli olmak ile bilgi düzeyi arasında pozitif ilişki saptanmıştır (şekil 4.2.4).

**Tablo 4.2.3.** Sağlık profesyonellerinin meslek gruplarına göre ÇHS'ne ilişkin bilgi puanını oluşturan sorulara verdikleri yanıtların dağılımı

MESLEKLER										
Bilgi puanını oluşturan sorular		Doktor		Hemşire		Diğer		Toplam		Önemlilik
		n	%*	n	%	n	%	n	%	
<b>Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşme'sini duydunuz mu?</b>	Evet	85	67,5	71	59,7	33	62,3	189	3,4	P=0,440
	Hayır	41	32,5	48	40,3	20	37,7	109	6,6	
<b>Ülkemiz Birleşmiş Milletler ÇHS'ni imzaladı mı?</b>	Evet	51	43,6	43	37,1	23	44,2	117	1,1	P=0,533
	Hayır	5	4,3	10	8,6	2	3,8	17	6	
	Kararsız	61	52,1	63	54,3	27	51,9	151 53		
<b>Ülkemiz sözleşmeyi Hangi yıl İmzaladı?</b>	1990	8	53,3	13	61,9	8	66,7	29	60,4	P=0,316
	Diğer	7	46,7	8	48,1	4	33,3	48	39,6	
<b>Milletler ÇHS'ndeki en önemli ilke sizce hangisidir?</b>	Hayatta kalma hakkı	35	36,1	19	22,9	10	23,3	64	28,7	P= 0,007
	Zararlı etkilerden korunma hakkı	22	22,7	34	41	10	23,3	66	29,6	
	Aile, kültür ve sosyal hayata katılım hakkı	5	5,2	6	7,2	2	4,7	13	5,8	
	En iyi şekilde gelişim hakkı	2	2,1	5	6	7	16,3	14	6,3	
	Hiçbir hak diğerinden önemli değildir	33	34	19	22,9	14	32,6	66	29,6	

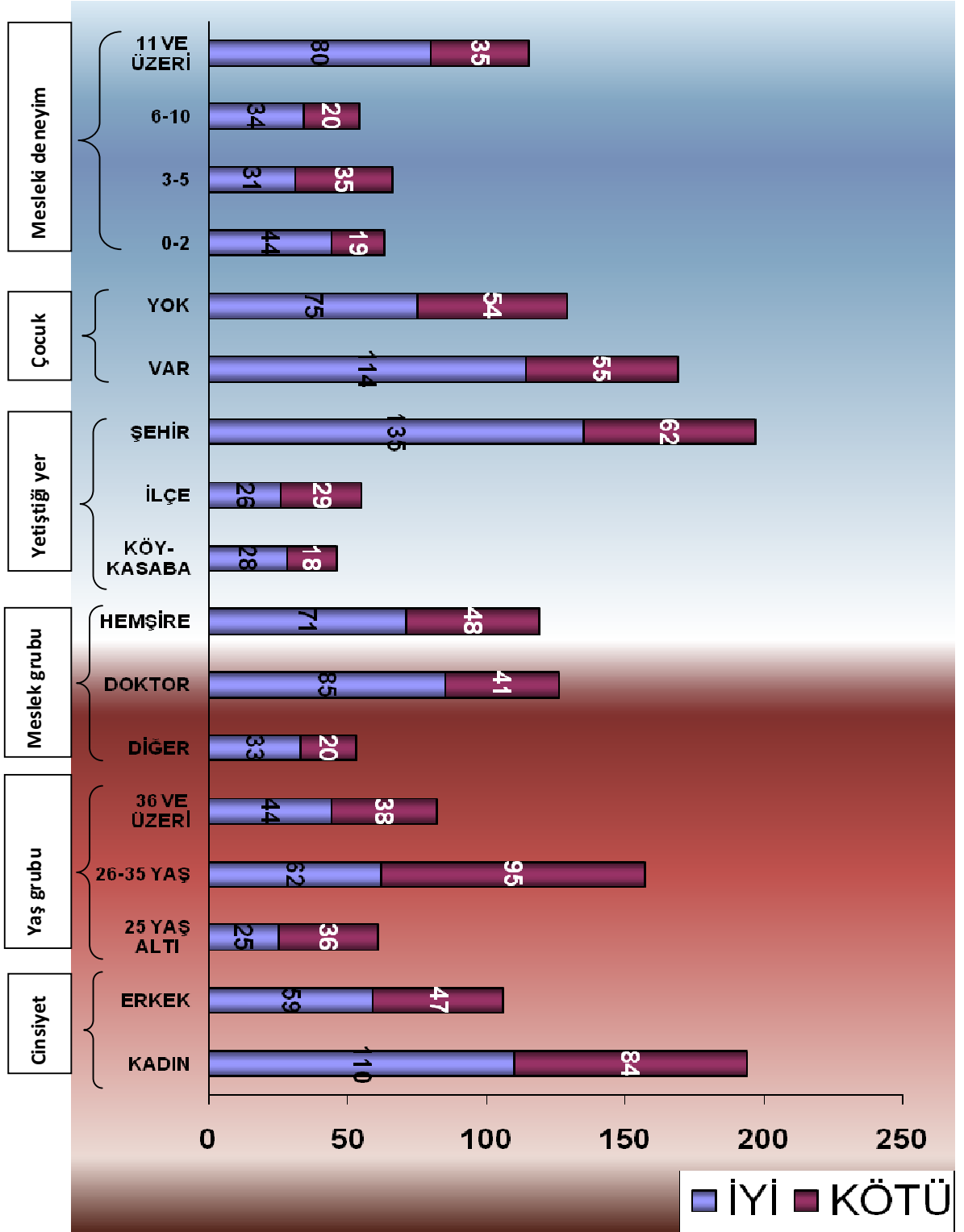
\*Sütun yüzdesi verilmiştir



**Tablo 4.2.4.** Sağlık profesyonellerinin demografik özelliklerine göre ÇHS'ne ilişkin bilgi puanlarının dağılımı

		İyi		Kötü		Toplam		Önemlilik
		n	%*	n	%	n	%	
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	84	64,1	110	65,1	194	64,7	<b>P=0,862</b>
	Erkek	47	34,9	59	34,9	106	35,3	
<b>Meslek</b>	Doktor	63	37,3	63	48,1	126	42,0	<b>P=0,074</b>
	Hemşire	77	45,6	43	32,8	120	40,0	
	Diğerleri	29	17,2	25	19,1	54	18,0	
<b>Çocuk sahibi olma durumu</b>	Var	83	63,4	88	52,1	171	57	<b>P=0,0350</b>
	Yok	48	36,6	81	47,9	129	43	
<b>Yetiştigi yer</b>	Köy	14	8,3	5	3,8	19	6,3	<b>P=0,01</b>
	Kasaba	10	5,9	17	13	27	9,0	
	İlçe	42	24,9	13	9,9	55	18,3	
	Şehir	103	60,9	96	73,3	199	66,3	
<b>Medeni durum</b>	Bekar	53	31,4	22	16,8	75	25	<b>P=0,015</b>
	Evli	92	54,4	85	64,9	177	59	
	Diğer	24	14,2	24	18,3	48	16	

\*Sütun yüzdesi verilmiştir



Şekil 4.2.4. Sağlık profesyonellerinin demografik özelliklerine göre ÇHS'ne ilişkin bilgi puanlarının dağılımı

### 4.2.3. Sağlık Profesyonellerinin Çocuk Hakları Savunuculuğunda Kendi Konumları ve Yeterlilikleri İle İlgili Görüş ve Değerlendirmeleri

Araştırmanın bu bölümünde araştırmaya katılan sağlık profesyonellerine ülkemizde çocuk hakları ile ilgili uygulamalar ÇHS'ne uygun politikalar geliştirilmesinde sağlık profesyonelinin rolü ile ilgili sorular yöneltildi. Ayrıca sağlık profesyonellerinin mesleki uygulamaları sırasında Çocuk Hakları'na ne derece dikkat ettikleri ve bu konudaki yeterlilikleri ile ilgili kendilerini nasıl değerlendirdikleri araştırıldı. Bu amaçla sağlık profesyonellerine yöneltilen sorular ve alınan yanıtların analizi aşağıda verilmiştir;

*I- Çocukluk döneminizde, sağlık hizmetlerinden yararlanmanız sırasında hak ihlaline uğrayıp haklarınıza saygı gösterilmediğini düşünüyor musunuz?*

Sağlık profesyonellerinin 123'ü (%41) saygı gösterilmediğini düşündüğünü, 78'i (%26) saygı gösterildiğini, 93'ü ise (%31) hatırlamadığını belirtmiştir. Demografik özellikler açısından (yaş, cinsiyet, meslek, çocuk sahibi olma durumu) gruplar arası anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ )(Şekil 4.2.5).

*II- Çocuklarınız sağlık hizmetlerinden yararlanırken çocuk hakkı ihlaline uğradıklarını düşünmenize yol açan bir durumla karşılaştınız mı?*

Çalışma grubundan bu soruya evet yanıtını veren sağlık profesyoneli sayısı 25 iken (%8,3), 130 sağlık profesyoneli (%43,3) böyle bir sorunla karşılaşmadığını belirtmiştir. Meslek grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ) (Şekil 4.2.6).

*III- Sağlık çalışanları çocuk hakları konusunda aktif rol almalı mı?*

Sağlık profesyonellerinin 241'i (%81,1) sağlık çalışanlarının çocuk hakları konusunda aktif rol alması gerektiğini düşünmektedir. Bu soruya verilen yanıt cinsiyet, yaş, medeni ve ekonomik durum, meslek grupları, mesleki deneyim, çocuk sahibi olma durumuna göre karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ) (şekil 4.2.7). Çocuk hakları sözleşmesinden ve ülkemizin bu sözleşmeyi imzaladığından haberdar olan ve çocukluk dönemlerinde sağlık hizmetlerinden yararlanmaları sırasında hak ihlaline uğradıklarını bildiren sağlık profesyonellerinin, bu soruya daha fazla olumlu yanıt verdikleri saptanmıştır ( $p=0,01$ ).

*IV- Sağlık çalışanları ÇHS ile uyumlu devlet politikaları geliştirilmesinde aktif rol almalı mı?*

Araştırma grubunun 236'sı (%79,2) sağlık çalışanı sözleşme ile uyumlu devlet politikaları geliştirilmesinde aktif rol almalı şikkını işaretlemiş olup; yaş gruplarına, mesleki gruplara, cinsiyet, ekonomik ve çocuk sahibi olma durumuna göre gruplar karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (şekil 4.2.8). Fakat evli sağlık profesyonellerinin sözleşme ile uyumlu devlet politikaları geliştirilmesinde aktif rol alınmalı şikkını daha fazla işaretlediği saptandı ( $p=0,04$ ).

Mesleki deneyimi 11 yıl ve üzeri olan 117 sağlık profesyonelinin 100'ü (%85,4) olumlu görüş bildirmiş ve mesleki deneyim arttıkça bu önerme konusunda olumlu yanıt veren sayısının arttığı saptanmıştır ( $p=0,04$ ). Ayrıca çocukluk dönemlerinde sağlık hizmetlerinden yararlanmaları sırasında hak ihlaline uğradıklarını bildiren sağlık profesyonellerinin, diğer sağlık profesyonellerine göre bu tutumu daha fazla kabul ettikleri görülmüştür ( $p=0,03$ ). ÇHS'nden ve ülkemizin bu sözleşmeyi imzaladığından haberdar olanların da daha fazla olumlu yanıt verdiği saptanmıştır ( $p=0,03$ ).

*V- Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin uygulanmasında sağlık çalışanının katkısı olmalı mı?*

Çalışmamıza katılan 300 sağlık profesyonelinin 215'inin (%71,7) bu önermeye katıldığı, olumlu yanıt veren 215 sağlık profesyonelinin 111'inin (%51,6) 26-35 yaş aralığında olduğu ve diğer yaşlara göre aradaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p=0,04$ ). Ayrıca yüksek ve orta gelir düzeyinde olanların, kendisi ve/veya çocuklarının hak ihlaline uğradıklarını bildiren sağlık profesyonellerinin diğer gruplarla karşılaştırıldığında bu önermeye daha fazla oranda olumlu yanıt verdiği saptanmıştır.

ÇHS'nden ve ülkemizin bu sözleşmeyi imzaladığından haberdar olan sağlık profesyonelleri de daha fazla onay vermişlerdir. Meslek, cinsiyet, çocuk sahibi olma, medeni durum, doğum yeri ve mesleki deneyim ile bu önerme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ) (şekil 4.2.9).

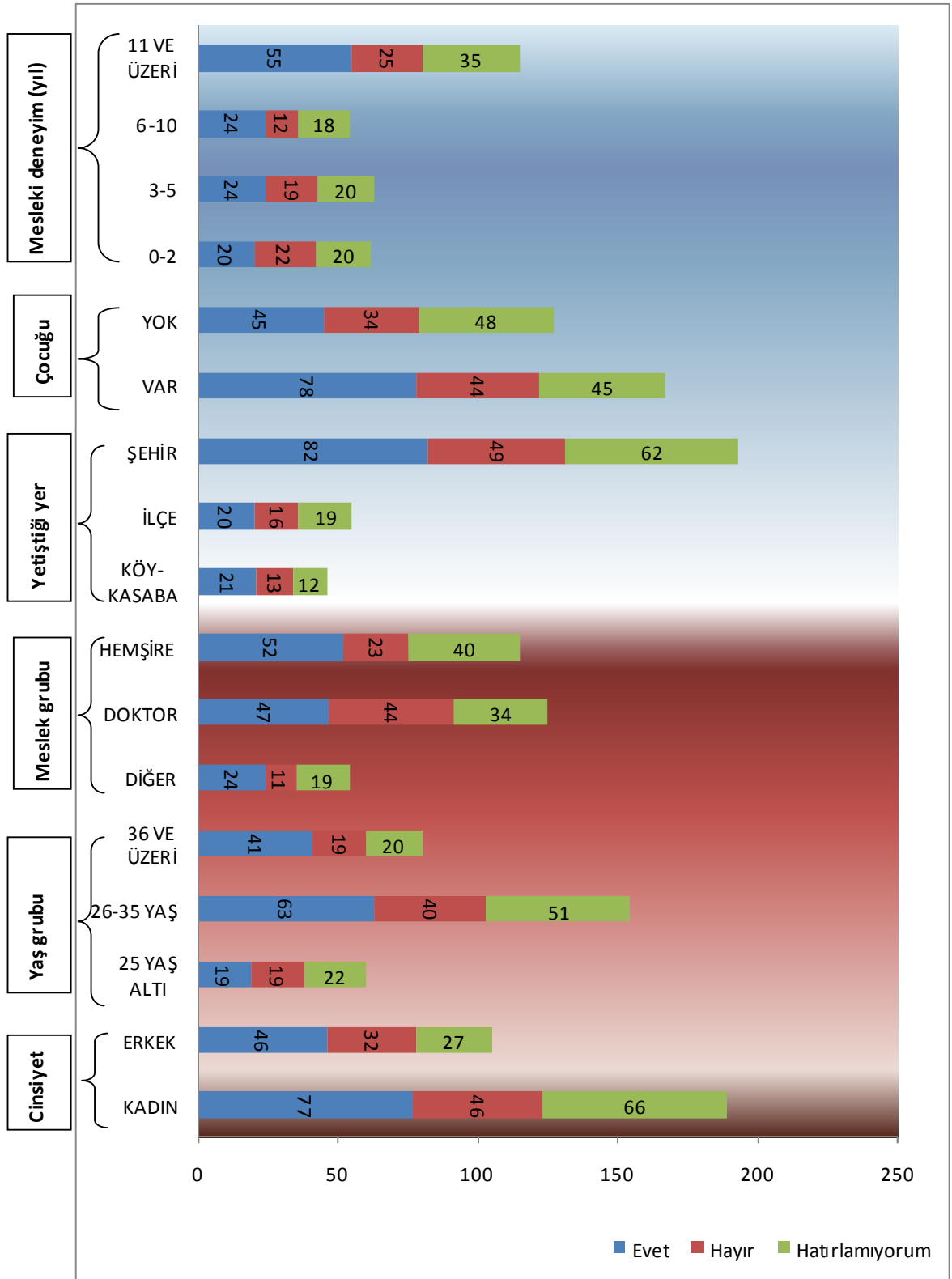
*VI- Çocuk Hakları savunuculuğunda kendinizi yeterli görüyor musunuz?*

Çalışmamıza katılan 151 (%50,3) sağlık profesyoneli kendisini bu konuda yetersiz, 101'i (%33,7) yeterli olarak değerlendirirken, 46'sı (%15,3) kararsız olduğunu ifade etmiştir. Yaş, cinsiyet, doğum yeri, meslek grubu, çocuk sahibi olmak, medeni ve ekonomik durum ve mesleki deneyim açısından karşılaştırmalar yapıldığında gruplar arasında anlamlı fark olmadığı görülmüştür ( $p>0,05$ ) (şekil 4.2.10).

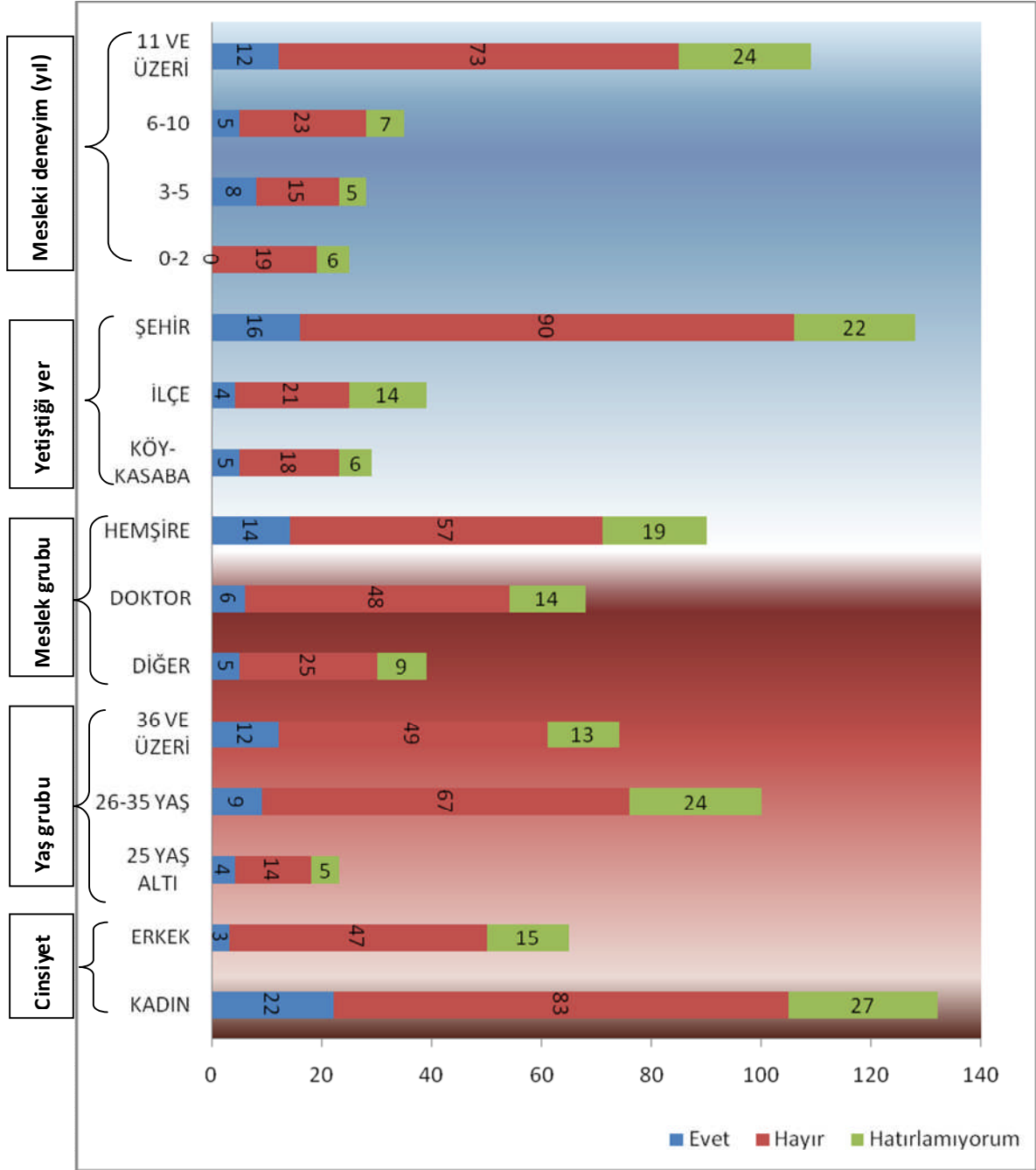
Çocuk hakları sözleşmesinden ve ülkemizin bu sözleşmeyi imzaladığından haberdar olan sağlık profesyonellerinin kendilerini sözleşmeden haberdar olmayan gruba göre daha yeterli gördüğü ( $p=0,03$ ) kendileri veya çocuklarının sağlık hizmetlerinden yararlanması sırasında çocuk hakkı ihlaline uğradıklarını düşünen sağlık profesyonellerinin de diğer gruplara göre daha fazla oranda kendilerini yeterli olarak ifade etmektedir ( $p=0,00$ ).

*VII-Kendi çalışma programınızı düzenlerken çocuk haklarını gözetir misiniz?*

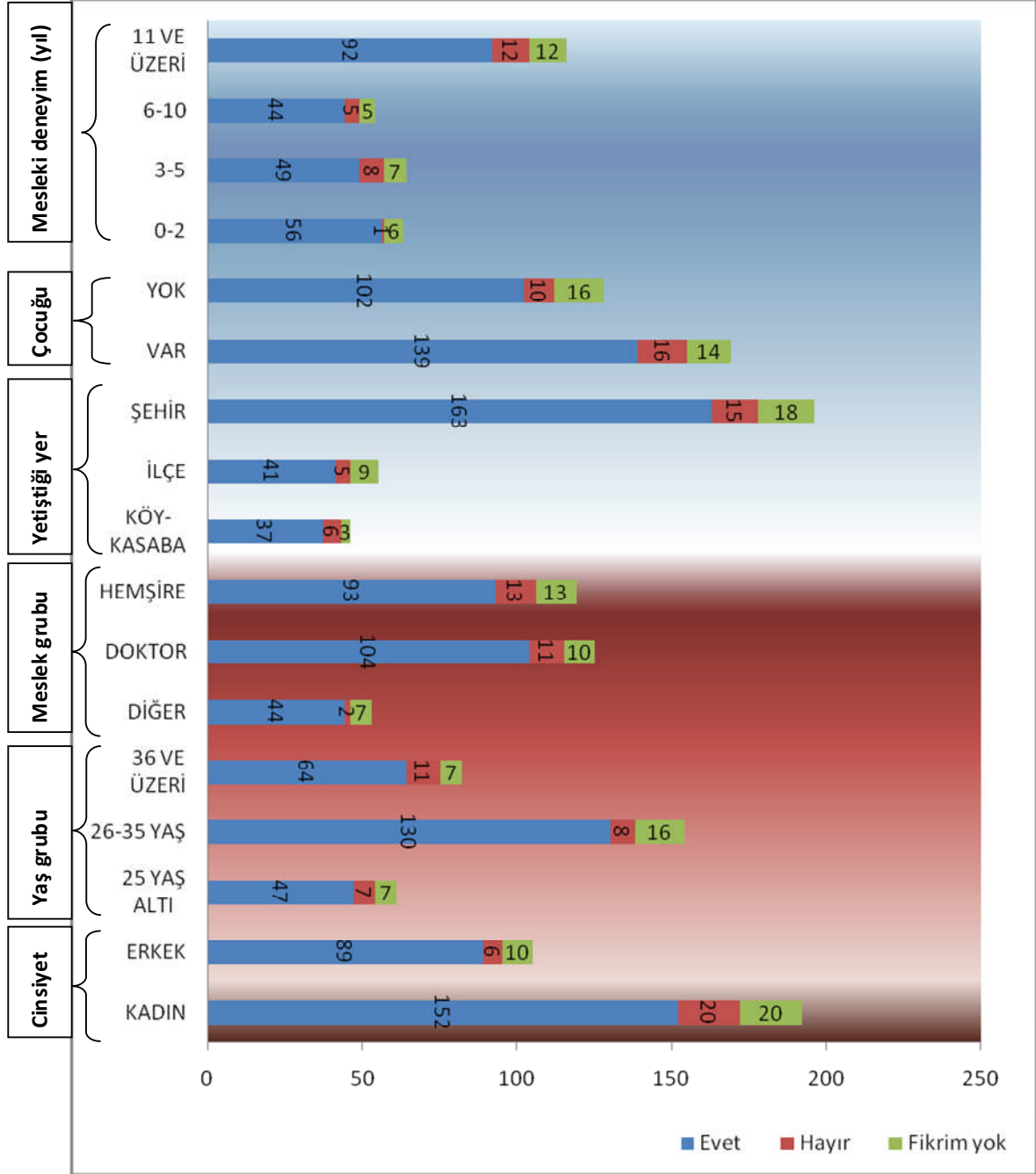
Sağlık profesyonellerinin 207'si (%69) kendi çalışma programını düzenlerken çocuk haklarını gözettiğini ifade etmiştir. Cinsiyet, meslek, doğum yeri, çocuk sahibi olma, ekonomik durum ile istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır ( $p>0,05$ ). Fakat 26-35 yaş aralığındaki sağlık profesyonellerinin kendi çalışma programlarını düzenlerken çocuk haklarını daha fazla oranda gözettiği saptanmıştır ( $p=0,02$ ) (şekil 4.2.11). Ayrıca mesleki deneyimi 11 yıl ve üzeri olan sağlık profesyonellerinin (şekil 4.2.11) ve çocukluk dönemlerinde kendileri ve/veya çocukları sağlık hizmetlerinden yararlanırken hak ihlaline uğradıklarını bildiren sağlık profesyonellerinin; kendi çalışma programlarını düzenlerken çocuk haklarını daha fazla oranda gözettiği ve diğer gruplarla karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ( $p=0,00$ ).



**Şekil 4.2.5.** Sağlık profesyonellerinin “Çocukluk döneminizde sağlık hizmetlerinden yararlanmanız sırasında çocuk hakları ihlaline uğradığınızı düşünüyor musunuz?” sorusuna verdikleri yanıtların demografik özelliklerine göre dağılımı

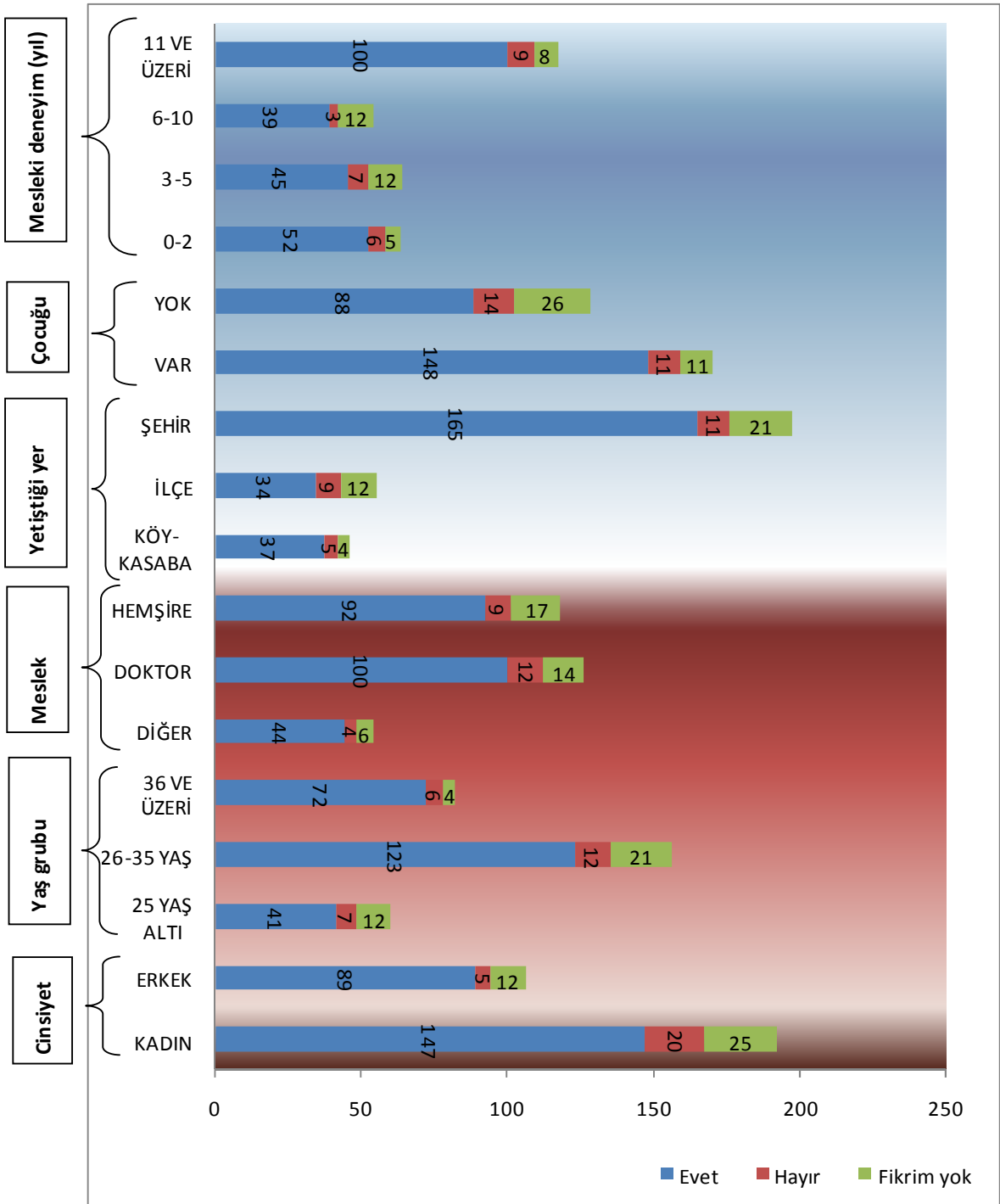


**Şekil 4.2.6.** Sağlık profesyonellerinin ‘‘Çocuklarınızın sağlık hizmetlerinden yararlanmaları sırasında çocuk hakları ihlaline uğradıklarını düşündünüz mü?’’ sorusuna verdikleri yanıtların demografik özelliklerine göre dağılımı (Sadece çocuğu olan sağlık profesyonelleri alınmıştır).

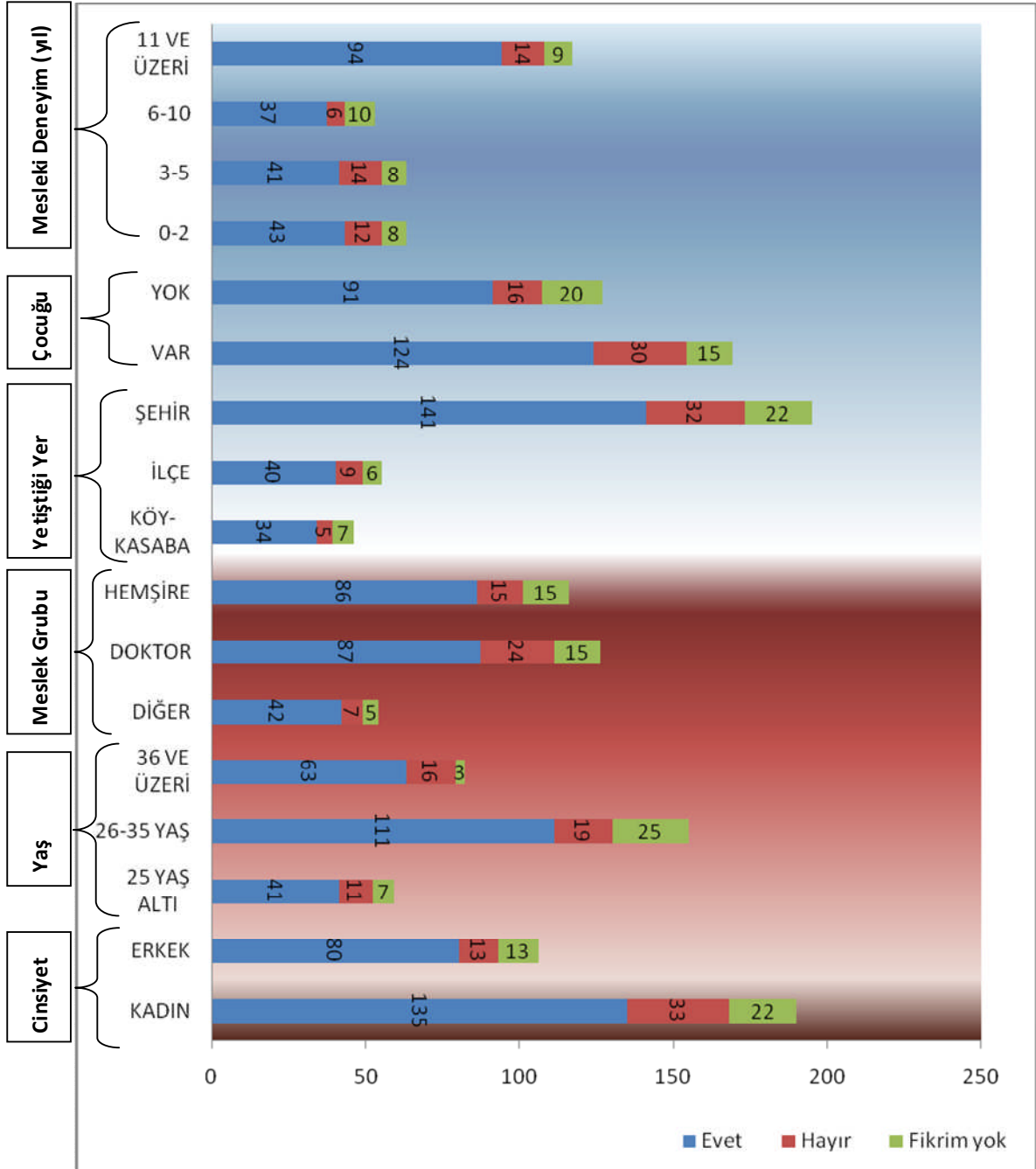


**Şekil 4.2.7.** Sağlık profesyonellerinin “Sağlık çalışanları çocuk hakları konusunda aktif rol almalı mı?” sorusuna verdikleri yanıtların demografik özelliklerine göre dağılımı

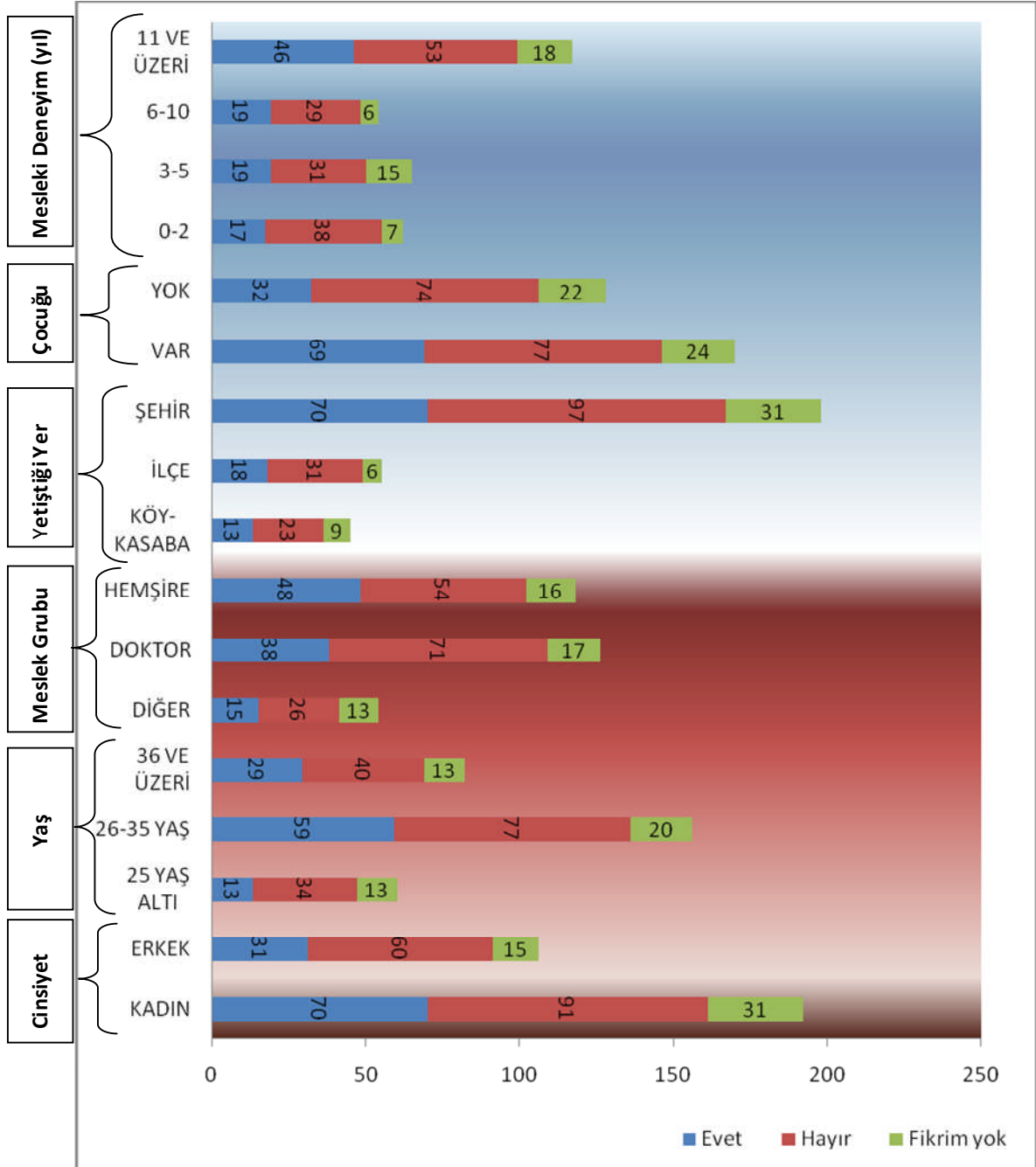




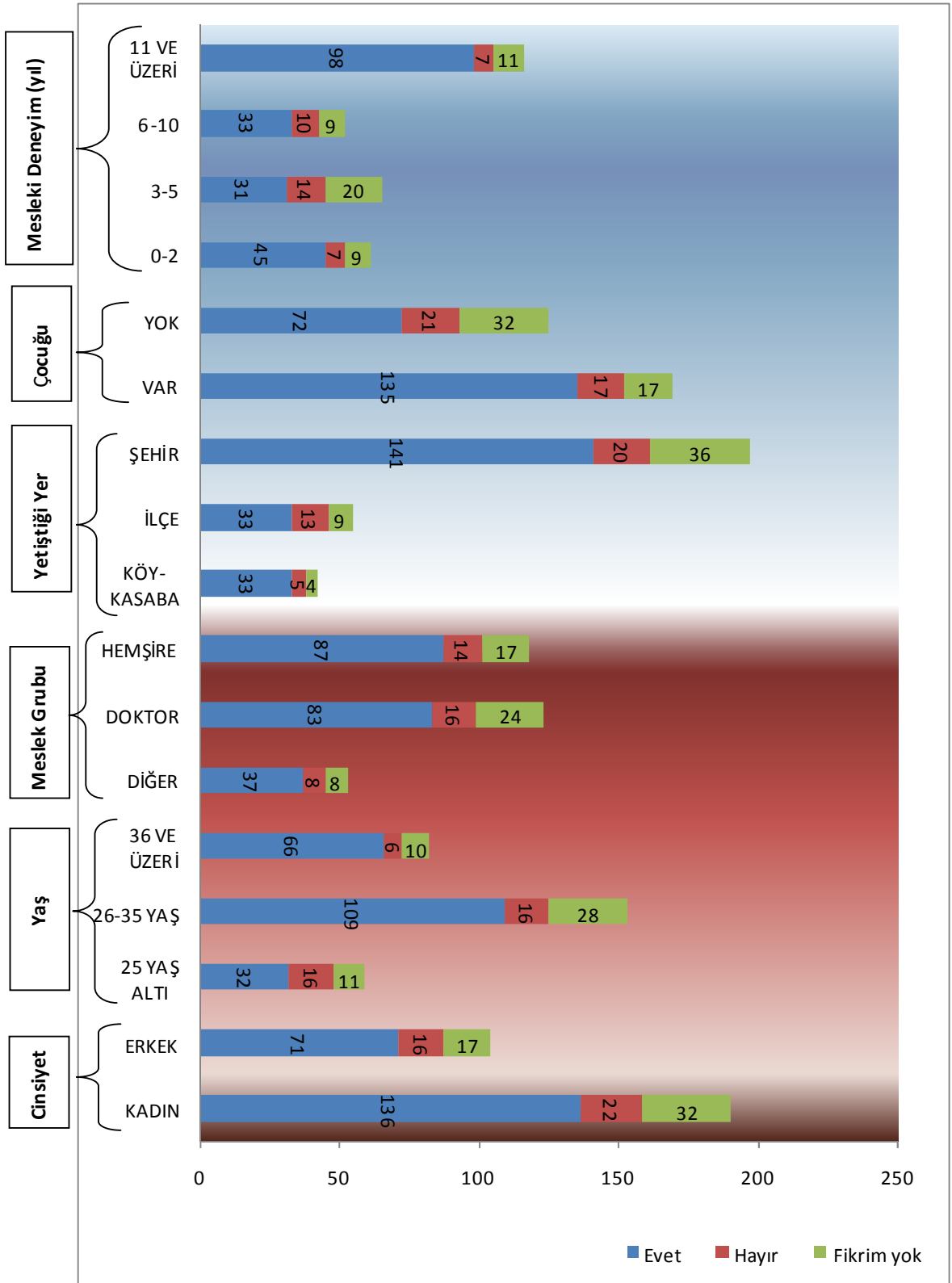
**Şekil 4.2.8.** Sağlık profesyonellerinin “Sağlık çalışanları Çocuk Hakları Sözleşmesi ile uyumlu devlet politikaları geliştirilmesinde aktif rol almalı mı?” sorusuna verdikleri yanıtların demografik özelliklerine göre dağılımı



**Şekil 4.2.9.** Sağlık profesyonellerinin “Çocuk Hakları Sözleşmesi’nin uygulanmasında sağlık çalışanının katkısı olmalı mı?” sorusuna verdikleri yanıtların demografik özelliklerine göre dağılımı



**Şekil 4.2.10.** Sağlık profesyonellerinin “Çocuk Hakları savunuculuğunda kendinizi yeterli görüyor musunuz?” sorusuna verdikleri yanıtların demografik özelliklerine göre dağılımı



**Şekil 4.2.11.** Sağlık profesyonellerinin “Kendi çalışma programınızı düzenlerken çocuk haklarını gözetir misiniz?” sorusuna verdikleri yanıtların demografik özelliklerine göre dağılımı

#### **4.2.4. Sağlık çalışanlarının çocuk hakları savunuculuğunda kendi konularıyla ilgili görüş ve değerlendirmeleri ile bilgi puanlarının karşılaştırılması**

Bilgi puan düzeyine göre ÇHS ile ilgili bilgi düzeyi kötü ve iyi düzeyde olmak üzere iki gruba ayrılan sağlık profesyonellerinin Çocuk Hakları savunuculuğunda kendi konularıyla ilgili görüş ve değerlendirmeleri ile bilgi puanlarının karşılaştırılmasından elde edilen sonuçlar tablo 4.2.5'te verilmiştir.

Sağlık çalışanlarının Çocuk Hakları ve Sözleşme ile uyumlu devlet politikaları geliştirilmesi konularında aktif rol alması gerektiğini savunanların bilgi düzeylerinin bu konuda olumsuz yanıt veren ve fikir belirtmeyen gruplara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı ( $p=0,00$ ).

“Sözleşmenin uygulanmasında sağlık çalışanının katkısı olmalı önermesine katılıyor musunuz?” sorusuna bilgi düzeyi iyi olan gruptan 108 sağlık personeli (%65,1) evet yanıtı vermiş olup bu oran bilgi düzeyi kötü olan gruba göre anlamlı olarak fazla idi ( $p=0,03$ ).

Sağlık çalışanlarının kendilerini çocuk hakları savunuculuğu konusunda yeterli görüp görmedikleri konusunda bilgi düzeyi iyi ve kötü olan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p=0,06$ ).

Kendi çalışma programlarını düzenlerken Çocuk Haklarını gözettiğini belirten sağlık profesyonellerinin gözetmeyen gruba göre bilgi puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı ( $p=0,00$ ).

Ayrıca çocukluğunda kendisinin ve şimdi çocuklarının sağlık hizmetlerinden yararlanmaları sırasında hak ihlaline uğradıklarını düşünen sağlık personellerinin bilgi puan düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı ( $p<0,05$ ).

**Tablo 4.2.5.** Sağlık Profesyonellerinin ÇHS bilgi düzeyi ile çocuk haklarına yaklaşım tutumları arasındaki ilişki

BİLGİ DÜZEYİ								
		Kötü		İyi		Toplam		Önemlilik
		n	%*	n	%	n	%	
Sağlık Çalışanları Çocuk Hakları Konusunda Aktif Rol Almalı mı?	Evet	118	71,1	123	93,9	241	81,1	<b>P=0,00</b>
	Hayır	20	12	6	4,6	26	8,8	
	Fikrim yok	28	16,9	2	1,5	30	10,1	
Sözleşme ile Uyumlu Devlet Politikası Geliştirilmesinde Aktif Rol Almalı mı?	Evet	118	70,7	118	90,1	236	79,2	<b>P=0,00</b>
	Hayır	18	10,8	7	5,3	25	8,4	
	Fikrim yok	31	18,6	6	4,6	37	12,4	
Sözleşmenin Uygulanmasında Sağlık Çalışamının Katkısı Olmalı Yargısına Katılıyor musunuz?	Evet	108	65,1	107	82,3	215	71,6	<b>P=0,03</b>
	Hayır	31	18,7	15	11,5	46	15,5	
	Fikrim yok	27	16,3	8	6,2	35	11,8	
Kendinizi Çocuk Hakları Savunuculuğunda Yeterli Görüyor musunuz?	Evet	53	31,7	48	36,6	101	33,9	<b>P=0,065</b>
	Hayır	81	48,5	70	53,4	151	50,7	
	Fikrim Yok	33	19,8	13	9,9	46	15,4	
Kendi Çalışma Programınızı Düzenlerken Çocuk Haklarını Gözetir misiniz?	Evet	100	60,2	107	83,6	207	70,4	<b>P=0,00</b>
	Hayır	29	17,5	9	7	38	12,9	
	Fikrim yok	37	22,3	12	9,4	49	16,7	

\*sütun yüzdesi verilmiştir.

### **4.3. Kırıkkale İl Merkezinde İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşlarında 0-18 Yaş Grubuna Hizmet Veren Sağlık Profesyonellerine Uygulanan Çocuk Hakları Tutum Ölçeğinin (SPÇHTÖ) Değerlendirilmesi**

#### **4.3.1. “Sağlık Profesyoneli Çocuk Hakları Tutum Ölçeği”nin oluşturulması**

Araştırmanın bu bölümü sağlık profesyonellerinin çocuk hakları ile ilgili tutumlarını ortaya koymak üzere yapılmıştır. Tutumları saptamak için Yurtsever (2009) tarafından geliştirilen üç faktörlü “Ebeveyn Çocuk Hakları Tutum Ölçeği” kullanılmıştır. Ebeveyn çocuk hakları tutum ölçeğinde bulunan 63 maddeden 35 tanesi “Sağlık Profesyonellerinin Çocuk Hakları Tutum Ölçeği” (SPÇHTÖ) olarak uyarlanmış ve “hastanede yatırılarak tedavi alması gerektiği durumlarda çocuk, sağlığı için gerekli minimum süre hastanede tutulmalı, ev ortamından koparılmamaya çalışılmalıdır” maddesi eklenmiştir.

SPÇHTÖ'nin yapı geçerliliğinin sınanmasında faktör analizi işlemleri uygulanmıştır. Faktör analizinin ilk aşamasında Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) Örneklem Yeterliliği Testi ve Bartlett Küresellik Testi işlemleri yapılarak örneklem grubundan elde edilen verilerin analize uygunluğu test edilmiştir. Daha sonra Temel Bileşenler ve Varimax Rotated yöntemleri uygulanarak ölçeğin alt boyutları belirlenmiştir.

Tablo 4.3.1'de gösterildiği gibi, Kaiser-Meyer-Olkin değerinin (0,791) 0,50'nin üzerinde olması nedeni ile örneklem büyüklüğünün faktör analizi yapmaya uygun olduğu anlaşılmaktadır. Bartlett's Testi değerinin de 0,05 önem derecesinde anlamlı olması, ölçülen özelliğin evren parametresinde çok boyutlu bir değişkenden geldiğini göstermektedir (KMO = 0,791;  $\chi^2$ Bartlett test (561) = 3194,196; p = 0,000).

**Tablo 4.3.1.** Sağlık Profesyonellerinin Çocuk Hakları Tutum Ölçeği için yapılan Kaise-Meyer Olkin ve Bartlett test sonuçları

Kaise-Meyer Olkin	0,791
Bartlett Test	3194,196
Sd	561
P	0,000

Ebeveyn Çocuk Hakları Tutum Ölçeği'nin tamamının İç Tutarlılık Katsayısı Cronbach Alpha 0,956 olarak hesaplanmıştır (Yurtsever 2009). Alpha katsayısına bağlı olarak ölçeğin güvenilirliği şu şekilde yorumlanır;

$0,00 \leq \alpha < 0,40$  ise ölçek güvenilir değil,

$0,40 \leq \alpha < 0,60$  ise ölçeğin güvenilirliği düşük,

$0,60 \leq \alpha < 0,80$  ise ölçek oldukça güvenilir,

$0,80 \leq \alpha < 1,00$  ise ölçek yüksek derecede güvenilir (72).

Sağlık Profesyonellerinin Çocuk Hakları Tutum Ölçeği'nin tamamının iç tutarlılık katsayısı ise Cronbach Alpha 0,858 olarak hesaplanmış ve yüksek derecede güvenilir çıkmıştır.

Çocuk Haklarına Yönelik Sağlık Profesyonelleri Tutum Ölçeği'nin boyutlarındaki içtutarlılık katsayıları, Cronbach Alpha tekniği ile hesaplanmış ve analiz sonuçları tablo 4.3.2'de verilmiştir.

**Tablo 4.3.2.** Çocuk Haklarına Yönelik Sağlık Profesyonelleri Tutum Ölçeği'nin boyutlarındaki içtutarlılık katsayıları

Faktör	Güvenilirlik Katsayısı Alpha
Devlet Güvencesi ve Desteği	0,747
Bakım ve Koruma	0,635
Kendi Kendine Karar Verme	0,764



Ölçeğin birinci alt boyutunda (Devlet güvencesi ve desteği) bulunan 12 madde için yapılan analiz sonucu Cronbach Alpha değeri 0,747 olarak bulunmuştur. Bu değer birinci alt boyutun güvenilir olduğunu göstermektedir. Ölçeğin ikinci alt boyutunda (Bakım ve Koruma) bulunan 4 madde için yapılan analiz sonucu Cronbach Alpha değeri 0,635 olarak bulunmuştur. Bu değer ikinci alt boyutun iç güvenilirliğe sahip olduğunu göstermiştir. Ölçeğin üçüncü alt boyutunda (Kendi Kendine Karar Verme) 20 madde için yapılan analiz sonucu Cronbach Alpha değeri 0,764 olarak bulunmuştur. Bu değer üçüncü alt boyutun güvenilir olduğunu göstermiştir.

#### **4.3.2. Kırıkkale il merkezinde ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında 0-18 yaş grubuna hizmet veren sağlık profesyonellerine uygulanan çocuk hakları tutum ölçeğinden elde edilen bulgular**

Bu bölümde örnekleme oluşturan sağlık profesyonellerinin, Sağlık Profesyoneli Tutum Ölçeği'nden aldıkları puanların, araştırmanın değişkenlerine göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek üzere yapılan fark analizlerinden elde edilen bulgulara yer verilmiştir. Çalışma grubunun SPÇHTÖ “Devlet Güvencesi ve Desteği” alt boyutundan aldıkları puanlarının ortalaması  $4,68 \pm 0,35$  (min:3, max:5 puan), “Bakım ve Korunma” alt boyutundan aldıkları puanlarının ortalaması  $4,34 \pm 0,354$  (min:2,5, max:4,5 puan) ve “ Kendi Kendine Karar Verme” alt boyutundan aldıkları puanlarının ortalaması  $4,63 \pm 0,29$  (min:3,2, max:4,5 puan) idi (tablo 4.3.3). Cinsiyet ve meslek grupları değişkenleri açısından SPÇHTÖ alt boyutları puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (tablo 4.3.4 ve tablo 4.3.5).

Çalışma grubunun SPÇHTÖ alt boyutları puanları sağlık profesyonellerinin yaş grupları, doğup büyüdükleri yer, mesleki deneyim ve çocuk sahibi olma durumlarına göre kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmazken, medeni durumlarına göre bakıldığında ölçeğin tüm alt boyutlarında fark saptanmıştır (tablo 4.3.6). Hangi gruplar arasında fark olduğu yapılan Post-Hoc Scheffe testi sonuçlarına göre değerlendirilmiştir; “Devlet Güvencesi ve Desteği” ve “Bakım ve Korunma” alt boyutlarında bekar sağlık profesyonellerinin puanlarının evli ve diğer

kategorisindekilere göre istatistiksel olarak anlamlı olarak düşük olduğu, ‘‘Kendi Kendine Karar Verme’’ boyutları puanlarına bakıldığında ise bekar sağlık profesyonellerinin puanlarının evlilere göre daha düşük olduğu saptanmıştır (tablo 4.3.6).

**Tablo 4.3.3.** SPÇHTÖ alt boyutları puan değerleri

	Minimum	Maksimum	Median	$\bar{X} \pm SD^*$
Devlet Güvencesi ve Desteği	3	5	4,83	4,68 $\pm$ 0,35
Bakım ve Korunma	2,5	5	4,5	4,34 $\pm$ 0,54
Kendi Kendine Karar Verme	3,2	5	4,7	4,63 $\pm$ 0,29

$\bar{X}$ = ortalama SD: Standart sapma

**Tablo 4.3.4** Çocuk hakları tutum ölçeği alt boyutları puanlarının sağlık profesyonellerinin cinsiyetlerine göre farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan tek yönlü varyans analizi (anova) sonuçları

	Kadın		Erkek		Önemlilik	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	p	F
<b>Devlet Güvencesi ve Desteği</b>	4,6	0,36	4,7	0,34	0,59	0,277
<b>Bakım ve Korunma</b>	4,6	0,3	4,6	0,27	0,12	2,431
<b>Kendi Kendine Karar Verme</b>	4,37	0,52	4,27	0,58	0,11	2,479

**Tablo 4.3.5.** Çocuk hakları tutum ölçeği alt boyutları puanlarının sağlık profesyonellerinin meslek gruplarına göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan tek yönlü varyans analizi (anova) sonuçları

	<b>Doktor</b>		<b>Hemşire</b>		<b>Diğer</b>		<b>Önemlilik</b>	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	p	F
<b>Devlet Güvencesi ve Desteği</b>	4,68	0,35	4,65	0,36	4,74	0,32	0,35	1,051
<b>Bakım ve Korunma</b>	4,63	0,3	4,63	0,31	4,66	0,24	0,73	0,303
<b>Kendi Kendine Karar Verme</b>	4,32	0,62	4,35	0,49	4,35	0,47	0,9	0,083

Sağlık profesyonellerinin ayrı ayrı meslek grupları ve demografik özelliklerinin SPÇHTÖ ‘‘Devlet Güvencesi ve Desteği’’, ‘‘Bakım ve korunma’’ ve ‘‘kendi kendine karar verme’’ alt boyutlarının her üçünün puanlarına göre karşılaştırması yapıldığında; hekim, hemşire ve diğer sağlık çalışanlarının kendi meslek grupları içerisinde yaş, doğum yeri, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu ve mesleki deneyim değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (tablo 4.3.7a,b,c).

**Tablo 4.3.6.** SPÇHTÖ alt boyutları puanlarının çalışma grubunun demografik özelliklerine göre karşılaştırılması

	Devlet Güvencesi ve Desteği		Bakım ve Korunma		Kendi Kendine Karar Verme	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
<b>Yaş (yıl)</b>						
25 yaş ve altı	4,62	0,45	4,61	0,38	4,23	0,53
26 – 35	4,68	0,33	4,63	0,29	4,39	0,54
36 ve üstü	4,73	0,29	4,66	0,23	4,32	0,56
<b>Önemlilik</b>	F=0,86 p=0,42		F=0,26 P=0,86		F=1,4 P=0,22	
<b>Yetiştığı yer</b>						
Köy	4,71	0,33	4,72	0,3	4,57	0,4
Kasaba	4,73	0,22	4,63	0,2	4,38	0,4
İlçe	4,63	0,34	4,62	0,2	4,23	0,6
Şehir	4,69	0,37	4,63	0,3	4,34	0,5
<b>Önemlilik</b>	F=0,465 P=0,707		F=0,633 P=0,594		F=2,13 p=0,096	
<b>Medeni Durum</b>						
Bekar	4,57	0,45	4,55	0,39	4,18	0,61
Evli ve Çocuklu	4,71	0,30	4,66	0,25	4,40	0,50
Diğer	4,77	0,29	4,68	0,26	4,34	0,55
<b>Önemlilik</b>	F=5,494 P=0,005		F=5,328 P=0,005		F=4,831 P=0,009	
<b>Çocuk sahibi olma durumu</b>						
Yok	4,66	0,41	4,62	0,34	4,27	0,56
Var	4,71	0,3	4,65	0,25	4,39	0,52
<b>Önemlilik</b>	F=0,907 P=0,342		F=1,168 P=0,281		F=3,26 P=0,072	
<b>Mesleki Deneyim</b>						
0-2 yıl	4,69	0,36	4,68	0,31	4,32	0,56
3-5 yıl	4,64	0,42	4,60	0,31	4,29	0,60
6-10 yıl	4,62	0,41	4,55	0,37	4,31	0,58
11 yıl ve üzeri	4,73	0,21	4,67	0,22	4,39	0,48
<b>Önemlilik</b>	F=1,168 P=0,322		F=1,125 P=0,339		F=0,626 P=0,599	

**Tablo 4.3.7a.** SPÇHTÖ “Devlet güvencesi ve desteği” alt boyutu puanlarının meslek gruplarına göre demografik özellikleri açısından karşılaştırılması

	<b>Doktor</b>		<b>Hemşire</b>		<b>Diğer</b>		<b>Önemlilik</b>	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	F	p
<b>Yaş (yıl)</b>								
25 yaş ve altı	4,66	0,41	4,56	0,47	4,75	0,45	0,38	0,82
26 – 35	4,67	0,36	4,68	0,31	4,71	0,29		
36 ve üstü	4,73	0,27	4,72	0,30	4,76	0,32		
<b>Yetiştği Yer</b>								
Köy	4,70	0,34	4,58	0,34	4,85	0,20	0,67	0,67
Kasaba	4,76	0,24	4,80	0,13	4,66	0,24		
İlçe	4,65	0,35	4,53	0,36	4,76	0,20		
Şehir	4,68	0,36	4,68	0,37	4,74	0,39		
<b>Medeni Durum</b>								
Bekar	4,59	0,42	4,50	0,51	4,63	0,44	0,27	0,89
Evli ve Çocuklu	4,71	0,29	4,68	0,32	4,75	0,28		
Diğer	4,75	0,35	4,76	0,22	4,93	0,10		
<b>Çocuk sahibi olma durumu</b>								
Yok	4,67	0,39	4,61	0,44	4,72	0,39	0,90	0,34
Var	4,70	0,28	4,68	0,32	4,75	0,28		
<b>Mesleki Deneyim</b>								
0-2 yıl	4,76	0,30	4,63	0,38	4,61	0,47	1,35	0,23
3-5 yıl	4,64	0,34	4,53	0,52	4,90	0,13		
6-10 yıl	4,57	0,45	4,68	0,40	4,65	0,30		
11 yıl ve üzeri	4,78	0,23	4,69	0,28	4,76	0,29		

**Tablo 4.3.7b.** SPÇHTÖ “Bakım ve korunma” alt boyutu puanlarının meslek gruplarına göre demografik özellikleri açısından karşılaştırılması

	Doktor		Hemşire		Diğer		Önemlilik	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	F	p
<b>Yaş (yıl)</b>								
25 yaş ve altı	4,70	0,30	4,56	0,43	4,63	0,31	0,94	0,44
26 – 35	4,62	0,32	4,64	0,26	4,64	0,19		
36 ve üstü	4,61	0,22	4,68	0,22	4,70	0,24		
<b>Yetiştigi yer</b>								
Köy	4,67	0,38	4,76	0,17	4,79	0,20	0,15	0,98
Kasaba	4,63	0,30	4,68	0,23	4,61	0,22		
İlçe	4,62	0,25	4,61	0,27	4,63	0,21		
Şehir	4,63	0,30	4,62	0,33	4,67	0,26		
<b>Medeni Durum</b>								
Bekar	4,61	0,37	4,45	0,45	4,54	0,25	1,43	0,22
Evli ve Çocuklu	4,63	0,24	4,67	0,26	4,68	0,23		
Diğer	4,67	0,30	4,67	0,23	4,82	0,11		
<b>Çocuk sahibi olma durumu</b>								
Yok	4,65	0,33	4,55	0,39	4,62	0,25	1,16	0,28
Var	4,60	0,25	4,66	0,26	4,68	0,24		
<b>Mesleki Deneyim</b>								
0-2 yıl	4,76	0,23	4,60	0,39	4,57	0,31	1,10	0,36
3-5 yıl	4,59	0,28	4,59	0,41	4,74	0,15		
6-10 yıl	4,54	0,42	4,56	0,33	4,59	0,23		
11 yıl ve üzeri	4,64	0,16	4,67	0,23	4,69	0,23		

**Tablo 4.3.7c.** SPÇHTÖ “kendi kendine karar verme” alt boyutu puanlarının meslek gruplarına göre demografik özellikleri açısından karşılaştırılması

	<b>Doktor</b>		<b>Hemşire</b>		<b>Diğer</b>		<b>Önemlilik</b>	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	F	p
<b>Yaş (yıl)</b>								
25 yaş ve altı	4,40	0,45	4,19	0,58	4,13	0,46	1,0	0,44
26 – 35	4,33	0,65	4,45	0,31	4,41	0,41		
36 ve üstü	4,25	0,61	4,35	0,56	4,39	0,51		
<b>Yetiştigi yer</b>								
Köy	4,55	0,45	4,43	0,42	4,74	0,49	0,53	0,77
Kasaba	4,35	0,56	4,41	0,54	4,40	0,35		
İlçe	4,26	0,72	4,32	0,44	4,02	0,23		
Şehir	4,31	0,61	4,35	0,51	4,38	0,46		
<b>Medeni Durum</b>								
Bekar	4,28	0,61	4,04	0,58	4,12	0,48	1,72	0,14
Evli ve Çocuklu	4,33	0,50	4,47	0,37	4,39	0,48		
Diğer	4,37	0,55	4,25	0,64	4,55	0,11		
<b>Çocuk sahibi olma durumu</b>								
Yok	4,34	0,58	4,16	0,57	4,25	0,45	3,2	0,7
Var	4,30	0,66	4,44	0,43	4,39	0,48		
<b>Mesleki Deneyim</b>								
0-2 yıl	4,45	0,52	4,19	0,57	4,22	0,63	1,45	0,19
3-5 yıl	4,26	0,68	4,27	0,51	4,50	0,25		
6-10 yıl	4,31	0,69	4,45	0,40	4,0	0,38		
11 yıl ve üzeri	4,30	0,54	4,40	0,48	4,43	0,44		

Çalışma grubundaki sağlık profesyonellerine yöneltilen “çocuk hakları savunuculuğunda kendinizi yeterli görüyor musunuz?” sorusuna kendisini yeterli gördüğü yanıtını veren sağlık profesyonellerinin SPÇHTÖ tüm alt boyutlarındaki puanları yeterliliği ile ilgili fikri olmadığını söyleyen sağlık profesyonellerine göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptandı (tablo 4.3.8). ÇHS ile ilgili bilgi düzeyleri iyi olarak saptanan sağlık profesyonellerinin ise kötü olanlara göre SPÇHTÖ “Devlet Güvencesi ve Desteği” alt boyutundaki puanları istatistiksel olarak anlamlı yüksek iken diğer alt boyutlarda gruplar arası fark saptanmadı (tablo 4.3.9).

**Tablo 4.3.8.** Sağlık profesyonellerinin SPÇHTÖ alt boyutları puanlarının çocuk hakları savunuculuğunda kendi yeterlilikleri ile ilgili yorumlarına göre değerlendirilmesi

	Sağlık profesyonellerinin “çocuk hakları savunuculuğunda kendinizi yeterli görüyor musunuz ?” sorusuna yanıtları					
	Evet		Hayır		Fikrim yok	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
Devlet Güvencesi ve Desteği	4,70	0,32	4,71	0,31	4,52	0,48
	F=5,56		p=0,04			
Bakım ve Korunma	4,68	0,28	4,64	0,27	4,53	0,36
	F=5,05		p=0,007			
Kendi Kendine Karar Verme	4,45	0,52	4,32	0,54	4,15	0,54
	F=9,42		p=0,002			

**Tablo 4.3.9.** Sağlık profesyonellerinin SPÇHTÖ alt boyutları puanlarının ÇHS bilgi düzeylerine göre değerlendirilmesi

	Sağlık profesyonellerinin ÇHS ile ilgili bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi			
	İyi		Kötü	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
Devlet Güvencesi ve Desteği	4,75	0,31	4,63	0,37
	F=9,42		p=0,002	
Bakım ve Korunma	4,64	0,28	4,63	0,30
	F=0,006		p=0,939	
Kendi Kendine Karar Verme	4,33	0,53	4,34	0,55
	F=0,017		p=0,896	



#### 4.3.2.1. Kırıkkale İl Merkezinde İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşlarında 0-18 Yaş Grubuna Hizmet Veren Doktorlara Uygulanan Sağlık Profesyoneli Çocuk Hakları Tutum Ölçeğinin Değerlendirilmesi

Bu bölümde doktorların Sağlık Profesyonelleri Çocuk Hakları Tutum Ölçeği alt boyutları puanlarının çalışmadaki bağımsız değişkenlere göre farklılık gösterip göstermediğine bakıldı. Anova sonuçlarına göre Sağlık Profesyonellerinin Çocuk Hakları Tutum Ölçeği “Devlet Güvencesi ve Desteği”, “Bakım ve Koruma” ve “Kendi Kendine Karar Verme” boyutları puanlarında; cinsiyet, doğum yeri, yaş grupları, medeni durum, çalıştığı kurum, ekonomik durum, çocuk sahibi olma durumu, çocuk sahibi olanların çocuklarının cinsiyet ve yaş değişkenlerine göre anlamlı bir farklılık görülmemektedir ( $p>0,05$ ). Fakat mesleki deneyim değişkeni için “Devlet Güvencesi ve Desteği” ve “Bakım ve Koruma” boyutları puanlarında gruplar arası anlamlı farklılık ( $F_{\text{Devlet Güvencesi ve Desteği}} = 2.341, p < 0,05$ ;  $F_{\text{Bakım ve Koruma}} = 3,152, p < 0,05$ ) bulunmaktadır. “Devlet Güvencesi ve Desteği” ile “Bakım ve Koruma” boyutları puanlarında gruplar arası farkın mesleki deneyim süresine göre hangi gruplar arasında olduğunu test etmek için Post-Hoc Scheffe Testi yapılmıştır. Buna göre; 6-10 yıl aralığında mesleki deneyime sahip olan doktorların 0-2 yıl ve 11 yıl ve üzeri mesleki deneyime sahip doktorlara göre “Devlet Güvencesi ve Desteği” boyutundaki puanlarının anlamlı bir farklılık ( $p < 0,05$ ) gösterdiği ve bu iki gruba göre düşük olduğu, 0-2 yıl aralığında mesleki deneyime sahip olan doktorların 3-5 ve 6-10 aralığında mesleki deneyime sahip doktorlara göre “Bakım ve Koruma” boyutundaki puanlarının anlamlı bir şekilde yüksek olduğu görülmektedir. Doktorların “Kendi Kendine Karar Verme” boyutları puanlarında ise gruplar arası bir farklılık görülmemektedir ( $p < 0,05$ ).

#### **4.3.2.2. Kırıkkale İl Merkezinde İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşlarında 0-18 Yaş Grubuna Hizmet Veren Hemşirelere Uygulanan Sağlık Profesyoneli Çocuk Hakları Tutum Ölçeğinin Değerlendirilmesi**

Bu bölümde hemşirelerin SPÇHTÖ alt boyutları puanlarının çalışmadaki bağımsız değişkenlere göre farklılık gösterip göstermediğine bakıldı. Tüm alt boyutlarda doğum yeri, çalışılan kurum, mesleki deneyim açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yok iken, yaş gruplarına göre; 25 Yaş ve altı olan hemşirelerin 26-35 yaş arasında olan hemşirelere göre “Kendi Kendine Karar Verme” boyutundaki puanlarının istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu, çocuk sahibi olma durumu değişkenine göre “Bakım ve Koruma” ve “Kendi Kendine Karar Verme” boyutları puanlarında gruplar arası anlamlı farklılık olduğu ve bu farkın çocuk sahibi olmayan hemşirelerin puanlarının daha düşük olmasından kaynaklandığı saptanmıştır. Bekar olan hemşirelerin evli, çocuklu ve diğer grupta olan hemşirelere göre “Devlet Güvencesi ve desteği” ve “Bakım ve Koruma” boyutlarındaki puanlarının anlamlı bir farklılık ( $p < 0,05$ ) gösterdiği ve düşük olduğu görülmüştür. Ayrıca 6 yaş ve altı çocuğa sahip olan hemşirelerin 7-12 yaşında çocuğu olan hemşirelere göre “Bakım ve Koruma” boyutundaki puanlarının istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu, fakat “Kendi Kendine Karar Verme” boyutunda ise; puanlarının 7 yaş ve üzerinde çocuğa sahip olanlara göre anlamlı düşük olduğu saptandı.

Üniversite mezunu olan hemşirelerin lise mezunu olan hemşirelere göre “Devlet Güvencesi ve desteği” ve “Bakım ve Koruma” boyutundaki puanlarının anlamlı bir farklılık ( $p < 0,05$ ) gösterdiği ve yüksek olduğu saptanmıştır.

#### **4.3.2.3. Kırıkkale İl Merkezinde İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşlarında 0-18 Yaş Grubuna Hizmet Veren Diğer Sağlık Çalışanlarına Uygulanan Sağlık Profesyoneli Çocuk Hakları Tutum Ölçeğinin Değerlendirilmesi**

Diğer sağlık çalışanlarına uygulanan SPÇHTÖ alt boyutlarında cinsiyet, yaş grubu, çalıştığı yer, mesleki deneyim, medeni durum değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Çocuk sahibi olmayan diğer sağlık çalışanlarının

“Bakım ve Koruma” ve “Kendi Kendine Karar Verme” alt boyutlarındaki puanlarının çocuk sahibi olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düşük olduğu ve “Bakım ve Koruma” alt boyutunda çocuk sayısı arttıkça bu alt boyuttaki puanların istatistiksel olarak anlamlı yükseldiği saptandı. Ayrıca ilçede doğup büyüyen diğer sağlık çalışanlarının köy, kasaba ve şehirde doğup büyüyenlere göre, “Bakım ve Koruma” boyutundaki puanlarının anlamlı bir farklılık ( $p < 0,05$ ) gösterdiği ve düşük olduğu saptandı.

#### **4.4. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Altıncı Sınıf Öğrencilerinin Çocuk Yaş Grubuna Yaklaşımlarının Çocuk Hakları Bazında Değerlendirilmesi**

KÜTF altıncı sınıf öğrencilerinden (intern doktor) Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları rotasyonunu yapmakta olan dört grupta bulunan 24 öğrenciden 14'üne (%58,3) metodoloji bölümünde belirtilen yöntem ve sürede çocuk hakları konularında eğitim verilmiş, 10 (%41,7) intern doktor herhangi bir eğitim almadan çalışmaya dahil edilmiştir.

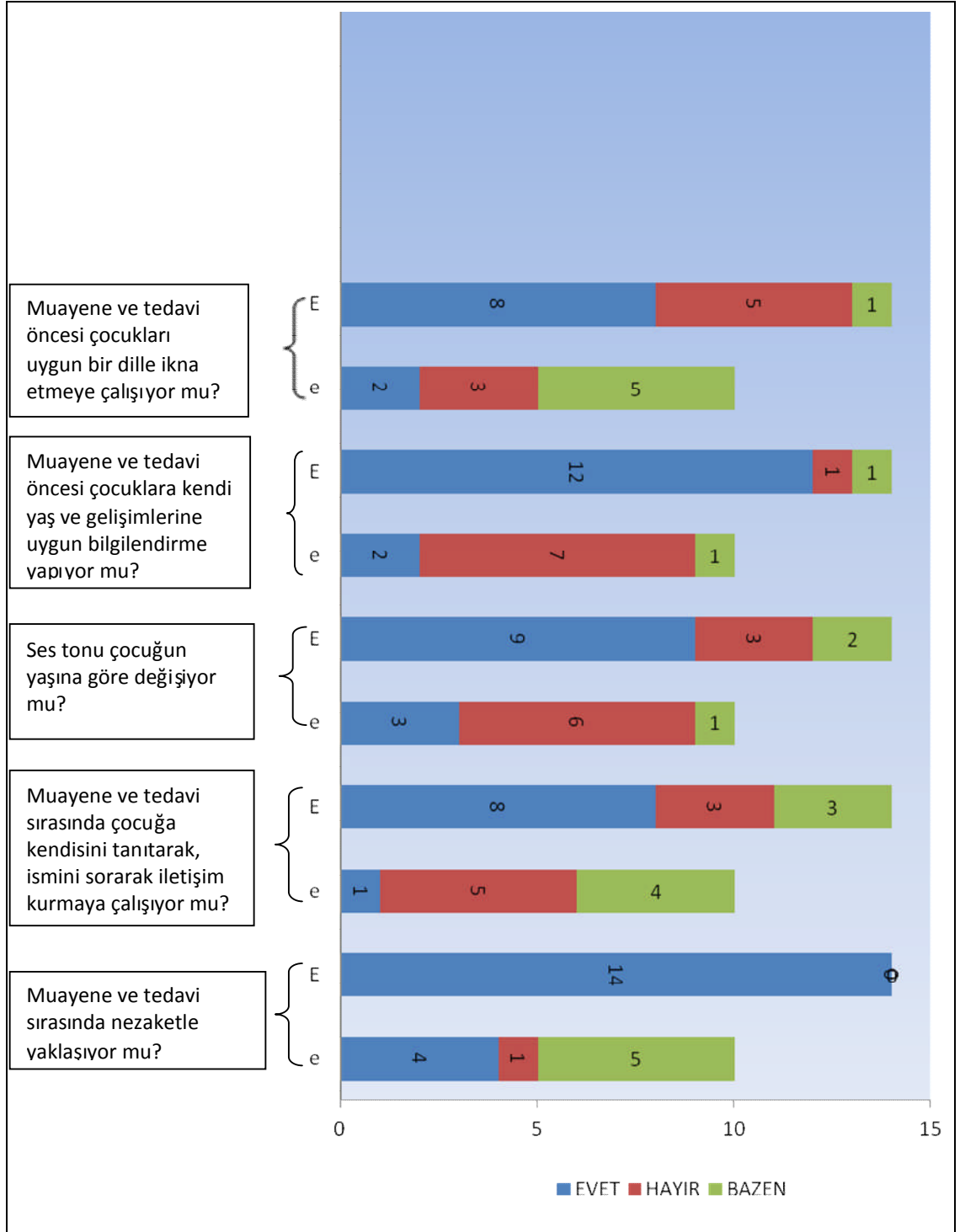
Araştırmaya dahil edilen internlerin 14'ü kız (%58,3), 10'u (%41,7) erkekti. Eğitim verilmemiş 10 intern doktordan 8'i kız (%80), 2' si (%20) erkek iken eğitim almış grupta toplam 14 kişiden 6'sı kız (%42,9) ve 8'i (%57,1) erkekti. İtern doktorların 13'ü (%54,2) çocuk polikliniğinde, 6'sı (%25) çocuk yataklı servisinde ve 5'i (%20,8) yenidoğan yoğun bakım ünitesinde çalışmakta iken gözlemlendi.

##### **4.4.1. Eğitim Almış ve Eğitim Almamış İtern Gruplarının Çocuklara Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi**

Gözlemci tarafından doldurulan gözlem formunda (ek 4) bulunan sorulara göre internlerin değerlendirmesi yapılmıştır. Bu değerlendirme sonuçları şekil 4.4.1 ve 4.4.3'te tüm intern doktorlar için şekil 4.4.2 ve şekil 4.4.4'te ise çocuk hakları ile ilgili eğitim almış ve almamış intern doktor gruplarının karşılaştırılması şeklinde verilmiştir.

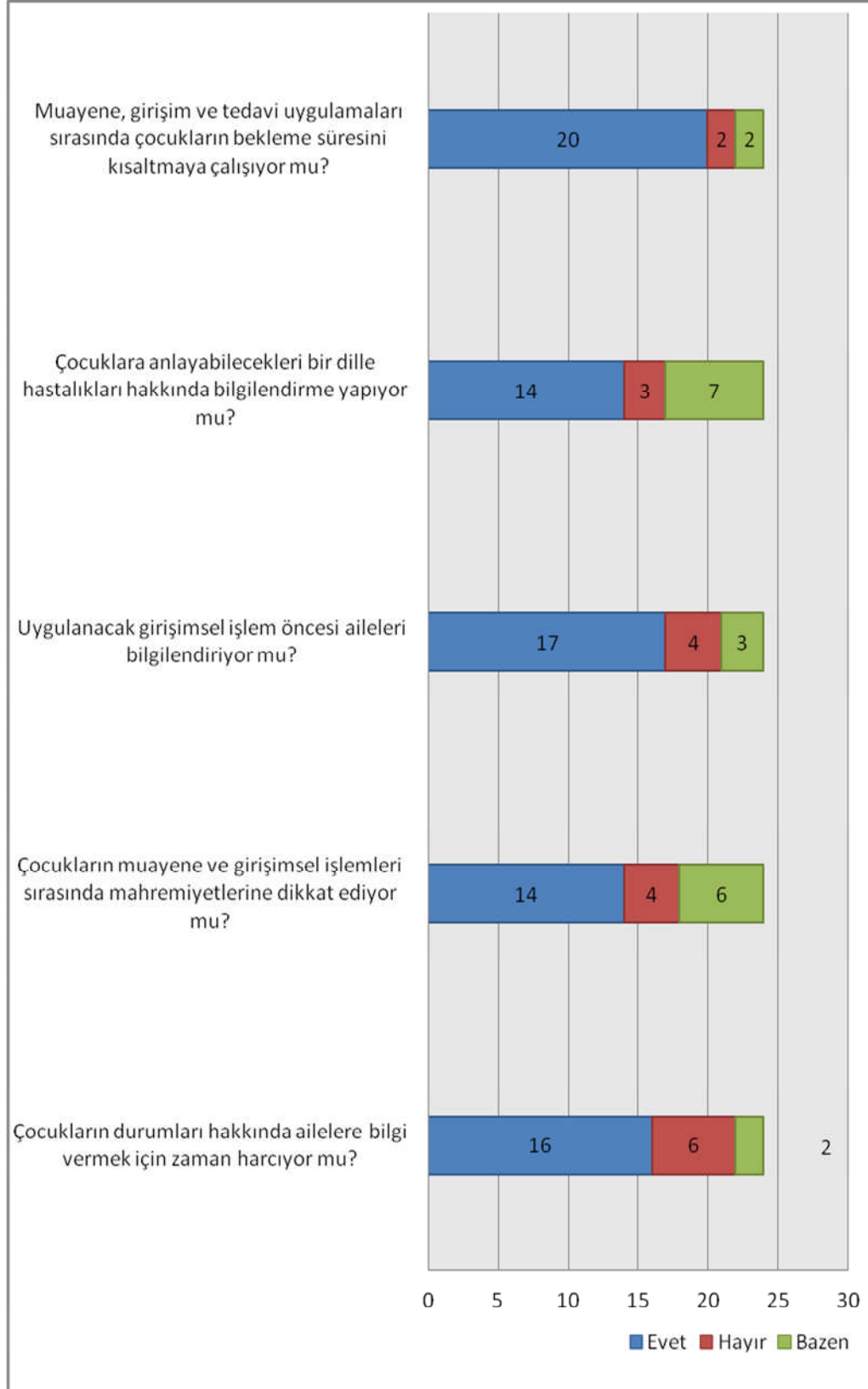


**Şekil 4.4.1.** Çalışma grubundaki tüm intern doktorların çocuklara yaklaşımlarının değerlendirilmesi

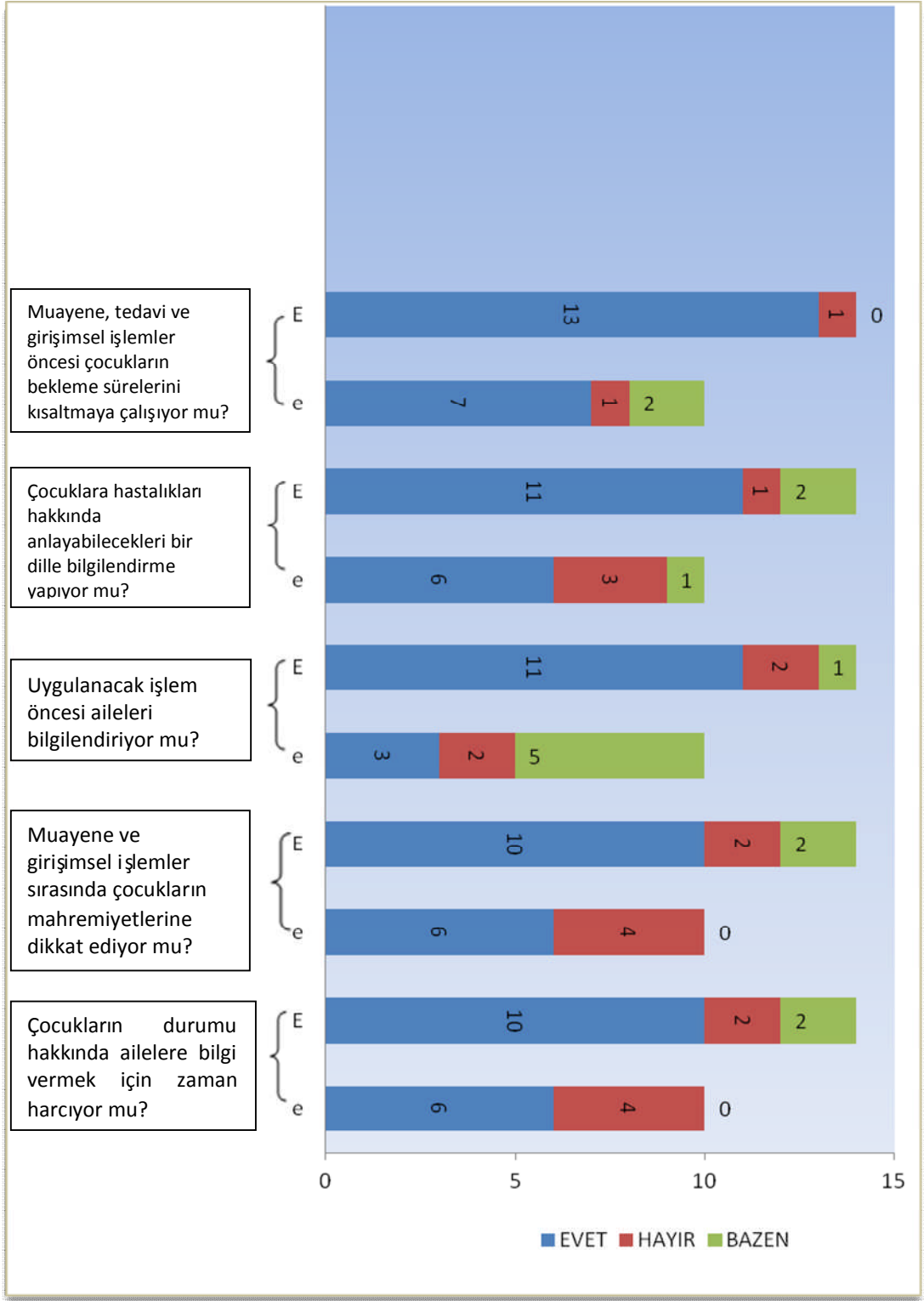


**E: eğitim almış e: eğitim almamış**

**Şekil 4.4.2.** Çocuk hakları ile ilgili eğitim almış ve eğitim almamış intern gruplarının çocuklara yaklaşımlarının karşılaştırılması



**Şekil 4.4.3.** Çalışma grubundaki tüm intern doktorların çocuklara ve ailelerine yaklaşımlarının değerlendirilmesi.



**E: eğitim almış e: eğitim almamış**

**Şekil 4.4.4** Çocuk hakları ile ilgili eğitim almış ve eğitim almamış intern doktor gruplarının çocuklara ve ailelerine yaklaşımlarının karşılaştırılması

Muayene ve tedavi girişimi sırasında yapılan gözlem sonuçlarına göre; intern doktorların 18'i (%75) çocuklara nezaketle ve anlayışla yaklaşırken 5'inin (%20,8) bazen, 1'inin (%4,2) ise hiçbir zaman nezaketle ve anlayışla davranmadığı saptandı. Cinsiyet ve çalışılan birimler arasında davranış biçimi açısından fark yoktu ( $p>0,05$ ).

Eğitim alma durumuna göre değerlendirildiğinde eğitim almış grubun tamamının muayene ve girişimsel işlemler sırasında çocuklara anlayış ve nezaketle davrandığı, eğitim almamış grupta dört (%22,2) öğrencinin her zaman, beş (%100) öğrencinin bazen anlayışla ve nezaketle davrandığı, ve bir öğrencinin (%100) ise hiçbir zaman bu şekilde davranmadığı saptanmıştır. Eğitim almış olan intern doktor grubunun, eğitim verilmeyen gruba göre; çocuklara daha anlayışlı ve nezaketli bir tutum sergilediği gözlenmiş olup aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu gösterilmiştir ( $p=0,04$ ).

Muayene ve tedavi girişimleri öncesinde intern doktorların 9'u (%37,5) çocuğa kendisini tanıtarak ve onun ismini sorarak iletişim kurmaya çalışırken, 7'sinin (%29,2) bazen, 8'inin (%33,3) ise hiçbir zaman bu çabayı göstermediği saptandı. Cinsiyet, çalışılan birimler ve eğitim alma durumu ile çocuklarla iletişim kurma biçimi açısından gruplar arasında fark saptanmadı ( $p>0,05$ ).

Gözlemciler; intern doktorların 12'sinin (%50) çocuklarla iletişim kurmaya çalışırken ses tonlarını çocuğun yaşına göre değiştirdiğini, 3'ünün (%12,5) bazen, 9'unun (%37,5) ise hiçbir zaman değiştirmedini saptadı. Cinsiyet, çalışılan birimler ve eğitim almış ve almamış gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $p>0,05$ ).

Muayene ve girişimsel işlemler öncesi çocuğun yaşına uygun olarak bilgilendirmeye ve çocukları uygun bir dille ikna etmeye zaman ayırdığı gözlenen intern sayısı 14 iken (%58,3), bazen zaman ayıran 2 (%8,3), hiçbir zaman ayırmayan 8 (%33,3) intern doktor vardı. Cinsiyet ve çalışılan birimler arasında fark saptanmadı ( $p>0,05$ ). Ancak eğitim almış grubun 12'sinin (%85,7) muayene ve girişimsel işlemler öncesi çocuğa yaşına uygun bir dille bilgi verip ikna etmeye çalıştığı, eğitim verilmeyen grupta ise sadece 2 (%14,3) öğrencinin bu davranışı gösterdiği saptanmış ve çocuk hakları ile ilgili eğitim almak ile çocuklarla uygun bir şekilde iletişim kurmak arasında pozitif ilişki saptanmıştır ( $p=0,04$ ).



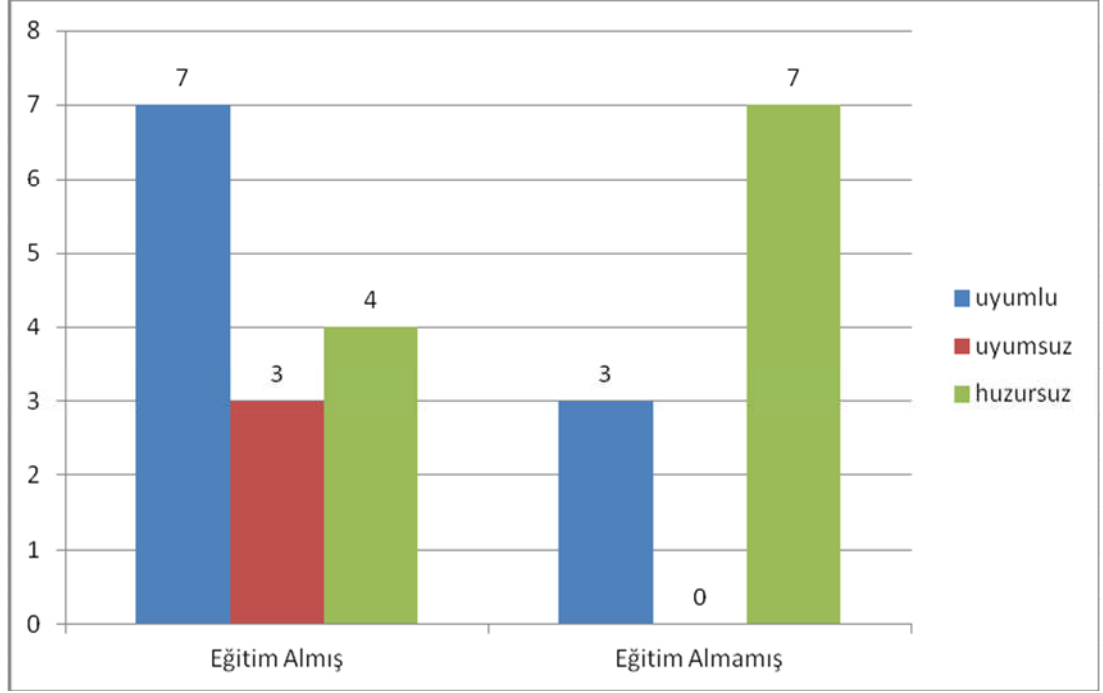
İntern doktorların 16'sı (%66,7) çocuğun hastalığı ya da durumu hakkında aile ve çocuğa onların anlayacağı bir şekilde bilgi verirken ve bunun için zaman ayırırken, 6'sının (%25) hiç zaman ayırmadığı, 2'sinin ise (%8,3) bazen zaman ayırdığı görüldü. Cinsiyet, çalışılan birimler ve eğitim almış ve almamış gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0,05$ ).

Gözlemciler; intern doktorların 14'ünün (%58,3) muayene ve girişimsel işlem öncesi çocukların mahremiyetlerine özen gösterdiklerini, 6'sının (%25) bazen, 4'ünün (%16,7) ise hiçbir zaman bu konuya özen göstermediğini saptadı. Cinsiyet ile çocukların mahremiyetine özen gösterme arasında anlamlı ilişki bulunmadı ( $p>0,05$ ). Fakat eğitim almış grupta 11 (%78,6), eğitim verilmeyen grupta ise 3 (%21,4) öğrencinin çocukların mahremiyetlerine saygı gösterdiği gözlemlendi ve Çocuk Hakları ile ilgili eğitim almak ile çocukların mahremiyetine özen gösterme arasında pozitif ilişki saptandı ( $p=0,01$ ).

Muayene ve girişimsel uygulamalar öncesi, uygulanacak işlemlerle ilgili çocuğun ailesine bilgi vermeye zaman ayırdığı gözlenen intern sayısı 17 iken (%70,8), bazen zaman ayıran 3 (%12,5), hiç zaman ayırmayan 4 (%16,7) intern doktor saptandı. Cinsiyet, çalışılan birimler ve eğitim almış ve almamış gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ( $p>0,05$ ).

Muayene, girişimsel işlemler ve tedavi uygulamaları sırasında çocukların bekleme ve hastanede kalış sürelerinin kısaltılmaya çalışılmasına dikkat eden intern doktor sayısı 20 (%83,3) olup cinsiyet, çalışılan birimler ve eğitim almış ve almamış gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ( $p>0,05$ ).

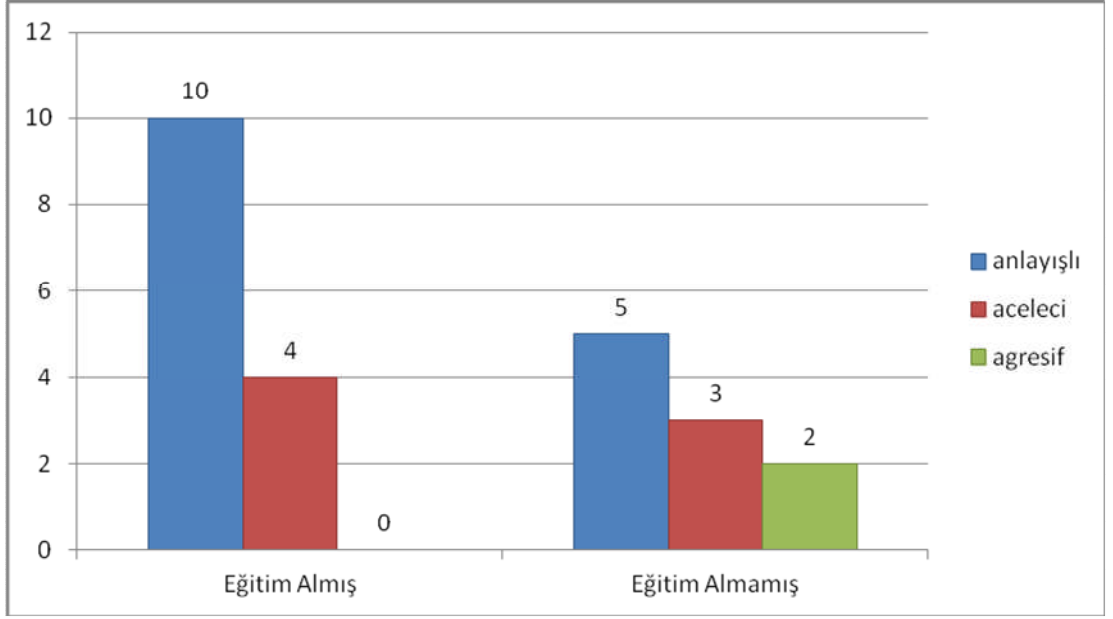
Muayene, girişim ve tedavi uygulamalarına direnen çocuklar uyumsuz, bu işlemler sırasında aşırı ağlayarak tepki veren çocuklar huzursuz olarak kabul edilirken, uygulamalar sırasında zorluk çıkarmayan ve verilen komutlara uyan çocuklar uyumlu olarak tanımlandı. Gözlem sırasında; muayene ve girişim yapılan veya tedavi uygulanan çocukların 11'i (%45,8) huzursuz, 10'u (%41,6) uyumlu ve 3'ü (%12,5) uyumsuz olarak değerlendirildi (şekil 4.4.5). Çalışılan birimler, eğitim almış veya almamış gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p>0,05$ ).



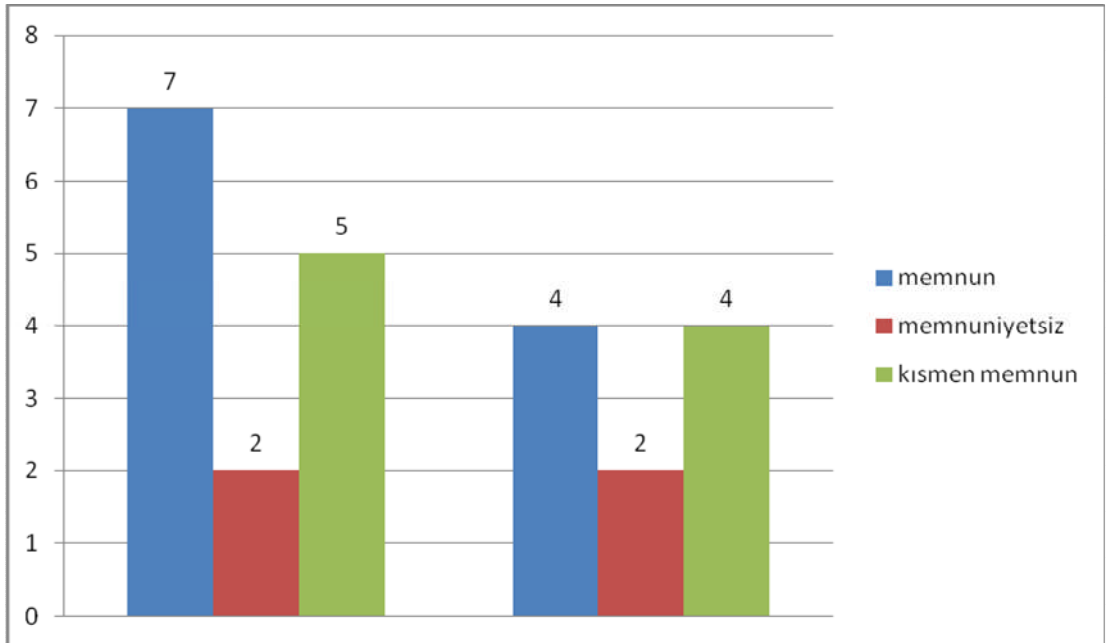
**Şekil 4.4.5.** İntern doktorların çocuk hakları açısından eğitim alma durumlarına göre muayene, girişimsel uygulama yapılan veya tedavi uygulanan çocukların tutumlarının karşılaştırılması

Ailelerin tutumu değerlendirildiğinde ise; 15 ailenin (%62,5) anlayışlı ve sakin, 7 ailenin (%29,2) aceleci ve 2 ailenin (%8,3) ise sınırlı, tepkili olduğu gözlenmiş ve intern doktorun cinsiyeti, çalıştığı birim ve çocuk hakları ile ilgili eğitim alma durumu açısından gruplar arasında istatistiksel bir fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ) (şekil:4.4.6).

Verilen hizmetten ailelerin %45,8'inin memnun, %16,7'sinin memnuniyetsiz ve %37,5'inin ise kısmen memnun tavırlar sergilediği, poliklinik hizmeti alan ailelerden %66'sının memnun gözüktüğü ve bu oranın diğer birimlerdeki ailelere göre anlamlı olarak daha fazla olduğu saptanmıştır ( $p=0,019$ ). Cinsiyet, eğitim almış olmak ile ailelerin memnuniyeti arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ) (şekil:4.4.7).



**Şekil 4.4.6.** İtern doktorların çocuk hakları açısından eğitim alma durumlarına göre muayene, girişimsel uygulama yapılan veya tedavi uygulanan çocukların ailelerinin tutumlarının karşılaştırılması



**Şekil 4.4.7.** İtern doktorların çocuk hakları açısından eğitim alma durumları ile muayene, girişimsel uygulama veya tedavi uygulanan çocukların ailelerinin memnuniyetlerinin karşılaştırılması

## 5. TARTIŞMA

Çocuk; fiziksel, psikolojik ve sosyal yapısı ile bir bütündür. Çocuklar için tam bir iyilik halinden bahsedilebilmesi için bu bütünlüğün korunması gereklidir. Çocukların tam iyilik halinde olması, yaşadıkları toplumun huzur ve refahı için de gereklidir. Çocuk Ekolojisi Modeli (şekil: 5.1), çocuk gelişimi ile toplumsal refah arasındaki karşılıklı ilişkiyi ortaya koymaktadır. Aynı zamanda yetişkinlerin çocuklara nasıl destek olabileceklerini, kendi yaklaşım ve uygulamalarında çocuk haklarını nasıl gözetebileceklerini belirlemelerine de yardımcı olur. Evde ve yaşam alanlarında aile ve akrabalar, okulda öğretmenler ve çocukla teması olan diğer iş kollarındaki yetişkinlerin desteği ve hastane ortamında ise bu önemli görevi sağlık profesyonelleri üstlenmektedir.



Şekil 5.1. Çocuk Ekolojisi Modeli

Tüm çocukların insan olmaları nedeniyle hakları, buna ek olarak da tüm çocukların temel evrensel ihtiyaçları vardır. İhtiyaçların hayat ve korunma için

gerekli olduğu kabul edildiğinde hak haline gelirler ve insan hakları belgelerinde zorunluluk olarak belirtilirler. Tablo 5.1’de ihtiyaçlar ve haklar arasındaki farklar verilmiş olup; ihtiyaçlar yere ve zamana göre değişebilirken haklar evrenseldir. Çocuklar için bu haklar Birleşmiş Milletler ÇHS ‘nde belirtilmiştir. Bu haklar evrenseldir ve her kültürden ve toplumdan çocuğa uygulanmalıdır. Birleşmiş Milletler ÇHS’si, kapsamlı tek bir belgede çocukların sağlığı ve refahı için gerekli önkoşulları tanımlamaktadır (73).

**Tablo 5.1.** İhtiyaçlar ve haklar arasındaki farklar (73)

<b>İhtiyaçlar</b>	<b>Haklar</b>
Evrensel, ancak öncelik ve/veya biçim açısından yere ve zamana göre değişir	Evrensel- her çocuk için her zaman geçerlidir
Yükümlülük ve sorumluluk söz konusu değil	Yükümlülükler ve sorumluluklar getirir
Talep edilemez	Talep edilebilir

Çocukların ihtiyaçları ve hakları evrensel standartların temelini oluşturur. Sağlık ve gelişim alanlarındaki potansiyellerini tam olarak gerçekleştirebilmeleri için tüm çocuklara bu standartlara göre davranılması gerekir. Ortak bir takım asgari standartların tüm çocuklar için geçerli olması gerektiği konusunda evrensel bir kabul varsa, o zaman çocukların da bu ihtiyaçların karşılanmasını bekleme hakları vardır. Başka bir deyişle çocukların hakları vardır ve yetişkinler de bu haklara saygı gösterilmesini sağlamakla yükümlüdürler. Çocuk haklarının yaşama geçirilmesi, yukarıdan aşağı ve aşağıdan yukarı, sosyal ekoloji modeli içinde yer alan kişilerin, toplulukların ve sistemlerin katılımını, etkileşimini, yenilikçiliğini ve sinerjisini gerektirir.

1979 yılı tüm dünyada “Birleşmiş Milletler Çocuk Yılı” olarak kutlanmış ve Polonya’nın o zamanki Yargıtay Başkanı Prof. Adam Lopatka’nın çağrısı ve önderliğinde Birleşmiş Milletler Sekreteryası’nın değişik birimleri ve belli başlı uluslararası sivil toplum kuruluşlarının da katılımıyla 10 yıl süren çalışmalar sonucunda hazırlanan bugünkü Çocuk Haklarına Dair Sözleşme, 20 Kasım 1989’da

BM Genel Kurulu'nda oy birliği ile onaylanmıştır. Sözleşme 26 Ocak 1990 tarihinde Birleşmiş Milletlere üye devletlerin imzalarına açılmış, uluslararası yasa olması için gerekli asgari 20 ülkenin onayından sonra 2 Eylül 1990 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Türkiye Cumhuriyeti sözleşmeyi 14 Eylül 1990'da imzalamıştır. Ancak yasanın yürürlüğe girmesi için gereken meclis onayı 9 Aralık 1994'de gerçekleştirmiştir. Ancak sözleşmeyi 17. 29. ve 30. maddelerini Lozan Antlaşması ve TC. Anayasasının ilgili maddeleri çerçevesinde yorumlama hakkını saklı tutarak onaylamıştır. ÇHS 27 Ocak 1995 tarihinde 22184 sayılı resmi gazetede yayınlanarak 4058 sayılı yasa ile iç hukuk kuralına dönüşmüştür (74).

Sözleşme dünyada çocuk hakları alanında yapısal reformlara yol açmıştır. Hükümetler çocukla ilgili konuları yürüten, çocuk haklarına bütüncül bir yaklaşım getiren politika ve programları uygulayacak mekanizmalar kurdu; bağımsız ulusal kurumlar oluştu. Çocuk hakları alanında farkındalık yaratmak, eğitim ve eğitimcilerin eğitimi ve sözleşmenin hayata geçmesi ile ilgili incelenen ülkelerin yarısında çocuk haklarının ilköğretim programlarına girdiği ve kurallara uygun düzenlemeler yapılmaya çalışıldığı görülmüştür (59).

Türkiye'nin ÇHS'ni imzalamasından sonra geçen 22 yılda çocuklar için neler değişmiştir? Türkiye'de her ne kadar, hem Avrupa Birliğine uyum sürecinde, hem de ÇHS'ne uyum bağlamında bazı yasal düzenlemeler ve kanun değişiklikleri yapılmışsa da (Medeni Kanun, Türk Ceza Kanunu, Ailenin Korunması Kanunu, Çocuk Koruma Kanunu, Denetimli Serbestlik Kanunu, Belediyeler Kanunu) yapılan bu değişikliklerin uygulanmasında bazı sıkıntılar yaşanmaktadır. Evlilik yaşı ile ilgili daha önceki yasal düzenleme 2002 yılında yürürlüğe giren Türk Medeni Kanunu (24. Madde) ile "erkek veya kadın on yedi yaşını doldurmadıkça evlenemez" ibaresiyle iyileştirilmiştir. 2002 yılında yürürlüğe giren Medeni Kanun, 2005 yılında yürürlüğe giren Ceza Kanunu ve 2006 yılında yürürlüğe giren 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanunu ile ÇHS ile uyumlu olarak çocukluk yaş sınırı 18 olarak belirlenmiş ve güçlendirilmiştir. 2004 yılında Dernekler Kanun'da yapılan değişiklikler doğrultusunda on beş yaşını bitiren çocuklar yasal temsilcilerinin yazılı izni ile çocuk dernekleri kurabilme veya kurulmuş çocuk derneklerine üye olabilme olanağına sahip olmuştur. On iki yaşını bitiren çocuklar yasal temsilcilerinin izni ile çocuk derneklerine üye olabilmekte ancak yönetim ve denetim kurullarında görev

alamamaktadır. Zorunlu eğitimde bölgesel farklılıkların azaltılması ve kız çocuklarının okula kayıt ve devamının artırılmasına yönelik pek çok adım atılmıştır. Ancak yine de halen eğitimde bölgesel farklılıklar, şiddet ve cinsiyet eşitliği konusunda atılması gereken adımlar olduğu Eğitim İzleme Raporu'nda bildirilmektedir (75).

Avrupa Birliği (AB) 2010 İlerleme Raporu'nda Türkiye'de çocuk hakları ihlallerinin hayli yüksek olduğu ifade edilmiştir. Bu raporda Türkiye'nin çocuk adaleti ve eğitimi konularında geçmişe oranla ilerleme kaydetmiş olduğu, 2010 yılının Temmuz ayından itibaren "terör suçu" işlemek ile suçlanan çocukların, yetişkin mahkemeleri yerine, çocuk mahkemelerinde yargılanmalarına karar verildiği ve bunun olumlu bir gelişme olduğu belirtilerek; 17 Eylül 2010 itibariyle 6.233 çocuğun gözaltında bulunduğu; bu çocukların bir kısmının hâlâ yetişkinlere ait hapisanelerde ve gözaltı merkezlerinde tutulduğuna dikkat çekilmiştir.

Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) çocuk işçi tanımındaki yaş sınırını 15 olarak belirlemesine karşın, Türkiye'de çalışan bir milyon çocuğun %21'si 12 yaşında, %28'i 11 yaşında, %19'u 10 yaşında, %9,4'ü ise dokuz veya daha küçük yaşlarda iş hayatına başlayan çocuklardan oluşmaktadır (76). Türkiye'de 42.000 çocuk sokakta yaşıyor. 15 yaşından küçük çalışanlar, 18 yaşından küçüklerin %70,9'unu oluşturuyor. Üstelik bu çocukların %62,4'ü yine haftanın altı günü, günde 12 saatin üzerinde çalışıyor. Avrupa Birliği (AB) 2010 İlerleme Raporu'nda çoğunluğu kızlar olmak üzere, yaklaşık 200.000 çocuğun okula gitmediğine de yer verilmiştir.

Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu'nun (SHÇEK) birçok konuda kısıtlı kaldığının belirtildiği Avrupa Birliği (AB) 2010 İlerleme Raporu'nda en dikkat çekici saptaması ise; BM Çocuk Hakları Sözleşmesi'ni imzalayan Türkiye, anlaşmanın, "dil hakları ve kültürel kimlik" ile ilgili maddelerine koyduğu çekinceleri hâlâ kaldırmıyor olmasıdır (76).

Türkiye'nin ÇHS'ni imzalaması sonrasında sağlık alanında da uygulamalarda değişimler yaşanmıştır. 1991'de 'Bebek Dostu Hastane'' kavramı hayata geçirilmiş ve yaşamın ilk altı ayı sadece anne sütü verilmesi desteklenmiş, annelere emzirme eğitimi verilmiştir. Ulusal aşılama programına pnömokok, hemofilus influenza, hepatit B, kızamık-kızamıkçık-kabakulak aşları dahil edilmiş, ayrıca doğurganlık

yaşındaki kadınlara kızamıkçık aşısı yapılmaya başlanmıştır. 1985 yılında tam aşıli beş yaş altı çocuk yüzdesi %25-30 iken 2011 yılı verilerine göre bebek ve çocuklarda aşılama oranı %97'dir (86). Genel sağlık düzeyini gösteren en duyarlı ölçütlerden birisi olan bebek ölüm hızı 1995'te binde 42'lerde iken, 2011'de binde 12'ye gerilemiştir (77-78). 2011 yılından itibaren tüm çocukların ebeveynlerinin sağlık sigortası olmasa bile genel sağlık sigortası kapsamında muayene ve tedavi giderleri devlet tarafından karşılanmaktadır.

Çocuk hakları alanındaki ilerlemelere karşın halen sağlık alanında çocuk hakları açısından eksiklikler söz konusudur. Örneğin, adölesanların cinsel ve üreme sağlık hakları uygulamalarında ve cinsel sağlık hizmetlerine ulaşımında güçlükler yaşanmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın birinci basamak sağlık hizmetleri içinde çocukların sağlam çocuk izlemleri 0-6 yaş grubu ile sınırlıdır. Okul sağlığı hizmetleri ise Sağlık Bakanlığı ve Milli Eğitim Bakanlığı'nın ortak çalışmaları ile daha çok taramalar, aşı programlarının yürütülmesi ya da güncel sağlık sorunlarına yönelik yürütülmektedir. Çocuk korumanın ilk adımlarından birisi çocuğa onun anlayabileceği, ulaşabileceği, güncel bilgi sağlamaktır ki halen günümüzde okul sağlığı ve sağlık eğitimi ile ilgili olarak milyonlarca çocuğun sağlığını etkileyen bir sağlık eğitimi boşluğu bulunduğu söylenebilir. Ayrıca mesleki deneyimler sırasında edinilen izlenimlere göre çocuklar sağlık alanında da bir birey olarak kabul edilmemektedir. Örneğin vakit kısıtlılığı vb. nedenlerle birçok doktorun çocuk yaş grubuna sağlık hizmeti sunarken çocukla iletişime geçmeye çalışmak yerine onu adeta ötekileştirip ebeveynlerine soru sorarak ve onlara yönelik anlatımlarda bulunarak çocuk hakkı ihlali yapmış olması çokta nadir rastlanan bir durum değildir. Fakat sağlık profesyonellerinin çocuk yaş grubuna fiziksel ve psikolojik olarak tam bir iyilik hali sağlayabilmeleri, ihtiyaçlarını karşılayabilmeleri ve ÇHS şartlarını karşılayan hizmet sunabilmeleri için öncelikle çocukların hakları olduğunu, bu hakların ÇHS ile güvence altına alındığını ve çocuğa doğru yaklaşım yöntemlerini bilmeleri gerekmektedir. Bu şartın yerine getirilebilmesi; sağlık profesyonellerinin çocuk, çocukların yaşlarına göre gelişimsel özellikleri ve çocuk hakları konusunda periyodik eğitim almaları ile sağlanabilecektir.

Çalışmamızda çocuğa yönelik sağlık hizmetlerinde, hastanelerdeki uygulamalar, sağlık profesyonellerinin çocuk hakları konusundaki bilgi ve tutumları



ile ilgili mevcut durumu saptamak ve verilecek eğitimin bu alanda etkinliğini göstermek amaçlanmıştır. Dört farklı aşamada planlanmış olan çalışmamızın sonuçları aşağıda bölümler halinde tartışılmıştır.

### **5.1. Çocuk Haklarına Yönelik Yapılmış Bilimsel Çalışmaların Literatür Araştırması**

Sağlık çalışanlarına verilecek çocuk hakları eğitimine baz oluşturacak standartları ve yönergeleri hazırlamak amacı ile yararlanılacak kaynak çalışma literatürde son derece azdır. Bu alanda Mayıs 2010-Nisan 2012 tarihleri arasında (çocuk hakları, sağlık profesyoneli ilişkisi) Milli Kütüphane, google arama motoru, UÇM Çocuk Hakları Ofisi Kaynakları, YÖK tez arşivi ve internette pubmed 'de yapılan literatür taramasında sadece beş çalışmaya rastlanmıştır;

a) Ulukol ve arkadaşlarının Tıp Fakültesi öğrencilerinin çocuk hakları konusundaki bilgi ve farkındalık düzeyleri ile ilgili çalışmasında 71 Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi 5. Sınıf öğrencisine ÇHS ile ilgili bilgilendirme toplantısı yapılmış, toplantı öncesi ve sonrası öğrencilere çocuk hakları ile ilgili bilgi ve farkındalık düzeylerini belirlemeyi hedefleyen ön test ve 32 öğrenciye son test uygulanmıştır (79).

b) Kocaer ve arkadaşlarının "Hekim ve Hemşirelerin Çocuk İstismar ve İhmaline Yönelik Farkındalık Düzeyleri" ile ilgili çalışması; çocuk ihmal ve istismarının tanımlanmasında önemli rolü olan, koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerin ve hekimlerin konuya ilişkin farkındalıklarını belirlemek amacı ile 2006'da İstanbul'daki birinci basamak sağlık kuruluşlarında görevli 107 hekim ve 136 hemşire ile yapılmış, ÇHS'nin "Çocuğun Korunması" esasına yönelik dar kapsamlı bir çalışmadır.

c) Çetinkaya ve arkadaşlarının 1998'de yaptığı "Öğretmenler ve öğrencilerin Çocuk Haklarına bakışı" ile ilgili çalışmasında; öğretmen ve öğrencilerin çocuk haklarına ev ve okul ortamında verdikleri önem ve her iki ortamda çocuk haklarının varlığı ve uygulanabilirliği ile ilgili düşünceleri araştırılmıştır.

d) Yurtsever ve arkadaşlarının "Ebeveyn çocuk hakları tutum ölçeğinin geliştirilmesi ve anne babaların çocuk haklarına yönelik tutumlarının farklı değişkenler açısından incelenmesi" isimli çalışmasında; "Ebeveyn Çocuk Hakları

Tutum Ölçeği”nin geliştirilmesi ve 6-14 yaş grubu çocuğu olan anne ve babaların çocuk hakları tutumlarının çocukların erken çocukluk ve erken ergenlik dönemlerine, aile ve çocuğa ilişkin bazı demografik değişkenlere (çocuğun cinsiyeti, ebeveynin yaşı gibi) ve ebeveyn otorite tipine göre farklılaşıp farklılaşmadığının belirlenmesi amaçlanmıştır.

e) Fazlıoğlu ve arkadaşlarının “Çocuk hakları sözleşmesinde yer alan çocuk hakları konusunda öğretmenlerin ve yöneticilerin bilinç düzeyleri” ile ilgili çalışması; ilköğretim okullarında çalışan öğretmenler ve yöneticilerin, özel yaşamlarında ve okul ortamında, Çocuk Hakları Sözleşmesi maddelerinin varlığını ne ölçüde kabul ettiklerini ve uyguladıklarını ölçmeyi amaçlamakta olup İstanbul Maltepe’de devlet okullarında çalışan 318 öğretmen ve 50 yönetici ile çalışılmıştır.

Bu çalışmalar içinde sağlık çalışanlarından hekim, hemşireler ve 5. Sınıf tıp fakültesi öğrencileri ile ilgili sadece iki çalışmaya rastlanmıştır. Tüm sağlık çalışanlarını ve sağlık kurumlarını kapsayan ve uygulamaları değerlendiren bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu noktadan bakıldığında çalışmamız Türkiye’de bu alanda yapılmış ilk çalışmadır ve gelecekte geliştirilecek çocuk hak bazlı sağlık hizmetleri ve çocuk dostu hastanelere zemin oluşturabilecek niteliktedir.

## **5.2. Kırıkkale İl Merkezi’ndeki II. ve III. Basamak Sağlık Kuruluşu Yöneticilerinin Hastanelerini Çocuk Hak Bazlı Değerlendirmeleri**

Çocuklar için hastane ortamları güvenli evlerinin dışında hiç bilmedikleri ve belki de ilk kez geldikleri yabancı ortamlardır. Üstelik özgürlük ve hareketlerinin kısıtlanması, bakım verenle aralarındaki güven ilişkisinin bozulması, ağrı ve acı dolu işlemler ve yabancı bir ortamda bulunmanın getirdiği zorluklarla başa çıkmak zorundadırlar (80). Beytut ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada hastaneye yatan çocuklarda stres faktörü gösterilmeye çalışılmıştır. Çocuklarda hastaneye yatmaya bağlı olabilecek psikolojik sorunların resim çizme yoluyla tanımlandığı; 20 akut ve 20 kronik hastalık nedeni ile hastaneye yatan çocuk ve kontrol grubu olarak hiç hastane deneyimi olmayan 20 sağlıklı çocuk ile yürütölen bir araştırmada psikososyal stres ile ilişkili sorunların görölme oranının akut hastalık nedeni ile yatanlarda %92,4’e kadar yükseldiği ve bu durumun iyileşmede gecikmeye neden olduğu saptanmıştır (81).

Hastalıkların çocuk gelişimine olumsuz etkilerini en aza indirebilmek, etkin tedavi yanında çocukların stresle başa çıkabilmelerine yardımcı olabilmekle de mümkündür. Çocukların katlanılması zor, ama iyilik hallerinin devamı için gerekli olan muayene, tetkik ve tedavi girişimlerini en az travma ile atlatabilmeleri için sağlık profesyonelleri neler yapabilir? İkinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları açısından bu sorunun yanıtı “bebek dostu hastaneler” olduğu gibi “çocuk dostu hastaneler” oluşturabilmek ve yaygınlaştırabilmek için mümkün olan her şeyi yapmak olabilir.

Çocukların stresle baş edebilmesinde oyun önemli bir araçtır. Çocuk kontrolünün olmadığı deneyimler sırasındaki duygularını oyun oynarken tekrar canlandırabilir, bu sırada deneyime etkin olarak katılabilme olanağını yakalar, deneyimler üzerinde kontrolü olduğu duygusunu geliştirir (82). Ülkemizde Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları uzmanlık eğitimi veren 42 üniversite ve 16 eğitim hastanesine anket gönderilerek yapılan kesitsel bir çalışmada 27 ilden toplam 42 hastanede yatan çocuklar için oyun odalarının bulunma oranı %64,3 olarak saptanmıştır (83). Bizim çalışmamızda ise il merkezindeki yataklı tedavi hizmeti sunan kamu hastanelerinden ikisinde oyun alanı mevcut iken sadece üniversite hastanesinde yataklı ve ayaktan hasta servislerinde oyun odası yoktu. Bunun nedeni KÜTFH’ndeki bina yetersizliğidir. Hastane ilk açıldığı yıllarda mevcut olan oyun odası daha sonra Çocuk Cerrahi Bölümü’ne yataklı servis düzenlenmesi amacı ile kapatılmıştır. Bu eksikliğin yeni binanın hizmete girmesi ile birlikte giderilmesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları yataklı ve ayaktan tedavi kliniklerinde birer oyun alanı düzenlenmesi planlanmıştır.

Kronik hastalığı olan çocuklar sık sık hastaneye yatmaları ve bu yatış sürelerinin zaman zaman uzun olabilmesi nedeni ile okula devamlılıkları ile ilgili sorun yaşamakta ve eğitimleri aksamaktadır. Bu durum çocuğun okuldan ve sosyal hayattan kopmasına ve okul başarısının düşmesine yol açmaktadır. Bu amaçla, ülkemizde ilk defa 1993 yılında hastane okulları açılmış olup 2011 yılında ülkemizdeki hastane okulu sayısı 21 ilde 48’dir (84). Bu çalışmada Kırıkkale il merkezindeki ikinci ve üçüncü basamak hastanelerde hastane okulu olmadığı, fakat gerek çocuk servislerinin hasta sayısının sınırlı olması, gerekse il merkezinde uzun süreli takibi gereken kronik hastaların büyük ölçüde Ankara’daki daha büyük

merkezlerde takibinin yapılması nedeni ile çalışma grubundaki hastanelerde hastane okulu uygulamasına ihtiyaç duyulmadığı düşünülebilir.

Türkiye’de çocuklarda ağrının geçerli ve güvenilir araçlarla değerlendirilmesi ve ilaç dışı yaklaşımlarla kontrolüne yönelik uygulamalar yaygın değildir (85). Yenidoğanlarda ağrıyı fark edebilme, değerlendirebilme ve ilaç dışı yöntemlerle (dekstroz verme, sallama, emzik verme) kontrol altına alabilme ile ilgili yapılan bir çalışmada doktorlarda ilaç dışı yöntemlerin uygulanma sıklığı %30,9, hemşirelerde ise %63,8 olarak saptanmıştır (86). Lokal farmakolojik yöntemlerin (emla gibi) bazı merkezlerde uygulandığı bilinmekle beraber çalışmamıza dahil olan her üç hastanede de yaygın olarak kullanılmadığı saptanmıştır. Bizim çalışmamızdaki üç hastanede çocukların ağrı hissini önlemeye ve azaltmaya yönelik protokol, muayene ve girişim uygulamaları sırasındaki ağrıyı değerlendirebilmek için herhangi bir kayıt sistemi ve ağrı kontrol eğitimi almış personel olmadığı saptanmıştır.

Çocuk hakları eğitiminde öncelikli konunun ÇHS olması beklenir. Kırıkkale ilinde bu eğitimlerin verilmemiş olduğu hastane yöneticileri tarafından belirtilmiştir. Her üç hastane yöneticilerine de “Son bir yıl içinde hastanenizde çocuk hasta haklarına dair bilgilendirme toplantısı yapıldı mı? ” sorusu yöneltilmiş ve olumsuz yanıt alınmıştır. Fakat hastaneler bünyesinde olmasa da il merkezinde Mart 2011’de bir Çocuk Hakları Bilgilendirme toplantısı yapılmış ve tüm hastane yöneticileri davet edilmiştir. Hiçbir yöneticinin bu toplantıya katılmamış olması ve bu toplantıdan bahsetmemesi çocuk hakları konusuna hastane yöneticilerinin ilgisi hakkında fikir verebilir. Bu da başta hastane yöneticileri olmak üzere ilimizde görevli tüm sağlık profesyonellerinin öncelikle çocuk hakları ile ilgili eğitime ihtiyaçları olduğunu ortaya koymaktadır. Eğitimin ardından çocuk dostu hastane uygulamaları hayata daha kolay geçirilebilecektir.

Bir uygulamanın yaygınlaştırılması ve tüm çalışanlar tarafından kabul edilebilmesi için önce yönetimdeki sağlık çalışanlarının çocuk hakları ve çocuk hakları bazlı uygulamaları bilmesi, benimsemesi ve hastanesinde (sağlık merkezinde) uygulamaya sokması gerekir. Yöneticilerin bu konudaki yaklaşımını görmek amacı ile hastane başhekim, başhekim yardımcısı ve başhemşirelerle görüşülmek istendi. Ancak her üç hastane başhekimi de görüşmek istememiş, kendileri yerine başhekim yardımcılarna yönlendirmiştir. Bu durum yöneticilerin bu konuya

verdiği/veremediği önemi göstermesi açısından önemlidir diye düşünülmektedir.

Kırıkkale il merkezindeki kamu hastanelerinin çocuk dostu hastane şartnamesi (87) diyebileceğimiz bu koşullara uygunluk durumları tablo 4.1 ve tablo 4.2’de verilmiş olup; 13 maddedeki şartların her 3 hastanede de karşılanmadığı, diğer maddelerdeki şartların karşılanabilme durumlarının ise hastaneler arasında farklılık gösterdiği görülmektedir. Örneğin KDH ve KYİH’nde çocuk oyun odaları mevcut iken KÜTFH’de bulunmamakta, KDH ve KÜTFH’de çocuk hasta ziyaretçileri için yaş kısıtlaması kuralı uygulanmamakta iken KYİH’nde uygulanmaktadır. Bu durum ilimizdeki kamu hastanelerinin çocuk hakları ile ilgili uygulamalar konusunda yetersiz olduğunu ve daha bu alanda yapılması gereken çok şey olduğunu düşündürmektedir.

### **5.3. Sağlık Profesyonellerinin Çocuk Hakları ve Çocuk Hakları Sözleşmesi ile İlgili Bilgi ve Davranışları**

Kırıkkale il merkezi kamu hastanelerinde görevli sağlık profesyonellerinin ÇHS ile ilgili eğitime gereksinimleri olup olmadığını, ÇHS ile ilgili bilgi düzeyleri ve bu konuda kendi değerlendirmelerini görebilmek amacı ile *’Sağlık Profesyonellerinin Çocuk Hakları ile İlgili Bilgi Düzeyi anketi’’* uygulanmış ve çalışmamıza katılan sağlık profesyonellerinin %63’ünün, intern doktorların %87’sinin ÇHS’ni duyduğu belirlenmiştir. KÜTF eğitim programlarında ÇHS ile ilgili ders olmamakla birlikte dönem 4’teki tüm öğrenci gruplarında Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları stajları sırasında çocuk hakları ve ÇHS bir seminer konusu olarak yer almaktadır. Bu seminer programının pozitif etkisi %24’lük farkla ortaya konulmuştur. Ulukol’un tıp fakültesi öğrencileri ile yaptığı çalışmada ise öğrencilerin %80’i sözleşmeyi duyduğunu ifade etmiştir (79). Bu durum öğrencilerin ÇHS ile ilgili bilgilerinin sağlık profesyonellerine göre daha fazla olduğunu düşündürmektedir ki bu sonuç son yıllarda ülkemizde sağlık eğitiminde çocuk hakları ve çocuk istismarı konularına yer verilmeye başlandığını göstermektedir.

Çalışmaya katılan 131 (%43,7) sağlık profesyonelinin bilgi puan düzeyi iyi olarak değerlendirilmiş olup bilgi puanını hesaplamada kullanılan dört sorudan sadece 2 ve üzerini doğru olarak yanıtlayanların iyi olarak kabul edildiği düşünülürse yüz güldürücü bir sonuç elde edilememiştir. Demografik özellikler açısından fark

saptanmamış olması da tüm grupların bu konuda homojen ve ÇHS'ne eşit uzaklıkta olduğunu düşündürmektedir.

Kuşkusuz yetişkinlerin özel ve iş yaşamlarında çocuk haklarına uygun tavır ve davranış içerisinde olması toplumların en yüksek gelişim düzeyine erişimi için gereklidir. Fakat sağlık alanında hizmet veren sağlık profesyonelleri için bu konu hayatın başka alanlarına göre daha önemlidir. Çünkü hastalıklar ve tedavilerinin çocuğun bedenine etkileri, hastalık ve hastaneye yatış sürecinin çocuk ve ailesinin yaşamlarında yarattığı değişikliklere bağlı gelişen psikososyal stres, hastane ortamına ve yapılacak uygulamalara yabancı olmanın, uygulamalar üzerinde kontrolünün olmadığı duygusunun getirdiği psikososyal stres hastaneye başvuran ve yatırılarak tedavi edilen çocukların gelişimlerinin olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır (88-89).

Uygun davranış modeli geliştirilmezse psikolojik olarak hastalığın getirdiği travmaya yatkınlık hali ile birlikte yapılan muayene, tedavi ve girişimler çocuklar için daha ürkütücü bir hal almaktadır. Zaten travmatik ve kendileri için tehdit olarak algılayabilecekleri durumların yaşandığı bir merkez olarak gördükleri hastane ortamlarında birde sağlık profesyonellerinin çocuk haklarını göz ardı ederek çocuğu, gelişim basamaklarını ve haklarını yok sayan tutumlar göstermesi çocukların iyilik halinin ve devamlılığının sağlanmasını imkansız kılacaktır.

Çalışmamızda ülkemizin ÇHS'ni imzaladığından haberi olan sağlık profesyonellerinin daha çok 35 yaş ve üzeri grupta olduğu ( $p=0,027$ ) görülmüştür ve bu durum mesleki deneyim arttıkça sözleşme ile ilgili daha fazla bilgi sahibi olduğu sonucunu da destekler niteliktedir. Sağlık profesyonellerinin mesleki deneyimleri arttıkça ÇHS'ni daha fazla duymuş olduklarının saptanması mesleki deneyimle beraber ÇHS'ne hassasiyetinde arttığı şeklinde yorumlanabilir. Fakat Fazlıoğlu'nun öğretmenlerle yaptığı çalışmada ise öğretmenlerin kıdemleri arttıkça sözleşmeyi duyma oranlarının düştüğü görülmüştür (90).

Çocukların hakları bölünmez ve evrenseldir. Bu haklarda bir önem sıralaması yoktur. Hep birlikte bütünlüklü bir çerçeve oluştururlar ve eksiksiz kabul gördüklerinde tüm çocukların sağlığına, refahına ve aktif katılımına katkıda bulunurlar (73). Araştırma grubunun sadece 66'sı için (%22) hiçbir hak diğerinden daha önemli değildi. Ayrıca en önemli ilke ile ilgili olarak meslekler arasında fark

vardı. Hekimler %36,1'i hayatta kalmayı en önemli hak olarak görürken, hemşirelerin %41'i zararlı etkiden istismardan ve sömürüden korunma hakkının daha önemli olduğunu belirtmiş ve diğer sağlık çalışanlarının ise %32,6'sı hiç bir hak diğerinden daha önemli değil diyerek doğru yanıtı vermiştir. Araştırmaya katılan 300 sağlık profesyonelinin sadece 29'u (%9,9) ülkemizin 1990 yılında ÇHS'ni imzalayarak kabul ettiğini bilmektedir. Sağlık profesyonellerinin ÇHS'nde yer alan tüm hakların eşit önemde olduklarını kavrayamamış ve ÇHS'ni ülkemizin hangi yıl imzaladığını büyük çoğunluğunun bilmiyor olması ÇHS ile ilgili eğitime olan gereksinimlerini bir kez daha ortaya koyduğu düşünülmektedir.

Piaget'in Bilişsel Gelişim Kuramı'nda bilginin şema, olgunlaşma, yaşantı, uyum ve örgütlenme aşamalarından geçerek davranışa büründüğü vurgulanmaktadır (91). Yani önce bilgi kazanılır, daha sonra kazanılan bilginin tutuma yansımaları, davranışa dönüşmesi beklenir. ÇHS ile ilgili eğitimlere ne kadar erken başlanırsa sağlık profesyonellerinin çocuklara ve ailelerine yaklaşımı ve tutumu da o oranda hızla değişip, arzulanan çocuk dostu hastane kavramına o derece yakınlaşmış olacaktır.

Çocuk sahibi olmak insanı hassaslaştırır ve çocuk ile ilgili konuları daha fazla algılar diye düşünülmektedir. Gelbal ve arkadaşlarının Barnett Çocuk Sevmeye Ölçeği'ni kullanarak öğretmenlerle yaptığı bir çalışmada evli ve çocuk sahibi olan öğretmenlerin çocukları daha fazla sevdiği ve hassas davrandığı saptanmıştır (92). Fakat çocuk sahibi olan sağlık profesyonellerinin çocuklara karşı daha hassas olabileceği ve ÇHS'ni daha çok irdeleyebileceği yargısının tersine çocuk hakları ile ilgili bilgi puanına göre yapılan değerlendirmede; çocuğu olanlar ile olmayanlar arasında bilgi puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. ( $p=0,07$ ). Benzer şekilde çocuk hak savunuculuğunda kendisini yeterli olarak değerlendiren ve çalışma programını düzenlerken çocuk haklarını gözettiğini belirten sağlık profesyonelleri ile çocuk sahibi olma durumu arasında pozitif ilişki yoktur.

Hekimler, hemşireler ve diğer sağlık çalışanları arasında ÇHS'sini duymuş olmak açısından istatistiksel fark saptanmamış bu durum ÇHS ile ilgili eğitim programları düzenlenirken meslek grubu ayırt etmeden tüm sağlık profesyonellerine ulaşılması gerekliliğini düşündürmektedir. Günümüzde bazı fakültelerde çocuk hakları ders başlığı olarak programda yer almaktadır. Örneğin Yalova, Adnan

menderes, Maltepe Üniversiteleri Çocuk Gelişimi Bölümleri ve K. Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Gelişimi Bölümü'nde çocuk hakları dersi seçmeli ders olarak ders programında yer almaktadır.

Ulukol'un çalışmasında öğrencilerin %66 ile çoğunluğunun ÇHS'ndeki hiçbir hak değerinden üstün değil diyerek doğru cevabı verdiği görülmüştür. Bu sonuç bizim çalışmamızdan elde ettiğimiz verilere göre; intern doktorlar ile sağlık profesyonellerinin ÇHS'ni duyma durumları arasındaki intern doktorlar lehine olan %24 'lük farka benzerlik göstermektedir. Son yıllarda ÇHS'ne ve çocuk istismarına derslerde, seminerlerde, kongrelerde daha fazla yer verilmeye başlanması ve bilimsel arenada bu konuların hak ettiği önemi kazanması genç doktor adaylarının bu konuda daha donanımlı olmasını sağlamıştır.

Çalışmamıza katılan sağlık profesyonellerinden çocuk hakları savunuculuğu konusunda kendilerini değerlendirmeleri istenmiş ve araştırma grubundakilerin %50,3'ü kendisini bu konuda yetersiz olarak değerlendirirken, sadece %33,7'si yeterli olduğunu ifade etmiştir. Ulukol'un çalışmasında ise öğrencilerin %43'ü kendisini yeterli olarak değerlendirmiştir. Bu çalışmada kendisini yeterli hissedenlerin oranının çalışmamızdan daha yüksek çıkması son zamanlarda sağlık alanındaki fakültelerde çocuk hakları ile ilgili ders konularının programa daha fazla girmeye başlamasının yararı olduğunu desteklemektedir.

Bilgi güç demektir. Bir konuda yeterlilik kazanılması için konu ile ilgili bilgi sahibi olunması gerekmektedir. ÇHS'nden ve ülkemizin bu sözleşmeyi imzaladığından haberdar olan sağlık profesyonellerinin, çocuk hakları savunuculuğu konusunda kendilerini sözleşmeden haberdar olmayan gruba göre daha yeterli gördüğü saptanmıştır. Bu sonuç çocuk hakları savunuculuğu yapabilmek için önce ÇHS ile ilgili bilgi donanımına sahip olmak gerektiğinin önemi ortaya koymaktadır.

Çocukların mümkün olan en iyi sağlık halinde olma durumu üzerinde çocukların içinde buldukları sosyal, ekonomik ve fiziksel ortamların güçlü bir etkisi vardır. Bilindiği gibi çocuklar, yetişkinlerin sahip olup haklarını korumak için kullandıkları demokratik haklara sahip değildir. Örneğin; oy veremezler ve medyaya ulaşımları son derece kısıtlıdır. Dolayısıyla, çocukların kendi adlarına savunuculuk görevlerini üstlenmeye istekli yetişkinlere ihtiyacı vardır. Mesleki sorumluluk üstlenmiş yetişkinlerin, çocuk hakları konusunda başkalarının eğitilmesine yardımcı



olma ve çocukların yararına yönelik değişiklikler sağlanmasına katkıda bulunma görevi vardır. Sağlık profesyonelleri, çocuk hakları savunuculuğu yaparak yalnızca sonuçları tedavi etmenin ötesinde çocukların en iyi sağlık durumuna ulaşma hakkı önündeki engellerin kaldırılmasına da katkıda bulunabilirler.

ÇHS Madde 42 "Tarağ Devletler, Sözleşme ilke ve hükümlerinin uygun ve etkili araçlarla yetişkinler kadar çocuklar tarafından da yaygın biçimde öğretilmesini sağlamayı taahhüt ederler" demektedir. ÇHS'nden ve ülkemizin bu sözleşmeyi imzaladığından haberdar olan sağlık profesyonellerinin; sağlık çalışanlarının çocuk hakları konusunda aktif rol alması gerekliliğini daha fazla savunduğu saptanmıştır. Buna paralel olarak ÇHS ile ilgili bilgisi iyi olarak değerlendirilen sağlık profesyonellerinin çocuk hakları ile ilgili üzerine düşen görevi daha istekli yapacağı sonucu çıkarılabilir.

Çocukların ve gençlerin tıbbi ve psikososyal ihtiyaçları yetişkinlerden farklıdır, ve bu durum sağlık hizmeti alanında özenle yansıtılmalıdır. Çocuklar ve ergenlerin özgül ihtiyaçlarının karşılanacağı ve zarar görebilecekleri riskli durumları en aza indirebilmek için sağlık alanı dışında hayatın her alanında düzenlemeler yapılmalı, politikalar geliştirilmelidir (93). Çalışmamızda araştırma grubundakilerin %79,2'si sağlık çalışanlarının sözleşme ile uyumlu devlet politikaları geliştirilmesinde aktif rolü olmalıdır diye ifade etmiştir.

Mesleki deneyimi 11 yıl ve üzeri olan 117 sağlık profesyonelinden 100'ü sağlık çalışanlarının sözleşme ile uyumlu devlet politikaları geliştirilmesinde aktif rolü olması gerektiğini savunmuştur. Bu durum mesleki deneyimi daha fazla olan sağlık profesyonellerinin kişisel uygulamalar ne kadar iyi niyetli ve hak yanlısı olursa olsun devlet politikalarının çocuk hakları ile ilgili uygulamaları etkileyeceğinin bilincinde olduklarını göstermektedir. Örneğin Türkiye'deki son sağlık harcamaları politikasına göre, ayaktan hastaneye başvuran her hasta için belirli bir ödeme kotası vardır ve bu durum doktorların bazen tetkikler için hastanın sık aralıklarla polikliniğe çağrılmasına, bazen de ödeme sınırı aşılmasını diye tanı için gerekli bazı tetkiklerin göz ardı edilmesine neden olmaktadır. Bu haliyle farkında olmadan çocuk hak ihlaline ortak olunmaktadır.

ÇHS'nden ve ülkemizin bu sözleşmeyi imzaladığından haberdar olan sağlık profesyonellerinin; sağlık çalışanlarının sözleşme ile uyumlu devlet politikaları

geliştirilmesinde aktif rolü olması gerekliliğini daha fazla savunduğu saptanmış, bu durum tıp fakültesi öğrencileri ile benzer şekilde ÇHS ile ilgili bilgi donanımı iyi olan sağlık profesyonellerinin çocuk hakları ile ilgili üzerine düşen görevi daha istekli yapacağı sonucunu kuvvetlendirmiş ve çalışmamızın kendi içinde tutarlılığını ortaya koymuştur.

Geçmişte çocuklukta yaşanan örseleyici deneyimlerin çocuk hakları ile ilgili hassasiyet ve farkındalığı arttırıcı etkisi olduğu düşünülmektedir. Çalışmamızda bu hipotezi destekleyen bulgular saptanmıştır. Örneğin; kendi çocuklukları dönemlerinde kendilerinin ve şimdi çocuklarının sağlık hizmetlerinden yararlanması sırasında çocuklarının hak ihlaline uğradıklarını düşünen sağlık profesyonellerinin, sağlık çalışanlarının çocuk hakları konusunda aktif rol almaları gerekliliğini daha fazla savundukları, sağlık çalışanlarının sözleşme ile uyumlu devlet politikaları geliştirilmesinde aktif rolü olması gerekliliğini daha fazla kabul ettikleri saptandı. Ayrıca kendi çalışma programlarını düzenlerken çocuk haklarını daha fazla gözettikleri, çocuk hakları savunuculuğu konusunda sözleşmeden haberdar olmayan gruba göre daha fazla “kendimi yeterli görüyorum” yanıtını verdikleri ve bilgi puan düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu da saptandı. Bu durum; bir şekilde çocuk hakları ihlaline maruz kalınmasının bu konudaki duyarlılığı arttırarak, sağlık profesyonellerinin çalışma programlarına olumlu yansıdığı sonucunu doğurmaktadır.

ÇHS’ne ilişkin bilgi düzeyi iyi olarak değerlendirilen sağlık profesyonellerinin kötü olarak değerlendirilen gruba göre çalışma programlarını düzenlerken de çocuk haklarını gözetmeye daha fazla dikkat ettiği, benzer şekilde ÇHS’ne ilişkin bilgi düzeyi iyi olarak değerlendirilen sağlık profesyonellerinin kötü olarak değerlendirilen gruba göre Çocuk Hakları ve ÇHS ile uyumlu devlet politikaları geliştirilmesi ve sözleşmenin uygulanması konularında aktif rol alınmasını daha fazla benimsediği sonucuna varılmıştır.

## 5.4. Sağlık Profesyonellerine Uygulanan Çocuk Hakları Tutum Ölçeği

### 5.4.1. Sağlık Profesyoneli Çocuk Hakları Tutum Ölçeği'nin Oluşturulması

Araştırmanın başında yapılan literatür taraması sırasında daha önce hazırlanmış; sağlık çalışanlarının çocuk hakları ile ilgili tutumlarını belirlemede kullanılan herhangi bir ölçeğe rastlanmamış olup bu amaçla kullanılmak üzere Yurtsever'in üç faktörlü "Ebeveyn Çocuk Hakları Tutum Ölçeği" (71) sağlık çalışanları için tekrar düzenlenmiştir. Ebeveyn Çocuk hakları tutum ölçeğinde bulunan 63 maddeden 35 tanesi kullanılarak "Sağlık Profesyonellerinin Çocuk Hakları Tutum Ölçeği" (SPÇHTÖ) olarak uyarlanmış ve "hastanede yatırılarak tedavi alması gerektiği durumlarda çocuk, sağlığı için gerekli minimum süre hastanede tutulmalı, ev ortamından koparılmamaya çalışılmalıdır" maddesi de eklenmiştir. Tarafımızdan geliştirilen Sağlık Profesyonellerinin Çocuk Hakları Tutum Ölçeği'nin tamamının iç tutarlılık katsayısı Cronbach Alpha 0,858 olarak hesaplanmış ve yüksek derecede güvenilir çıkmıştır.

*Rogers ve Wrightsman (1978), Mortin ve Dubanoski (1980), Melton (1980) ve Ruck'ın (1994) geliştirdiği ölçekler incelendiğinde; çocuk hakları tutumlarının "Bakım ve Korunma" ve "Kendi Kendine Karar Verme" olmak üzere iki temel alandan oluştuğu görülmüştür. Yurtsever'in "Ebeveyn Çocuk Hakları Tutum Ölçeği" de bu boyutları içermektedir. Ancak ölçeğin "Bakım ve Korunma" boyutunda; anne ve babalar bakım ve korunmanın ayrı bir tutum olarak olması gerektiğini düşünmekle birlikte, bazı anne ve babalar bu bakım ve korunmanın devlet güvencesi ve desteği altında olması gerektiğini düşünmüş ve devlet desteği ve korumasını ayrı boyut olarak algılamışlardır. Bu nedenle ölçeğin "Bakım ve Korunma" boyutu, "Devlet Güvencesi ve Desteği" ve "Bakım ve Koruma" olmak üzere iki alt boyuttan oluşmuştur. (71).*

Yapılan faktör analizi sonuçlarına göre ölçek "Ebeveyn Çocuk Hakları Tutum Ölçeği"nde olduğu gibi "Bakım ve Korunma" ve "Kendi Kendine Karar Verme" olmak üzere iki temel faktör altında ve "Bakım ve Korunma" faktörü "Devlet Güvencesi ve Desteği" ve "Bakım ve Koruma" olmak üzere iki faktörden oluşan bir yapıda; "Kendi Kendine Karar Verme" faktörü ise tek faktörden oluşan bir yapıda

çıkıştır. “Devlet Güvencesi ve Desteği” faktöründe 12 madde, “Bakım ve Koruma” faktöründe 20 madde “Kendi Kendine Karar Verme” faktöründe 4 madde yer almaktadır. Ölçeğin birinci alt boyutunda (Devlet güvencesi ve desteği) bulunan 12 madde için yapılan analiz sonucu Cronbach Alpha değeri 0,747 olarak, ikinci alt boyutunda (Bakım ve Koruma) bulunan 4 madde için yapılan analiz sonucu Cronbach Alpha değeri 0.635 olarak, üçüncü alt boyutunda (Kendi Kendine Karar Verme) 20 madde için yapılan analiz sonucu Cronbach Alpha değeri 0,764 olarak bulunmuştur. Bu değerler her üç alt boyutun da güvenilir olduğunu göstermiştir. Tüm bu sonuçlar SPÇHTÖ'nin sağlık profesyonellerinin çocuk hakları ile ilgili tutumlarını belirlemede kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğunu göstermektedir ve bu alanda yapılacak çalışmalara katkı sağlayacağı düşünölmektedir.

#### **5.4.2. Sağlık Profesyonellerine Uygulanan Tutum Ölçeğinin Değerlendirmesi**

Pratikte, Sözleşme'nin tam olarak uygulanması, her toplumda çocuklara yönelik tutumlarda değişiklik gerektirir. Örneğin bir çok çocuğa hasta olmaması için yeterince uyuması, doğru beslenmesi ve uygun giyinmesi yoksa hasta olup hastaneye götürölmesi gerekeceği hatta iğne yapılacağı söylenir. Çocuklar hastalandıklarında bu yanlış yönlendirme sonucu kendilerini suçlar ve suçunun karşılığı olarak hastalığın kendilerine verilmiş bir ceza olduğuna inanırlar (94). Bu psikoloji içinde sağlık kuruluşlarına getirilen çocuklar sağlık profesyonelleri tarafından ÇHS ile uyumlu tutum içerisinde karşılanmazlarsa korkuları, suçluluk hisleri artar ve cezalandırıldıkları ile ilgili duygu ve düşünceleri pekişmiş olur. Sağlık profesyonelleri çocuğu yargılamak yerine, durumu, tedavisi, bakımı ve ona düşen görevler konusunda açıklamalar yaparak, çocuğu hem ilgili hem istekli duruma getirilebilir (95,96).

Sağlık profesyonellerinin SPÇHTÖ'nden aldıkları puanlar cinsiyet, doğup büyünölen yer, yaş grupları, çocuk sahibi olma durumu ve mesleki deneyim değişkenlerine göre farklılık göstermemektedir. Fakat bekar sağlık profesyonellerinin ölçeğin tüm alt boyutlarından aldıkları puanlar evli ve diğer gruptaki sağlık çalışanlarınınkine göre düşük saptanmış olup; çalışma grubundaki bekar sağlık

profesyonellerinin çocuk hakları ile ilgili tutumlarının diğer gruplara göre çocuk hakları açısından yetersiz olduğu sonucu çıkmaktadır.

Cinsiyet ve meslek grubu değişkenlerine göre SPÇHTÖ alt boyutları puanlarında fark yoktur. Yani Kırıkkale il merkezinde kamu hastanelerinde görevli bir hekim, hemşire ve diğer sağlık çalışanının çocuk hakları ile ilgili tutumları değişkenlik göstermemektedir şeklinde yorumlanabilir.

SPÇHTÖ alt boyutlarının meslek grupları ve yaş, meslek grupları ve doğum yeri, meslek grupları ve çocuk sahibi olma durumu, meslek grupları ve mesleki deneyime göre ayrı ayrı karşılaştırmalarında gruplar arası fark saptanmamış olup bu durum grup içi ve gruplar arası homojenliği yansıtmaktadır.

Çocuk hakları savunuculuğunda kendisini yeterli olarak değerlendiren sağlık profesyonellerinin (ölçeğin tüm alt boyutlarında) yeterliliği konusunda fikri olmadığını belirtenlere göre puanları yüksek olarak saptanmıştır. Bu durum kendisini çocuk hakları savunuculuğunda yeterli hissedenlerin yeterlilikleri ile ilgili değerlendirmelerinin doğru olduğunu ve yeterliliklerini tutumlarına da yansıttıklarını düşündürmektedir (tablo 4.3.8).

Çocuk hakları ile ilgili bilgi düzeyi kötü olarak değerlendirilen sağlık profesyonellerinin ölçeğin "Devlet güvencesi ve Desteği" alt boyutundaki puanı, bilgi düzeyi iyi olan gruba göre düşüktür. Diğer alt boyutlarda da benzer sonuç elde edilmesi beklenmiş fakat puanlar arasında fark saptanmamıştır. Bu durum ise doğruyu biliyor olmak demek doğruyu yapıyor olmak anlamına gelmeyebilir savını desteklemektedir (97). Daha öncede bahsedildiği gibi bilginin tutum ve davranışa dönüşmesi için bir süreç gereklidir. Çocuk hakları ile ilgili bilgi edinmek ve edindiğimiz bilgileri de çalışma ortamımızda ve hayatın tüm alanlarında tutumlarımıza yansıtmak asıl hedefimiz olmalıdır.

Her meslek grubunun kendi içinde demografik değişkenlere göre SPÇHTÖ'nden aldıkları puanlar açısından değerlendirildiğinde; doktorlarda sadece mesleki deneyim değişkenine göre farklılık saptanmış, ölçeğin "Devlet güvencesi ve Desteği" alt boyutunda 6-10 yıl mesleki deneyime sahip doktorların 0-2 yıl ve 11 yıl ve üzeri mesleki deneyime sahip doktorlara göre puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu duruma göre; mesleğe yeni başlamış olanların deneyimsizlikten, 11 yıl ve üzeri deneyime sahip olanların ise bıkkınlık ya da kendini yenilememeye bağlı

olduğu düşünölebilir. “Bakım ve koruma” alt boyutunda ise yine 0-2 yıl mesleki deneyime sahip olanların diğer yaş gruplarına göre puanı düşüktür. Elde edilen bu sonuçlara göre doktorların çocuklara yaklaşım ve tutumlarını belirleyen en önemli faktör mesleki deneyimdir. Fakat tıp fakültelerinde ders programlarına çocuk hakları başlıklı dersler eklenilerek ve mezuniyet sonrası periyodik olarak bu konuda farkındalık geliştirmek ve pekiştirmek için eğitim programları düzenlemek bu durumu olumlu hale çevirecektir.

Çalışma grubundaki hemşirelerin SPÇHTÖ’nden aldıkları puanları demografik özelliklerine göre karşılaştırıldığında; yaş grupları değişkenine göre “Kendi Kendine Karar Verme ” alt boyutundaki puanlarının 25 yaş ve altındaki grupta, 26-35 yaş arası gruba göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu görölmüştür. Bu sonuca göre; 25 yaş ve altındaki genç hemşirelerin orta yaş grubuna göre daha özgürlük taraftarı olduğu düşünölebilir. Kalabalık ailelerden çekirdek ailelere dönüşüm süreci içerisinde anne ve babaların çocuklarının özgüvenini geliştirici tutumlar sergilemesi bu sonuca zemin hazırlamış olabilir. Bununla beraber 1980 sonrası Türkiye’de televizyonun her eve girmesi ve çocuklara yeni ufuklar sunması (iyi veya kötü yönde), internetin yaygın olarak hayata girmesi gibi değişimlerin bireyselliği güçlendirmesi de etkilidir. Bekar olan hemşirelerin evli ve çocuklu ve diğer (boşanmış, eşi vefat emiş vb.) durumda olan hemşirelere göre “Devlet Güvencesi ve desteği” ve Bakım ve Koruma” boyutlarındaki puanlarının anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır. Ayrıca çocuk sahibi olmayan hemşirelerin Bakım ve Koruma” ve “kendi kendine karar verme” alt boyutlarındaki puanları diğer gruplara göre düşük olup, bizim çalışmamızdan elde ettiğimiz sonuçlara göre hemşire grubu açısından evli ve çocuklu olmak çocuk hakları ile ilgili tutumlara pozitif yönde yansımaktadır. Doktor ve diğer sağlık personelinin medeni durum değişkeni açısından SPÇHTÖ alt boyut puanlarında fark saptanmamıştır. Fakat doktorlarda çocuk sahibi olma değişkeni fark göstermezken, diğer sağlık personellerinde hemşire grubuna benzer olarak çocuk sahibi olmayanların çocuğu olanlara göre “Bakım ve Koruma” ve “Kendi Kendine Karar Verme” boyutundaki puanlarının daha düşük olduğu ve çocuk sahibi olma durumunun diğer sağlık çalışanlarının da çocuk hakları ile ilgili tutumunu olumlu etkilediği saptanmıştır.

Hemşire grubunda 6 yaş ve altı çocuğa sahip olan hemşirelerin 7-12 yaşında çocuğu olan hemşirelere göre “Bakım ve Koruma” boyutundaki puanlarının daha yüksek olduğu fakat diğer yaş gruplarında çocuğu olan hemşirelere göre “Kendi Kendine Karar Verme” boyutundaki puanlarının ise daha düşük olduğu saptandı. Çocuğu 7 yaşından küçük olan hemşirelerin çocukları küçük ve bakıma muhtaç olduğu için “Bakım ve Koruma” ile ilgili sözleşme maddelerini daha fazla benimsediği, çocuklarının yaşı büyüdükçe ve öz bakımlarını kendileri yapabilecek yaşa geldikçe bu durumun “Kendi Kendine Karar Verme” faktörü lehine döndüğü anlaşılmıştır. Çocuk gelişiminde birbirine zıt gibi görünen “Bakım ve Korunma” ve “Kendi Kendine Karar Verme” hakları gerçekte birbirini destekler niteliktedir ve çocuk olgunlaştıkça kendi kendine karar vermesi de artacaktır (71). Hemşirelerin bu duruma paralel tutum içinde olması çocuk hakları açısından sevindiricidir. Fakat doktor ve diğer sağlık personeli grubu için böyle bir ilişki saptanmamış olup; hemşirelerin halkla daha fazla temas halinde ve daha erken yaşta mesleğe başlamalarına bağlı olabilir.

##### **5.5. Çocuk Hakları ve Çocuk Hakları Sözleşmesi ile İlgili Eğitim almış ve Eğitim Almamış İntern Doktor’ların Değerlendirilmesi**

Çocuk haklarına saygıyı öngören bir kültür yaratılmasının önemli bir boyutu, çocuklarla birlikte ve çocuklar için çalışan profesyonellere bu alanda eğitim verilmesidir. Böylece bu kesimler söz konusu hakları kendi mesleki politikalarında, kişisel uygulamalarında, sağlık hizmetlerinin düzenlenmesinde ve sunulmasında ve çocuklar için tanıtım-savunu çalışmalarının yürütülmesinde dikkate alıp gözeteceklerdir (73).

Dünyada her 5 çocuktan 4’ünün beş yaşına gelmeden bir hastane deneyimi yaşadığı belirtilmektedir (98). Hastalık, çocuk ve ailesinin endişe ve korku yaşamasına neden olan bir durumdur. Çocuk ve ailesinin güven, sevgi, saygı görme, kendini gerçekleştirme gibi temel gereksinimlerinin karşılanmaması, kendilerini güvende hissetmemelerine ve kaygı düzeylerinin artmasına neden olur (99). Eğer sağlık profesyonelleri çocuğun ve ailenin yaşadığı bu sıkıntılı sürece duyarsız kalır ve çocuğa endişelerini arttıracak nitelikte davranışlarla yaklaşırsa şüphesiz istenen sağlık hizmeti sunumu gerçekleşmeyecektir. Çocuk yaş grubuna her yönüyle

uygun kabul edilebilecek bir sağlık hizmeti vermek isteniyorsa öncelikle; çocuğun gelişim basamakları, gelişim basamaklarına göre gereksinimleri, çocuklarla doğru iletişim kurabilme ve tüm bunları kapsayan çocuk hakları hakkında bilgi sahibi olunması gerekir. Sağlık profesyonellerinin eğitiminde genç çalışanlar deneyimli meslektaşlarını rol-model almakta olduğu (yani bir nevi usta-çırak eğitim sistemi) düşünülse de çocuk yaş grubuna yönelik sağlık hizmetlerinin sunumu ile ilgili standart bir eğitim programı olması gerekir. Bu amaçla sağlık alanındaki tüm sağlık profesyonellerinin eğitim programlarına “çocuk, çocuk hakları ve çocuklarla doğru iletişim yolları” ile ilgili derslerin konulması sağlanabilir.

Roth'un yaptığı bir çalışmada bir yıllık süreçte pediatristlere çocuk hakları savunuculuğu ile ilgili eğitim müfredatı uygulanmış ve çalışma sonunda eğitim alan sağlık profesyonellerinin almayanlara göre klinik uygulamaları sırasında çocuk hastaya yaklaşırken daha özgüvenli olduğu, çocuk hakları savunuculuğu eğitim müfredatının pediatristler üzerinde önemli olumlu etki yarattığı görülmüştür (100).

Bağımsız gözlemciler tarafından yapılan gözlem sonuçlarında eğitim almış intern doktorların tümünün eğitim almamış gruba göre muayene ve tedavi uygulamaları sırasında çocuklara daha anlayışlı ve nezaketli davranmakta olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Kilkelly ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hastanede yataklı serviste tedavi gören 56 çocukla görüşülmüş, çocuklar tedavi sırasında kendilerine nezaketle yaklaşan, empati yapabilen, mizah duygusu olan sağlık profesyonelleri ile bu zorlu süreci daha rahat atlatabileceklerini belirtmişlerdir (101). Hastanede olmak çocuklar için zaten sıkıntılı iken bir de bu durumlarına umarsız kalabilecek, kendilerine anlayışla yaklaşmayacak sağlık profesyonellerinin uygunsuz tutumlarına maruz kalmak durumu daha da güçleştirecektir. Fakat bu olumsuz duruma sağlık profesyonelleri açısından bakıldığında; çocukla doğru iletişim yolları ile ilgili bir çok çalışmada görüşleri alınan sağlık profesyonellerinin ortak kararı bu konuda eğitime gereksinimleri olduğu, çocuk yaş grubuna doğru yaklaşım ile ilgili hasta başında alınan eğitimin tam olarak bu alandaki açığı kapatmadığı çocuk hakları, çocuk gelişimi ve etkili dinleme yolları ile ilgili ortak bir eğitim programı geliştirilerek tüm sağlık profesyonellerine verilmesi gerektiğidir (101). Çalışmamız kısıtlı sayıda intern



doktorla yapılmış olmakla beraber eğitim almış olanların daha anlayışlı ve nezaketli olması bu gerekliliği desteklemektedir.

Hastanelerin fiziksel veya sosyal yönden sağlayacağı rahatlık, hastaların kendilerini evindeymiş gibi hissetmelerine neden olmakta ve memnuniyetlerini arttırmaktadır. Yeterince bilgilendirilen, değer verilen ve kendini evindeymiş gibi hisseden hastalar, hem almış oldukları tedavi ve bakıma hem de bu hizmeti veren sağlık bakım ekibine daha çok güven duymaktadırlar (98). Hastane ve yapılacak işlemler konusunda bilgilendirilmeyen çocukların tepkileri ise, hastaneye ilişkin daha önceden edindikleri kendi bilgilerine, deneyimlerine, fantezilerine bağlı olacağı için olumlu ya da olumsuz olabilir. İşlemler hakkında açıklama yapmak çocuğun hayal dünyasında yarattığı kötü beklentiyi önler (102). Kilkelly'nin çalışmasında görüşülen çocuklara doktorlarda aradıkları özellikler sorulmuş ve çocuklar “ güler yüzlü, sempatik, onlarla anlayabileceği dille konuşan, onlara sorular soran ve doğruları anlatan” doktorlarla tedavilerini sürdürmek istediklerini belirtmişlerdir (101). Çocuklara verilen sağlık hizmetlerinde çocuk haklarını baz alan bir sağlık çalışanın doğal olarak çocukların bu isteklerini göz önünde bulundurması gerekir. Çocuk merkezli bir servis oluşturmak ve bu hizmetin sürdürülmesi isteniyorsa, çocuklarla ilişkili serviste çalışmaya başlayacak yeni elemanlara oryantasyon eğitimi sırasında çocuk haklarının ve çocukların isteklerinin anlatılması uygun olur. Bu önermeyi doğrular şekilde, çalışmamızın bu bölümünde muayene ve girişim öncesi çocuklara kendi yaş, gelişim düzeyi ve anlayışlarına uygun bir şekilde bilgilendirme yapma durumuna ilişkin yapılan gözlem sonucunda, eğitim alan intern doktorların bu konuya daha fazla özen gösterdiği ve zaman ayırdığı saptanmıştır.

Bauchner ve arkadaşları okul çağı ve adölesan grubu çocuklarda kan alma işlemi ile ilgili yaptıkları karşılaştırmalı çalışmada çocukların uygulamaya ilişkin açıklama yapılmasını yararlı bulduklarını (103), Harrison da venöz kan alımı için hazırlanan çocukların uygulamayı daha az ağırlı bulduklarını belirlemişlerdir (104). Çalışmamızda muayene ve girişimler öncesi eğitim alan internlerin almayanlara göre çocuğu uygun bir dille ikna etmeye daha fazla dikkat ettiği ve zaman harcadığı saptanmıştır. Eğer çocuklar girişim öncesi bilgilendirilmeyi istiyor ve ağırlı işlemleri bu şekilde daha rahat göğüsleyebildiklerini bildiriyorlarsa ve bu ihtiyacı

çalışmamızda olduğu gibi eğitim alan intern doktorlar karşılıyorsa bu alanda eğitime olan ihtiyaç tartışmasıdır.

Hastalık ve hastaneye gelme çocuk için çok değerli olan bağımsızlığını arkadaşlarıyla olan ilişkilerini ve okul aktivitelerini engeller. Bu durum bazı çocuklarda içe kapanma, bazılarında ise saldırgan davranışlara neden olabilir. Sıklıkla regresif davranışlar (parmak emme, idrar kaçırma gibi), depresyon, yanlış yorumlama, endişenin psikososyal belirtileri (hiperventilasyon, diare, taşikardi), konversiyon reaksiyonları görülebilir (105). Çalışmamız sırasında; muayene ve girişim yapılan veya tedavi uygulanan çocukların 11'i (%45,8) huzursuz, 10'u (%41,6) uyumlu ve 3'ü (%12,5) uyumsuz olarak değerlendirildi. Çalışılan birimler, eğitim almış veya almamış gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p>0,05$ ).

Çocuk için hastanede olmak yüksek bir risk faktörüdür, bu konuda eğitim almış, hassasiyetle yaklaşan sağlık çalışanları bile bu stresi azaltmaya yetemeyebilir. Bu aşamada çocuğun endişe ve kaygısını düşürmeye yardımcı olacak en önemli katkı anne ve babasının endişe ve kaygıdan arınarak çocuğu rahatlatması olacaktır. Ancak, çocuğu hastaneye yatan anne-babaların yaşadığı güçlüklerin incelendiği bir çalışmada bilgi yetersizliği, anksiyete ile baş edememe ve yalnızlığın ebeveynlerde güçlük yaratarak kaygıyı artırdığı belirtilmiştir (106). Ailenin tutumu ve anksiyete düzeyi çok kolay bir şekilde çocuğa geçebilir, çünkü çocuklar ailelerinin korkularını paylaşırlar (107). Bu nedenle sağlık profesyoneli etkin sağlık hizmeti sunumu için aile ve çocuğun memnuniyetini önemsemeli ve ailelere de nezaketle yaklaşmalı, onların anlayabilecekleri bir dille çocuğun hastalığı, uygulanacak işlemler ve tedavi hakkında bilgilendirme yaparak ailenin endişe ve kaygısının giderilmeye çalışmalıdır.

Sağlık profesyonellerinin çocuk hakları ile ilgili eğitim almalarının önemi ve gerekliliği sadece ülkemizde değil tüm dünyada anlaşılmıştır. Bu amaçla Kanada Victoria Üniversitesinde kurulmuş olan Uluslararası Çocuk Hakları ve Gelişimi Enstitüsü (IICRD) Profesyoneller için Çocuk Hakları Eğitimi Projesi'ni (CRED-PRO) geliştirmiş ve proje 5 modülden oluşmaktadır. Bu modüllerin başlıkları (71);

1. Modül: Çocuk; Gelişimi, ihtiyaçları ve hakları
2. Modül: Çocuk Hakları yaklaşımının temelleri

3. Modül: Klinik uygulamalarında Çocuk Haklarına saygı
4. Modül: Çocuğa yönelik sağlık hizmetleri
5. Modül: Çocuk hakları tanıtıcısı savunucusu olarak çocuk hakları.

Uluslararası Çocuk Merkezi'nin (UÇM) önderliğinde ülkemizde ilk defa verilecek olan "Sağlık Profesyonelleri Çocuk Hakları Eğitim Programı"nda bu modüller kullanılacak, bu eğitim programında tez asistanı ve danışmanı eğitmen olarak yer alacaktır. Eğitim modüllerinden ilk dördü çalışmamızda intern doktorlara uyguladığımız eğitim programı ile örtüşmektedir. Bu eğitim programının uygulanması için Kırıkkale ili pilot il olarak seçilmiştir. 2012 yılı içinde eğitimin yapılması planlanmaktadır. Bu durum Kırıkkale'de sağlık çalışanlarının çocuk hak bazlı tutum geliştirmesi ve çocuklara sağlık hizmeti veren sağlık kuruluşlarının çocuk dostu niteliğini kazanmasında çok önemli bir etmen olacaktır.

KÜTF Hastanesi çok yakın zamanda hizmete girecek olan yeni hastane binası ile çocuk dostu hastane olabilmesi için önündeki en büyük kısıtlayıcı faktör olan fiziki yetersizlikten kurtulacaktır. Ayrıca bu araştırmanın sonuçlarından elde edilen veriler ışığında Kırıkkale ili içindeki Hastane çalışanlarına çocuk hakları ile ilgili bilgilendirme toplantıları yapılması ve çocuk hakları ile ilgili görsel materyal hazırlanarak sağlık profesyonellerinin, ailelerin ve çocukların bu konuya hassasiyet ve dikkatlerinin artırılması planlanmaktadır.

"Çocuklarımız geleceğimizdir" demek tek başına yeterli değildir. Her çocuğa dünyaya gelme mutluluğunu yaşatmak, çocukların beslenme, barınma, eğitim alma, giyinme gibi temel ihtiyaçlarının yanında; güven, ilgi, sevgi, hoşgörü gereksinmelerini karşılamak, çocukların toplumsal yaşama eşit ve özgür bireyler olarak katılımlarını sağlamak; çocuklara yönelik istismarın ve ihmalin önüne geçmek ve bu amaçla hukuki düzenlemeleri yapmak ve en önemlisi çocuğa bakış açımızı değiştirmek, yarınlarımızı sağlıklı kılacaktır.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

*“Sağlık yalnızca herhangi bir hastalığın bulunmaması değil, zihinsel, fiziksel ve sosyal açıdan iyi durumda olmadır... Ulaşılması mümkün en ileri sağlık durumuna ulaşma, etnik kökeni, dini, siyasal ideolojisi, sosyal ve ekonomik koşulları ne olursa olsun tüm insanların temel haklarından biridir”* Dünya Sağlık Örgütü 1948.

Tüm toplumlarda çocukların önemli bir yüzdesi optimal sağlık ve gelişim hakkından yararlanamamaktadır. Bu yoksunluk, ya yaşamlarını dolaylı veya doğrudan etkileyen kamu politikalarından ya da çocuklara sağlıklı ve güvenli ortamlar sağlamaya yönelik girişimlerin olmayışından kaynaklanmaktadır. Dolayısıyla, sağlık çalışanları çocuk haklarına saygı ve bu hakların yaşama geçirilmesinde tanıtıcı-savunucu olarak merkezi roller oynayabilirler. Eğer tüm çocukların optimal sağlığı ve gelişimi etkili biçimde korunup geliştirilecekse, çocuk haklarının korunup kollanması anlamındaki değişimin klinik uygulamalarda, sağlık hizmetlerinin sunulmasında ve kamu politikalarında gerçekleşmesi gerekir (82). Ağrı politikaları, çocuğun mahremiyetine saygı, aydınlatılmış onam ve tıbbi kararlara (tedavinin kesilmesi de dahil) çocuk katılımı ile ilgili konularda tüm sağlık profesyonellerinin karşılaştığı ve farkında olmadan da olsa katkısı olduğu çocuk hakları sorunları vardır. Sağlık profesyonelleri, çocukların sağlığı ve refahını etkileyen kritik konuları anlamak istiyorsa, çocuk hakları konusunda eğitilmelidir ve çocuk haklarına devletlerin öncelikli önem vermesi için diğer örgütlerle yakın işbirliği içinde çalışmalıdır (103). Sağlık profesyonellerine çocuk hakları ile ilgili eğitim verilmesinin ve çocuk hakları savunuculuğunda sağlık profesyonellerinin aktif roller üstlenmelerinin gerekliliğini ortaya koymayı hedefleyen bu çalışmadan elde ettiğimiz sonuçlar aşağıda maddeler halinde özetlenmiştir;

- 1) Çocuk Hakları ve sağlık profesyonelleri ile ilgili yapılan literatür çalışmasında bu alanda çok fazla çalışma olmadığı görülmüştür.
- 2) “Çocuk Dostu Hastane” tanımı çerçevesinde yapılan değerlendirmeye göre Kırıkkale il merkezindeki kamu hastaneleri çocuk hakları ile ilgili uygulamalar konusunda yetersizdir. Ayrıca hastane yöneticilerinin çocuk hakları konusuna ilgisi de yetersiz olarak değerlendirilmiştir.

- 3) Yapılan değerlendirmeye göre çalışma grubundaki sağlık profesyonellerinin %43,7'sinin HS ile ilgili bilgi düzeyi iyidir.
- 4) Meslek grupları arasında HS ile ilgili bilgi düzeyi açısından fark saptanmamıştır ve bu durum HS ile ilgili eğitim programları düzenlenirken meslek grubu ayırt etmeden tüm sağlık profesyonellerine ulaşılması gerekliliğini düşündürmektedir.
- 5) Sağlık Profesyoneli ocuk Hakları Tutum leği geliştirilmiş ve yapılan istatistiksel analizler ile ölçeğin içtutarlılık ve güvenilirliğinin yüksek olduğu ve bu alanda başka çalışmalarda da kullanılabileceği saptanmıştır.
- 6) alışma grubunun SPÇHTÖ "Devlet Güvencesi ve Desteği" alt boyutundan aldıkları puanlarının ortalaması  $4,68 \pm 0,35$ , "Bakım ve Korunma" alt boyutundan aldıkları puanlarının ortalaması  $4,34 \pm 0,354$  ve " Kendi Kendine Karar Verme" alt boyutundan aldıkları puanlarının ortalaması  $4,63 \pm 0,29$  olarak saptanmış, alınan 5 tam puana yakın puanlar çalışmaya katılan sağlık profesyonellerinin çocuklara karşı tutumlarının iyi olduğunu göstermektedir.
- 7) ocuk hakları ile ilgili eğitim almış intern doktorların tümünün eğitim almamış gruba göre muayene ve tedavi uygulamaları sırasında çocuklara daha anlayışlı ve nezaketli davranmakta olduğu, çocuklara ve ailelere hastalık, yapılan girişimsel işlem ve tedavi süreci ile ilgili bilgi vermek ve muayene ve girişimler öncesi çocuğu uygun bir dille ikna etmek için daha fazla zaman harcadığı saptandı. Kısacası ocuk hakları ile ilgili eğitim almış olma sağlık çalışanının çocukla ilgili tutumuna olumlu yansımakta olduğu ve eğitimin gerekliliği saptandı.
- 8) Sağlık profesyonellerinin ocuk yaş grubuna fiziksel ve psikolojik olarak tam bir iyilik hali sağlayabilmeleri, ihtiyaçlarını karşılayabilmeleri ve HS şartlarını karşılayan hizmet sunabilmeleri için öncelikle çocukların hakları olduğunu, bu hakların HS ile güvence altına alındığını ve çocuğa doğru yaklaşım yöntemlerini bilmeleri bu konularda eğitim almaları gerekmektedir.

### **Öneriler:**

1. Araştırma Kırıkkale il merkezinde ve II. ve III. Basamak sağlık kuruluşlarında yapılmış olup, farklı örneklem gruplarında ve I. Basamak sağlık hizmeti sunan sağlık kuruluşlarında yapılacak olan benzer çalışmalara öncülük edebilir.
2. Sağlık Profesyoneli Çocuk Hakları Tutum Ölçeği çocukla ilgili diğer mesleki gruplar için düzenlenerek kullanılabilir.
3. Sağlık profesyonellerinin çocuk haklarına ilişkin bilgi ve tutumları eğitim, mesleki deneyim, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu gibi değişkenlerden etkilenmektedir. Çocuk hakları ile ilgili gerekli eğitimlerin verilmesi ile bu farklılıklar ortadan kaldırılarak çocukların yüksek yararı için en uygun koşullarda ve kalitede sağlık hizmeti almaları sağlanabilir. Bu amaçla eğitim programları hazırlanarak tüm yurttaki sağlık profesyonellerine eğitim verilebilir.
4. Tıp Fakülteleri, sağlık Meslek Yüksekokulları, sağlık meslek liseleri gibi sağlık profesyoneli yetiştiren okulların eğitim programlarına çocuk hakları ve ÇHS ile ilgili dersler konulabilir.
5. Çalışmamızda çocuk hakları ile ilgili eğitim alan ve eğitim almayan intern doktor gruplarındaki katılımcı sayısı kısıtlıdır. Daha büyük ve farklı çalışma grupları ile yürütülecek olan benzer çalışmalar çocuk hakları ile ilgili eğitimin gerekliliğini daha açık bir şekilde ortaya koyabilir.
6. Ülkemizdeki hastanelerin “Çocuk Dostu Hastane” şartlarını karşılayabilmesi için çalışma ve düzenlemeler yapılarak sonrasında “Bebek Dostu Hastane” projesinde olduğu gibi değerlendirme gezileri yapılabilir.
7. Dünyada ve ülkemizde çocuk hakları ve sağlık profesyonelleri ile ilgili araştırmalar son derece kısıtlıdır. Bu alanda yapılacak yeni çalışmalar çocuklar adına olumlu gelişmeler için yol gösterici olabilir.

## 7. KAYNAKLAR

1. Akyüz, E.,Ulusal ve uluslararası hukukta çocuğun haklarının ve güvenliğinin korunması. Ankara: M.E.B,2000:4.
2. Polat, O., Kayabeyoğlu, İ., Ağrıtmış, H. Çocuk gelişimine çocuk hakları açısından yaklaşım. Çocuk Forumu Dergisi 2001,:4 (3-4), 52-61.
3. Çetinkaya, N., Öğretmenlerin ve Öğrencilerin Çocuk Haklarına Bakışının Değerlendirilmesi, Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1998.
4. Türk Dil Kurumu Sözlüğü, Türk Dil Kurumu Yayınları, Ankara,1999.
5. Oğuz, P., Çocuk ve Hakları, Analiz Yayınları, İstanbul 1997:56-58..
6. Onur, B., Türkiye’de Çocukluğun Tarihi, İmge Yayınları, Ankara 2005:44.
7. Akyüz, E., “Çocuk Hakları”, MEB Milli Eğitim Dergisi, Ankara, 2001;138:151.
8. Tercan M., Çocuğun Ana Babası Tarafından Fiziksel İstismarı ve İhmali, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 1995.
9. Bayhan P. Dövülen çocuklar. Sosyal Hizmet Dergisi,1998; 1(8): 24-26.
10. Ü. Kocaer.Hekim Ve Hemşirelerin Çocuk İstismarı Ve İhmaline Yönelik Farkındalık Düzeyleri, Yüksek Lisans Tezi, 2006.
11. Onur, B., “Çağdas Toplumda Çocukluk Ortadan Kalkıyor mu?”, Milliyet Sanat Dergisi, Nisan, İstanbul 1995.
12. Franklin, B. Çocuk hakları (A.Türker, Çev.) İstanbul: Ayrıtı, 1993;36-37. (Eserin aslını basım tarihi 1986).

13. Canan, I., İslamda Çocuk Hakkı, Yeni Asya Yayınları, İstanbul, 1980;154.
14. Doğan, İ., Akıllı küçük çocuk kültürü ve çocuk hakları üzerine sosyo-kültürel bir inceleme. İstanbul: Sistem.2000.
15. Örs, Hayrullah. Musa ve Yahudilik. İstanbul: Remzi 1999;43-46.
16. <http://www.kutsalkitap.org/index.php>.(21.10.2011).
17. Baktır, M., İslam hukuku açısından çocuk terbiyesi [Electronic version]. İslam'da Aile ve Çocuk Terbiyesi, 1994;54-64.
18. Tan, M., Çocukluk: dün ve bugün. B.Onur (Der.), Toplumsal tarihte çocuk, İstanbul: Tarih Vakfı Yurt Yayınları. 1994;25-31.
19. Türk Dil Kurumu Türkçe Sözlük 1 Ankara, Türk Tarih Kurumu.1998,
20. Sancar, M., Hukukun oluşturulmasında insan haklarının rolü ya da insan hakları ile pozitif hukuk arasındaki ilişki, devlet aklı kıskacında hukuk devleti. İstanbul: İletişim 2000;123.
21. Hale, B., Understanding children's rights: theory and practice. Family Court Review, 2006;44 (3), 35-36.
22. Kırdök, M., Çocuk Hakları, Çiviyazısı Yayınları, İstanbul 1998;57-62.
23. Lordoglu, K., Oyun Yerine İş, Çocuk Çalışması, Çalışan Çocuklar, İlköğretim Müfettislerini Bilgilendirme Semineri, İnsan Kaynagını Gelistirme Vakfı, İstanbul 1995.
24. Uygun, O., İnsan hakları kuramı, insan hakları. İstanbul: YKD 2000;22.
25. Turanlı, K., Birleşmiş milletler çocuk hakları sözleşmesi çerçevesinde çocuğun ekonomik sömürden korunma hakkı. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Eskişehir Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü 2004.
26. Bumin, K., Batıda Devlet ve Çocuk, Alan Yayınları, İstanbul 1993;20.



27. Heywood, C., Batıda çocukluğun tarihi (E.Hoşsucu, Çev.). İstanbul: Kitap Yayınevi. 2003;.33.
28. Sennet, R. Kamusal insanın çöküşü, (S.Durak ve A.Yılmaz, Çev.). İstanbul:Ayrıntı.2002;36-44.
29. Poster, M., Eleştirel aile kuramı, (H.Tapınç, Çev.). İstanbul: Ayrıntı.1989;200-201.
30. Spring, J., Özgür eğitim (A.Ekmekçi, Çev.) İstanbul: Ayrıntı.1997;29.
31. Hobsbawm E., Devrim Çağı 1789-1848.Çeviri. Bahadır Sina Şener, Ankara Dost Kitabevi.2000;217.
32. Üstel, F., Yurttaşlık ve demokrasi. Ankara: Dost Kitapevi.1999;122.
33. Koray, M.,Sosyal politika. Bursa: Ezgi Kitapevi.2000;33.
34. Göze, A., Siyasal düşünce ve yönetimler (9. baskı). İstanbul:Beta.2000;375-388.
35. Doğan, İ., Akıllı küçük çocuk kültürü ve çocuk hakları üzerine sosyo-kültürel bir inceleme. İstanbul: Sistem.2000;80.
36. Heywood, C.,Batıda çocukluğun tarihi (E.Hoşsucu, Çev.). İstanbul: KitapYayınevi.2000;37.
37. Russel, B.,Evlilik ve Ahlak (V.Eranus, Çev.). İstanbul.1999;127-135.
38. Göze, Liberal, marksist, faşist ve sosyal devlet sistemleri. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Yayınları. 1977;181.
39. Jones, G. A., Children and development: rights, globalization and poverty. Progress in Development Studies, 5 (4), 2005;336-342.
40. Gündoğan, G. ve Günay. M., İnsan hakları ve eğitimi. İzmir: İlya. 2004;19.

41. Özdek, Y., İnsan hakkı olarak çevre hakkı. Ankara: TODAİE Yayınları. 1993;40.
42. Kabaoğlu, Çevre hakkı. İstanbul: İletişim Yayınları. 1992;19.
43. Mourgeon, İnsan hakları (A.Türker ve A.Ekmekçi Çev.). İstanbul: Yeni Yüzyıl Kitaplığı İletişim Yayınları. 1995;24.
44. Çelen, N., Çocuk haklarına genel bir bakış istanbul çocuk barosu çocuk hakları günleri. İstanbul: İstanbul Barosu Yayınları. 1995;90.
45. Müftü, G., “Çocuk Hakları Sözleşmesi”, Milli Eğitim Dergisi, Sayı: 151,2001.
46. Tiryakioglu,B., Çocukların Korunmasına ilişkin Milletler arası Sözleşmeler ve Türk Hukuku, Basbakanlık A.A.K. Bilim Serisi, Ankara,1991.
47. Akarslan, M., Çocuk Hakları ve Çocuk Hakları Mevzuatı, Alfa Basım Yayım, İstanbul.1998;44-45.
48. <http://www.savethechildren.org/about/mission/ourhistory/24.11.2011>.
49. <http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/25.htm> 24.11.2011.
50. [http://www.unicef.org/turkey/crc/\\_cr23a.html](http://www.unicef.org/turkey/crc/_cr23a.html) 24.11.2011.
51. <http://www.crin.org/themes/ViewTheme.asp?id=2>. 24.11.2011.
52. Polat, O., Çocukta katılım hakkı ve çocuk hakları sözleşmesi. Çocuk Forumu Dergisi, 5 (1),2002; 1-8.
53. UNICEF, Çocuk haklarına dair sözleşme uygulama elkitabı. Ankara: Ajans Türk Basın ve Basım A.Ş. 1998;51.
54. Akyüz, E., Ulusal ve uluslararası hukukta çocuğun haklarının ve güvenliğinin korunması. Ankara: M.E.B. 2000;19.
55. UNICEF, Çocuk haklarına dair sözleşme uygulama elkitabı. Ankara: Ajans Türk Basın ve Basım A.Ş. 1998;37.

56. Grover, S., On recognizing children's universal rights: what needs to change in the convention on the rights of the child. *The International Journal of Children Rights*, 2004;12,269-270.
57. UNICEF, Çocuk haklarına dair sözleşme uygulama elkitabı. Ankara: Ajans Türk Basın ve Basım A.Ş. 1998;1-15.
58. UNICEF, Çocuk haklarına dair sözleşme uygulama elkitabı. Ankara: Ajans Türk Basın ve Basım A.Ş.1998;5.
59. UNICEF, Çocuk haklarına dair sözleşme uygulama elkitabı. Ankara: Ajans Türk Basın ve Basım A.Ş.1998;71.
60. <http://www.unicef.org/teachers/action/quiz1.html> 14.12.2011.
61. Affolter, F.W., Socio-emotional enablement and the convention of the rights of the children. *The International Journal of Children Rights*, 2000;13; 379-397.
62. Moroğlu, N.,Ulusal ve uluslararası hukukta çocuk hakları. N.Moroğlu (Der.), *Türkiye'de ve Dünyada Çocuk Hakları İstanbul: ALKEV.2003;30-38.*
63. Deryal Y., Hasta Çocuğun Hakları, 1. Türkiye Çocuk Hakları Kongresi Yetişkin Bildirileri Kitabı, 2011;23-39.
64. Benedum j., Pediatri tarihi hakkında, *İmage-Roche*, 1972;14.
65. Yurdakök M. *Türk Çocuk Hekimliği Tarihi (İkinci Baskı)* Ankara.: Öztürk Matbaası, 1984;14-22.
66. [okulweb.meb.gov.tr/60/08/617227/cdonedir.html](http://okulweb.meb.gov.tr/60/08/617227/cdonedir.html) 01.4.2012.
67. Child-friendly healthcare: delivering on the right to be heard *Med Law Rev* 2011;19(1): 27-54.
68. Yalçın Aksakal T, Bilgili N. Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyetin Değerlendirilmesi; Jinekoloji Servisi Örneği. *Erciyes Tıp Dergisi (Erciyes Medical Journal)* 2008; 30 (4): 242-249.

69. Şahin Tk, Bakıcı H, Bilban S, Dinçer Ş, Yurtçu M, Günel E. Meram Tıp Fakültesi çocuk cerrahisi servisinde yatan hasta yakınlarının memnuniyetinin araştırılması. Genel Tıp Dergisi 2005; 15 (4):137-142.
70. Sümbüloğlu, V. Ve Sümbüloğlu, K.,“Klinik ve Saha Araştırmalarında Örnekleme Yöntemleri ve Örnekleme Büyüklüğü”, Hatipoğlu Basım Yayın, 2005;135.
71. Yurtsever M, Ebeveyn çocuk hakları tutum ölçeğinin geliştirilmesi ve anne babaların çocuk haklarına yönelik tutumlarının farklı değişkenler açısından incelenmesi doktora tezi 2009.
72. Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297-334.
73. Sağlık Çalışanları için CRED-PRO Çocuk Hakları Müfredatı Uluslararası Çocuk Hakları ve Gelişimi Enstitüsü 2008.
74. Çılga, I., Türkiye’de Çocuk Hakları Çalışmalar, Cumhuriyet ve Çocuk, A.Ü. Çocuk Kültürü Araştırma ve Uygulama Merkezi Yay., Ankara,1999.
75. Eğitim İzleme Raporu, Eğitim Reformu Girişimi 2008.
76. [bianet.org/bianet/bianet/125990-ab-ilerleme-raporunda-insan-haklari](http://bianet.org/bianet/bianet/125990-ab-ilerleme-raporunda-insan-haklari) 01.04.2012.
77. Akın A., Türkiye’de Ana Çocuk Sağlığı Göstergelerindeki Gelişmeler, Çocuk sağlığı Ve Hastalıkları Dergisi 40:179-189, 1996.
78. Cronbach, L. J., Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 1951;16(3);297-334.
79. Ulukol B., Tıp Fakültesi öğrencilerinin çocuk hakları konusundaki bilgi ve farkındalık düzeyleri, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Sosyal Pediatri 2011.

80. Güney S., Çocuk Hasta Bakımına Hastane İç Tasarımının Katkısı,KÜTF koruyucu Çocuk Sağlığında Beslenme ve Alternatif Tıp Uygulamaları Sempozyumu, Sözlü Bildiri 2008.
81. Beytut DŞ ve ark., Maltepe Ün. Hemşirelik Bilimleri ve Sanatı Dergisi, 2009;2(3);35-44.
82. Oremland, E.K.,Mastering Developmental and Critical Experiences through play and other expressivebehaviors in childhood. Children Health Care, 1998;16;150-156.
83. Bingöler EB ve ark., Çocuk hastaneleri ve kliniklerinde aile merkezli sağlık hizmeti uygulamaları. Türk Pediatri Kurumu Kongresi, sözlü bildiri 2005.
84. orgm.meb.gov.tr.21.10.2011.
85. Atay G.,Hastanede yatan çocuklara gelişimsel destek.Başkent Ü. Tıp Fak. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.B.D. I. Ulusal Gelişimsel Pediatri Kongresi.2011.
86. Efe E. ve ark., Türkiye’de bazı illerde çocuk servislerinde çalışan çocuk hekimi ve hemşirelerin yenidoğanlarda ağrı konusundaki bilgi ve uygulamaları. Ağrı,19(3)16-15.
87. <http://www.saglikhakki.org/cocuk-haklar.htm>11.10.2011.
88. Armstrong F.D., Neurodevelopmentand cronic illness:Mechanisms of disease and treatment Ment Retard Dev Disabil Res Rev. 2006;12(3):168-73.
89. Lau BWK ve Tse WWC., Psychological illness and hospitalisation on child and family. J.H.K.C. Psyc. 1993;3:9-18.
90. Fazlıoğlu Z., Çocuk Hakları Sözleşmesi’nde yer alan “Çocuk Hakları” konusunda öğretmenlerin ve yöneticilerin bilinç düzeyleri, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yeditepe Üniversitesi, İstanbul – 2007.
91. Bee H., Life Span Development. Third Edititon.2003.

92. Gelbal S., ilköğretim öğretmenlerinin çocuk sevme durumlarına etkieden değişkenlerin incelenmesi, Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi (H. U. Journal of Education) 2010;38: 127-137.
93. Hill M.K., Consensus standards for the care of children and adolescents in Health Serv Res. Australian health services. Royal Australasian College of Physicians, Sydney1998;33(4 Pt 2):1059-90.
94. Vatansever Y., N. “Çocuk Cerrahisi’nde Ameliyat Olan 8-12 Yaş Grubu Çocukların Hastane Ortamı Ve Operasyondan Etkilenme Durumlarının Belirlenmesi” İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi 2008.
95. Siegel L.J. & Peterson L.: Stress reduction in young dental patients through coping skills and sensory information. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1980;48(6);785-787.
96. Hannallah R.S.: Preparing the Child for Outpatient Surgery. Ed: Gregory G.A., Pediatric Anesthesia, 4. Edition, Churchill Livingstone, California, 2002;777.
97. Birkök C.,Bilgi Sosyolojisi Işığında Kimlik Sorunu, İnternational Journal of Human Sciences, Vol 1,No.1, 2004.
98. Tombul K., Çocuk Cerrahisi Hastalarının ve Anne-Babaların Klinik Ortamdan ve Sağlık Bakım Ekibinden Beklentilerinin Belirlenmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2003.
99. Goldhagen J.Children's Rights and the United Nations Convention on the Rights of the Child. *Pediatrics* Vol., 2003; 742 -745.
100. Roth EJA new, experiential curriculum in child advocacy for pediatric residents, Ambul Pediatr. 2005;5(3):165-71.
101. Ursula Kilkelly U The Child’s Right to be heard in the Healthcare Setting: Perspectives of children, parents and health professionals Faculty of Law, University College Cork 2009.

102. Boyacı M.: Çocuk Cerrahisinde Günübürlük Olgulara Yönelik Geliştirilen Hemşirelik Bakım Standartlarının Aile Anksiyetesini Azaltmaya Etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2003.
103. Bauchner H, Vinci R, May A. Teaching parents how to comfort their children during common medical procedures. Arch Dis Child 1994; 70 (6): 548-550.
104. Harrison A. Preparing children for venous blood sampling. Pain 1991; 45: 299-306.
105. Ellerton M.L., Merriam C.: Preparing children and families psychologically for day surgery: an evaluation. Journal of Advanced Nursing, 1994; 19: 1057-1062.
106. Birkök C., Bilgi Sosyolojisi Işığında Kimlik Sorunu, International Journal of Human Sciences, 2004;1;1.
107. Dolgun E., Yavuz M.: Günübürlük Cerrahide Çocuk Hastaların ve Ailelerinin Ameliyat Öncesi Hazırlanması. Çocuk Cerrahisi Hemşireliği Derneği Bülteni, 2006;2(3): 4-8.

## 8. EKLER

### EK 1: HASTANELERDE ÇOCUK HAKLARINA YÖNELİK DÜZENLEME VE UYGULAMALAR İLE İLGİLİ ANKET

- 1) Hastaneniz kaç yataklı bir tedavi merkezidir?
- 2) Çocuk yaş grubu hasta yüzdeniz nedir?
- 3) Hastanenizde çocuk polikliniği ve kliniği bulunuyor mu?  
a) evet b) hayır
- 4) Hastane politikalarınız arasında çocukların gereksiz yere hastaneye yatırılmalarını önlemeyi ve bu durumu denetlemeyi sağlayan bir mekanizmanız var mı?  
a) evet b) hayır
- 5) Yatan çocuk hastaların hastanede yatış sürelerini denetliyor musunuz?  
a) evet b) hayır
- 6) Gereksiz hasta yatışlarını azaltmak için hastanenizin aile hekimlikleri ile birlikte ortak bir protokolü var mı?  
a) evet b) hayır
- 7) Hastaneniz polikliniklerine başvuran çocuk hastalar için özel oyun odanız, çocuk parkı vb aktivite alanlarınız var mı?  
a) evet b) hayır
- 8) Hastanenizde yatan çocuk hastalar için özel oyun odanız, çocuk parkı vb aktivite alanlarınız var mı?  
a) evet b) hayır
- 9) Emzirme ve alt değiştirme odanız var mı?  
a) evet b) hayır
- 10) Varsa hastane içinde ulaşımı kolay mı?  
a) evet b) hayır
- 11) Hastanenizde yatan çocuk hastaların ebeveynlerinin yanlarında kalmasına izin veriliyor mu?  
a) evet b) hayır



- 12) Çocuk hasta refakatçisine izin veriliyor ise refakatçiden yemek ve yatak ücreti talep ediliyor mu?  
a)evet b)hayır
- 13) Yatan çocuk hastalar için özel yemek çıkarılıyor mu?  
a)evet b)hayır
- 14) Yatan hastalar için mama mutfağınız varmı?  
a)evet b)hayır
- 15) Uzun süreli yatan okul dönemi çocuk hastalar için hastanede görevli öğretmen var mı?  
a)evet b)hayır
- 16) Hastaneniz yataklı servisinde yatırılarak tedavi gören çocuk hastalar bakım ve tedavi için erişkinlerle aynı odalarda mı takip ediliyor ?  
a)evet b)hayır
- 17) Hastanenizde çocuk hastaların ziyaretçileri için yaş sınırlamanız var mı?  
a)evet b)hayır
- 18) Çocukların oyun ve eğlence ve eğitimi için hastanenizde uygun alan varmı?  
a)evet b)hayır
- 19) Hastanenizde çocuk hastalar ayaktan ve yatırılarak tedavi edilirken aile ile koordinasyon kurulup ailenin de tedavide etkin rol almasına fırsat tanınıyor mu?  
a)evet b)hayır
- 20) Hastanenizde çocuk hastaların muayene ve tedavileri sırasında mahremiyetlerine dikkat edilebiliyor mu?  
a)evet b)hayır
- 21) Hastanenize başvuran özürlü çocukların hastaneden faydalanmaları sırasında onları engelleyecek mimari durumlar söz konusu mu?  
a)evet b)hayır
- 22) Hastanenizde hekimler çocukların durumları hakkında çocuklara, ailelere bilgi verme konusunda zaman harcıyor, buna dikkat ediyor mu?  
a)evet b)hayır
- 23) Çocuk haklarına dair tüzüklerin olduğu bir panonuz vb var mı?  
a)evet b)hayır
- 24) Son 1 yıl içinde hastanenizde çocuk hasta hakları ile ilgili bilgilendirme toplantısı yapıldı mı?  
a)evet b)hayır

- 25) Hastanenizde çocuk hastaların muayene ve tedavileri esnasında kendilerini özgürce ifade edebilmelerine dikkat edilebiliyor mu?  
a)evet b)hayır
- 26) Hastanenizde tutulan muayene kayıtları çocukların tedavi ile ilgili yorum ve şikayetleri içeren bir bölüme sahip mi?  
a)evet b)hayır
- 27) Profesyonel sağlık personelleri çocukların gençlerin kendi durumları, tedavileri ve diğer konularla ilgili görüşlerini alıyorlar mı?  
a)evet b)hayır
- 28) Çocukları şiddetin her türüsünden koruyacak hastane tüzüğünüz var mı?  
a)evet b)hayır
- 29) Çocuğa karşı şiddeti denetleyen,tayin eden bir uzman grubunuz var mı?  
a)evet b)hayır
- 30) İki kişilik ya da çok yataklı odalarda çocuk hastalar için cinsiyet ayırımı gözetiliyor mu?  
a)evet b)hayır
- 31) Ağrı, acı çekmeyi önlemek için kabul edilmiş kural ve yönteminiz var mı?  
a)evet b)hayır
- 32) Çocukların ağrı hissi muayene kayıtlarına geçiyor mu?  
a)evet b)hayır
- 33) Ağrı kontrol eğitimi almış personeliniz var mı?  
a)evet b)hayır
- 34) Hastanenizde tıbbi araştırmalarla ilgili açık bir yönetmelik var mı? Tıbbi araştırmalar için etik kurul var mı?  
a)evet b)hayır

## EK 2: SAĞLIK PROFESYONELLERİNİN ÇOCUK HAKLARI İLE İLGİLİ BİLGİ DÜZEYİ ANKETİ

### Sayın Sağlık Çalışanı,

Çalışma, ilimizde sağlık çalışanlarının sağlık hizmetlerinde çocuk haklarına ve çocuk hakları sözleşmesine ilişkin farkındalık ve tutumlarını belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Vereceğiniz yanıtlardan elde edilecek sonuçlara göre ilimizde sağlık hizmetlerine çocuk hak bazlı bir anlayışın yerleştirilmesi gereksinimi belirlenecektir. **Bu nedenle soruların hepsine içtenlikle yanıt vermeniz büyük önem taşımaktadır. Yanıtlayamadığımız sorulara “bilmiyorum” ya da “fikrim yok” seçeneğini işaretleyiniz. Anket formuna isim yazılmasına gerek yoktur.** Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler bilimsel amaçlar için kullanılacaktır.

Anketi yanıtladığınız için teşekkür eder, çalışmalarınızda başarınızın devamını dileriz.

Araştırma Ekibi adına  
Arş. Gör. Dr. Güzide Kurt

Sıra No :

Anketin Uygulandığı Tarih:

1)Yapıldığı yer

- a- K.Ü. Tıp Fakültesi                      b- KKDC-KDH-KYİH  
c- Aile Sağlığı Merkezi    d- Özel Tıp Merkezi  
e- İl Sağlık Müdürlüğü

2)Yaşınız....

3)Cinsiyetiniz 4)Çocuğunuz var mı?

- a) Yok  
b) 1 çocuk ..... yaşında, Kız/Erkek  
2. çocuk ..... yaşında, Kız/Erkek  
3. çocuk ..... yaşında, Kız/Erkek

5) Medeni durumunuz nedir?

- a-Beklen ve yalnız yaşıyorum  
b-eşim ve çocuklarımızla –çocuğumuzla yaşıyorum  
c-zorunlu sebeplerden eşim ve çocuklarımdan farklı şehirde yalnız yaşıyorum  
d-boşandım/eşim vefat etti, çocuklarımla beraber yaşıyorum  
e-boşandım/eşim vefat etti yalnız yaşıyorum  
f-diğer(.....)

6)Doğup yetiştiğiniz yer:

- a-Köy b- Kasaba c- İlçe d-Şehir merkezi

7)Eğitim durumunuz:

- a-Lise b- Üniversite c-Yüksek Lisans/ Doktora

8)Şu an ne işle meşgulsünüz?

a-Aile Hekimi

b-Araştırma görevlisi (Uzmanlık alanınız.....)

c-Pratisyen hekim (çalıştığınız birimi belirtiniz.....TSM,Acil vb)

d-uzman Doktor (uzmanlık alanınız.....)

e-Ebe,hemşire,sağlık memuru(çalıştığınız birimi,servisi belirtiniz.....TSM,Acil vb)

9)Ailenizin ekonomik durumunu belirtiniz

1-rahatça para harcıyoruz

2-günlük ihtiyaçlarımızı karşılıyoruz

3-sadece zorunlu ihtiyaç

4-zorunlu ihtiyaçları bile karşılayamıyoruz

10)Mesleki deneyiminiz aşağıdaki şıklardan hangisine uymaktadır işaretleyiniz?

a- 0-2 yıl b-3-5 yıl c-6-10 yıl d-11 yıl ve üstü

11) Çocuk hakları sözleşmesini duydunuz mu?

a) Evet

b) Hayır

12)Ülkemiz bu sözleşmeyi imzaladı mı?

a) Evet

b) Hayır

c) Fikrim yok

13)Evet ise hangi yıl?.....

14)Sözleşmedeki en önemli ilke hangisidir?

a-Hayatta kalma hakkı..

b-Zararlı etkilere, istismardan ve sömürüden korunma hakkı..

c-Aile, kültür ve sosyal hayata katılım hakkı..

d-En iyi şekilde gelişim hakkı..

e-Hiç bir hak diğerinden daha önemli değildir

15)Sağlık çalışanları çocuk hakları konusunda aktif rol almalı mıdır?

a) Evet

b) Hayır

c) Fikrim yok

16)Sağlık çalışanları sözleşme ile uyumlu devlet politikaları geliştirilmesinde aktif rol almalı mıdır?

a) Evet

b) Hayır

c) Fikrim yok

17)Sözleşmenin uygulanmasında sağlık çalışanlarının katkısı olmalı yargısına katılıyor musunuz?

a) Evet

b) Hayır

c) Fikrim yok

18) Kendinizi çocuk hakları savunuculuğunda yeterli görüyor musunuz?

- a) Evet                      b) Hayır                      c) Fikrim yok

19) Kendi çalışma programınızı düzenlerken çocuk haklarını gözetir misiniz?

- a) Evet                      b) Hayır                      c) Fikrim yok

20) Siz çocukken haklarınıza sağlık hizmetleri alanında saygı gösterilmediğini düşünüyor musunuz?

- a) Evet                      b) Hayır                      c) Hatırlamıyorum

21) Çocuklarınızdan herhangi birisinin sağlık hizmetlerini kullanımında çocuk haklarına aykırı muamele gördüğünü düşünüyor musunuz?

- a) Evet                      b) Hayır                      c) Hatırlamıyorum

**Ek 3: SAĞLIK PROFESYONELİ ÇOCUK HAKLARI TUTUM ÖLÇEĞİ  
FORMU**

<b>Sağlık Çalışanı Çocuk Hakları Tutum Ölçeği</b>	<b>Tümüyle Katılıyorum</b>	<b>Kısmen Katılıyorum</b>	<b>Kararsızım</b>	<b>Pek Katılmıyorum</b>	<b>Hiçbir zaman Katılmıyorum</b>
“Çocuğa verilecek ismin kararı, aileye aittir. Fakat Devlet, çocuğun menfaatine aykırı (alay konusu olabilecek gibi) isimlerin verilmesini önleyici yasalar yapmalıdır.”					
“Devlet, çocuğun damgalanmasına yol açabilecek bilgi ve nüfus kayıtlarını saklı tutulması için gerekli önlemleri almalıdır.”					
“Devlet, kitle iletişim araçlarının önemini kabul ederek çocuğun; özellikle ruhsal, ahlaki, bedensel ve zihinsel sağlığını geliştirmeye yönelik programlar yapmaları için destek vermelidir.”					
“Çocuklar başkaları tarafından rahatsız edilmeden yalnız kalabileceği bir yer ve zamana sahip olmalıdır.”					
“Çocuğun cinsellik ve şiddetle ilgili filmler izlemesi engellenmelidir.”					

<p>Çocuğun kafası karışık olduğunda, kendini kötü hissettiğinde ya da anlatmak isteyeceği şeyler olduğunda, sağlık çalışanından/ailesinden/öğretmeninden yardım isteyebilmelidir.”</p>					
<p>Aileler/ öğretmenler/sağlık çalışanları çocukların düşüncelerini sözlü, resimleme, yazı gibi yollarla ifade etmesi için teşvik edici olmalıdır</p>					
<p>“Çocuk, istediği televizyon programını izleyebilmeli, istediği müziği dinleyebilmelidir.”</p>					
<p>“Çocuk, deneyerek öğrenme şansına sahip olmalıdır.”</p>					
<p>“Çocuğun zaman zaman günlük yaşam becerileri ile ilgili tercihlerinde özgür bırakılması (giyinme gibi), onun daha sonraları kendi tercihlerini yapmasında temel oluşturur.”</p>					
<p>Aile/ okul yaşantısında çocuklara sorumluluklar verilmelidir.”</p>					
<p>“Çocuk, ev işlerine yardım edip etmeyeceği konusunda kendi karar vermelidir.”</p>					

“Çocuklar için koruyucu yaşlar (okula başlama gibi) olmalıdır.					
“Ailede çocukla ilgili bir karar alınırken çocuğun yaşı, cinsiyeti, gelişmişlik düzeyi ve sağlık durumu dikkate alınmalıdır.”					
“Zihinsel veya bedensel özürlü çocukların da kendi istekleri doğrultusunda sosyal yaşama katılma hakkı vardır.”					
“Devlet, çocuğun bakımı, korunması ve eğitiminden sorumlu olan kurumların (aile, okul, hastane gibi) fiziksel şartları, hizmetleri ve çalışan personelin özellikleri konularında standartlar oluşturmalıdır.”					
“Çocuğu ilgilendiren bir konuda karar alınırken; ülke vatandaşı olma, mülteci olma, dili, yaşadığı ülkenin içinde bulunduğu ekonomik şartlar, yaşadığı yer (örneğin kırsal/ kentsel alan, kültürel özellikleri) gibi durumlar dikkate alınmalıdır.”					
“Kız ve erkek çocuklarının küçük yaştan itibaren farklı cinsiyetlerde arkadaşlarının olması, onların hem kendi cinslerini hem de diğer cins arkadaşlarının özelliklerini öğrenmesi açısından önemlidir.					



<p>“Aile,sağlık personeli; çocuk hazır olduğunda cinsellikle ilgili bilgilendirme/ danışmanlığını; çocuğun akranlarından, televizyondan, internetten ve sokaktan yanlış ve eksik öğrenmesini engellemek için kendisi vermelidir.”</p>					
<p>“Çocuğun okul ortamında yaşadığı sağlık problemlerinde; aciliyet gerektiren durumlarda, çocuk kendi sağlığıyla ilgili kararları verebilir.”</p>					
<p>“Çocuk için evlat edinme, kurum bakımı gibi uygulamalar en son düşünülecek çözüm olmalıdır. Devlet, öncelikli olarak aileye ekonomik ve sosyal destek sağlamalıdır.”</p>					
<p>“Devlet, annenin çalıştığı durumlarda çocuğun bakımını güvence altına almalı ev bakımı konusunda yardım ve destek vermelidir.”</p>					
<p>“Çocuk için gerekli yaşam şartlarının (barınma, beslenme, temiz su gibi) sağlanması Devlet tarafından güvence altına alınmalıdır.”</p>					
<p>“Aile üyelerinden birinde madde bağımlılığı varsa; çocuk, bu duruma tanık olmamalıdır”</p>					

Devlet, çocuk bedeninin her türlü kullanılmasını (reklâm, iş gücü, haber, pornografi gibi) önlemeye yönelik yasalar yapmalıdır.”					
“Devlet çocuğun sağlık bakımı ve takibinde (aşı, büyüme ve gelişmenin takibi, ağız ve göz muayenesi, tedavi gibi) aksama olmaması için gerekli önlemleri almalıdır.”					
Çocuğun hayati tehlikesi olduğu durumlarda; tıbbi tedavinin uygulanıp uygulanmayacağı veya tıbbi tedavinin şekline karar verme sorumluluğu, aile ve doktor arasında paylaşılmalıdır.”					
“Tıbbi tedavi uygulamalarından önce çocuğa tedavi hakkında bilgi verilmesi ve sorularının yanıtlanması, onun tedavi sürecini daha huzurlu atlatmasını sağlar.”					
Özürlü çocukların özel gereksinimleri vardır. Devlet, özel gereksinimlerinin karşılanması için ailenin parasal durumunu göz önüne almadan her türlü desteği sağlamalıdır.”					

“Aile/ öğretmen /sağlık çalışanı çocuğun merak ettiği her konuda soru sorması için teşvik edici olmalıdır.”					
“Ailenin öncelikli sorumluluğu çocuğunun beslenme ve sağlığı ile ilgilienmektir.”					
“Çocukluk, insan yaşamında özel bir dönemdir. Devlet yasalarını yaparken mutlaka çocukluk döneminin tanımını yapmalı ve çocukların ihtiyaçlarını göz önüne almalıdır.”					
Çocuğun reşit oluncaya kadarki bakımı, korunması ve eğitimi, Devlet’in güvencesi altında olmalıdır.”					
“hastanede, çocuğun sağlık ihtiyaçları kadar oyun ve eğlence ortamını da sağlamalıdır.”					
Hastanede yatırılarak tedavi alması gerektiği durumlarda çocuk sağlığı için gerekli minimum süre hastanede tutulmalı, ev ortamından koparılmamaya çalışılmalıdır.					
“Çocuk, bulunduğu toplumun kültürünü (değerlerini, dilini, geleneklerini vb) öğrenmelidir.”					

“Okul eğitimi, şartları elverişsiz çevre ve ailelerden gelen çocuklar için ortak bir yetişme ortamı sağlamalıdır.”					
“Sağlık, sosyal, ekonomik ve kültürel durum ne olursa olsun; çocuk eğitim hizmetinden kesintisiz olarak faydalanmalıdır.”					
Çocuk, ihtiyaç duyduğu yaşa kadar oyun oynamalıdır.”					
Oyun alanları düzenlenirken çocukların ihtiyaç ve istekleri de göz önünde bulundurulmalıdır.”					
“Çocuk, kendi isteği doğrultusunda dinlenme, oyun ve eğlence, sanat ve öğrenme ortamına katılmalıdır.”					
Yetişkinler çocuğun okul dışı zamanını değerlendirme şeklinin belirlenmesinde çocuğa rehberlik ederken, çocuğun görüşlerine de yer vermelidir.”					

## EK 4: İNTERN DOKTOR GÖZLEM FORMU

Gözlemediğiniz katılımcının cinsiyetini belirtiniz

a)Bay b)Bayan

1. Çocuklara muayene ve tedavi uygulamaları sırasında nezaketle ve anlayışla mı yaklaşıyor?

a)evet b)Hayır c)bazen

2. Muayene ve girişim öncesi çocuğa kendini tanıtarak ve onun ismini sorarak iletişim kurmaya çalışıyor mu?

a)evet b)Hayır c)bazen

3. Ses tonu çocuğun yaşına göre değişiyor mu?

a)evet b)Hayır c)bazen

4. Katılımcı muayene ve girişimler öncesi çocuklara kendi yaş, gelişim düzeyi ve anlayışlarına uygun bir şekilde bilgilendirilme yapıyor mu ?

a)evet b)Hayır c)bazen

5. Katılımcı muayene ve girişim öncesi çocukları uygun bir dille ikna etmeye çalışıyor mu? Yoksa zor mu kullanıyor?

a)evet b)Hayır c)bazen

6. Katılımcı çocukların durumları hakkında çocuklara, ailelere bilgi verme konusunda zaman harcıyor, buna dikkat ediyor mu?

a)evet b)Hayır c)bazen

7. Çocukların muayeneleri ve girişimsel işlemleri sırasında mahremiyetlerine dikkat ediyor mu?

a)evet b)Hayır c)bazen

8. Katılımcı uygulanan işlem öncesi aileleri bilgilendiriyor mu?

a)evet b)Hayır c)bazen

9. Katılımcı; çocukları onların anlayabileceği bir dille hastalığı ile ilgili bilgilendiriyor mu?

a)evet b)Hayır c)bazen

10. Katılımcı muayene ve girişim ve tedavi uygulamaları sırasında çocukların bekleme sürelerini ve hastanede kalış sürelerini kısaltmak için özen gösteriyor mu?

a)evet b)Hayır c)bazen

## EK 5: İNTERN DOKTOR VE GÖZLEMCIYE VERİLEN EĞİTİM PROGRAMI İÇERİĞİ

Eğitim içeriğinin ilk beş bölümü; Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Gelişim Bölümü öğrencisi olan ve intern doktorları (eğitim alan ve eğitim almayan grubu) gözlemleyecek olan dört öğrenciye ve eğitim alacak gruba seçilmiş oniki intern doktor için ortak hazırlandı. Eğitim metodoloji bölümünde ayrıntılandırılan zaman diliminde verildi. Altıncı bölüm ise sadece gözlemcilik görevini üstlenen Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Gelişim Bölümü öğrencilerine verildi.

Eğitim içeriği;

- 1.Çocuk kavramı (sayfa 3)
2. Çocuk hakları ne demektir? (sayfa 9-13)
3. Çocuk hakları sözleşmesinin içeriği (sayfa 17-23)
- 4.Hasta çocuk hakları (sayfa 24)
- 5.Çocuk haklarının hayata geçirilebilmesinde sağlık çalışanının rolünün tanımlanması.
6. Gözlemciye verilecek ek eğitim ve gözlem metodu

### *6.GÖZLEMCIYE VERİLECEK EK EĞİTİM VE GÖZLEM METODU*

Metodoloji bölümünde de belirtildiği gibi gözlemciler internlerin haberleri olmaksızın gözlem yaptılar. Memnuniyet, nezaket ve anlayışlı yaklaşım vb. gibi değerlendirmesi gözlemciden gözlemciye değişebilecek soyut kavramların standardizasyonu için gözlemcilere örneklerle nezaket ve nezaket dışı davranış çerçevesi çizilmeye çalışıldı. Çocukların nöromotor gelişme basamakları ve yaşlara göre özellikleri anlatılarak her yaş grubu için uygun ses tonu, muayeneye başlama ve devam ettirme yöntemleri anlatıldı.

Aile ve çocuk memnuniyetini standardize edebilmek için duygu-durumu ifade eden yüz şekilleri ankete yerleştirildi ve gözlemcilerden en uygun olan duygu durumun işaretlenmesi istendi.

Muayene öncesi bekleme müddetinin standardizasyonunda süre; muayene öncesi için 30 dakika olarak belirlendi. Gereksiz yere bekleme ve hastanede kalış süresinin uzatılması ile ilgili intern doktor dışı etkenler göz ardı edilerek süre ile ilgili intern doktorlardan kaynaklanan uzamaların not edilmesi istendi.

### 5. Çocuk haklarının hayata geçirilebilmesinde sağlık çalışanının rolünün tanımlanması

Bir çocuk sağlığı çalışanı için, çocuk sağlığı konularıyla doğrudan ilgili Sözleşme maddeleri şunlardır:

- **Yaşam, yaşama ve optimal gelişme hakkı (Madde 6)**
- **Sağlık ve sağlık hizmetleri hakkı (Madde 24)**

Bununla birlikte, bu haklara ulaşılması veya bunların yaşama geçirilmesi, Sözleşme'nin uygulanmasına bütüncül bir yaklaşımın benimsenmesiyle, özellikle aşağıdakilerin dikkate alınmasıyla mümkün olabilecektir:

- **Hakların kullanımında aktif bir katılımcı olarak çocuğa saygı(Maddeler 5, 12 ve 16)**

- Çocukun korunma ve eksiksiz gelişme hakkına saygı (Maddeler 19, 24ve 29)

*Madde 5 sağlık çalışanlarının aşağıdakiler açısından hem yükümlülükleri hem de fırsatları olduğunu gösterir:*

- Sağlık çalışanları, önerilen herhangi bir tedaviyi çocuğun (ve ona bakanların) ne kadar anladığını araştırmalı, bu konuda görüşlerini almalı ve onay verme (bakım ve tedavi biçimlerine) anlamında bilinçli kararları olup olmadığına bakmalıdır.
- Çocuklara anlayabilecekleri şekilde (dil ve tarz olarak), çocuğun gelişim halindeki yeteneklerine uygun bilgi verilmelidir.
- Sağlık çalışanları, hem çocuklar hem de ebeveynleriyle işbirliği halinde çalışmalı, tedavi ile ilgili kararlara mümkün olduğunca onları da dahil etmelidir.
- Çocuklara önerilen seçenekler üzerinde düşünüp bilinçli bir karara varabilmeleri için fırsat ve zaman tanınmalıdır
- Çocuğun sahip olduğu kapasiteden yararlanabilmesi ve süreç gelişirken soru sorabilmesi için rahat ve destekleyici bir ortam oluşturulmalıdır
- Kararların çocuğun özel durumunu (yaş, cinsiyet, kültür, gelişimsel kapasiteler ve yetenekler gibi) nasıl etkilediğini ve bu durumdan nasıl etkilendiğini kavramak için çocuklar ve ana babalarla birlikte çalışılmalıdır.
- Çocuğun yararının bilinçli olarak gözetilip desteklenmesini sağlamak üzere ana babalar ve çocuklarla birlikte çalışılmalıdır.

Birçok ülkede tıbbi tedaviye onay yaşı yasalarla belirlenmiştir ve bu yaş genellikle çocukların bilinçli kararlar vermeye başladıkları yaşın üzerinde belirlenmiştir. Doktorlar bu yasalara uymak zorunda olmakla birlikte, Sözleşme'nin felsefesi, doktorların sağlıklarıyla ilgili kararlara çocukları tedricen daha fazla dahil etmeleri, ana babaların bunun gerekliliğini anlamalarına yardımcı olmaları ve açık, katılımcı ve bilgi temelli bir karar sürecini özendirme gibi gerekliliklere işaret etmektedir.

***Madde 12: Çocuğun kendini ifade etmesi ve görüşlerinin ciddiye alınması***

Çocukların yeni yeni ortaya çıkan yetkinliklerinin dikkate alınmasının ne denli gerekli ve önemli olduğu ile yakından bağlantılı olan bir ilke, görüşlerini ifade edebilecek durumda olan tüm çocukların bu görüşlerini kendilerini etkileyen her konuda ifade etme, yaş ve olgunluk düzeylerine göre bu görüşlerine gerekli ağırlığın tanınmasını sağlama hakkına sahip olmalarıdır. Bu ilke yetişkinlere çocukları dinleme ve onların söylediklerini ciddiye alma şeklinde net bir yükümlülük getirir. Bu hakkın neleri de beraberinde getirdiğinin kavranması önemlidir.

- *Tüm çocuklar kendi görüşlerini oluşturabilirler.* Çocukların kendi görüşlerini oluşturamayacakları alt bir yaş sınırı yoktur. Çok küçük yaşlardaki çocukların bile görüşleri, korkuları ve duyarlılıkları vardır. Madde 12, yetişkinlerin bu görüşleri dinleyip onlara saygı göstermelerini sağlayacak zamanı ayırmalarını ve buna istekli olmalarını öngörür. Yetişkinlerin çocukların isteklerini ne ölçüde karşılayabilecekleri, gündemdeki konuya, mevcut seçeneklere,

olası sonuçlara ve çocuğun gündemdeki meselesini kavrayabilme kapasitelerine bağlıdır. Ancak, çocuğun görüşü, yaşının küçüklüğü nedeniyle geçersiz sayılamaz; bir bebeğin de, 16 yaşındaki bir çocuğun da kendini ifade etme hakkı vardır; bununla birlikte, küçük çocuğun duyarlılıklarını dile getirmesini sağlamak üzere farklı yollar ve araçlar düşünülebilir.

- *Tüm çocuklar kendilerini etkileyen konularda görüş belirtebilirler.* Madde 12 çocuğun yaşamının herhangi bir yönü ile sınırlı değildir. İster aile, ister okul, ister hastane ister kamu politikaları söz konusu olsun, çocukların kendilerine danışılma ve işin içinde yer alma hakları vardır. Geleneksel olarak yetişkinler tarafından alınan birçok kararın çocuklar üzerinde etkili olacağını bilmek ve kabul etmek önemlidir. Örneğin hastanenin nerede olduğu, kliniklerin nasıl düzenlendiği, koşulların nasıl yönetildiği, cinsel sağlık ve üreme sağlığına ilişkin politikalarının ne olduğu ve nasıl planlandığı önemlidir. Gerektiği gibi danışıldığında bunların hepsi çocukların ve anne babalarının yararlı katkılarda bulunabilecekleri alanlardır.
- *Tüm çocuklar görüşlerine gerekli dikkatin gösterilmesi hakkına sahiptir.* Eğer söyledikleri dikkate alınmayacaksa çocukları dinlemenin fazla bir anlamı yoktur. Başka bir deyişle, çocukların ne düşündüklerine ve hissettiklerine kulak vermek için zaman ayırmak, söylediklerini de ciddiye alıp gereğini yerine getirmek gereklidir. Ancak bu, her durumda mutlaka çocuğun görüşüne katılmak anlamına gelmez; gene de, çocukların görüşleri salt yaşları küçük olduğu veya yetişkinlerin görüşlerine uymadığı için bir kenara atılmamalıdır.
- *Yaşa ve olgunluk düzeyine göre, çocuğun görüşüne tanınacak ağırlık konuyu ne kadar kavramış olduğuna göre değişir.* Burada kastedilen yalnızca daha büyük çocukların görüşlerine daha fazla ağırlık tanınması değildir. Örneğin, önemli ameliyatlara geçirmiş ve sık sık tıbbi müdahale yapılmış olan küçük çocuklar eğer çevrelerindeki yetişkinler tarafından desteklenirlerse onlara yapılacak tıbbi müdahalelerde uygulanması düşünülen ve kendilerini etkileyecek olan tıbbi tercihlerin, yaşam ve ölüm açısından sonuçlarını derinden kavrayabildiklerini ve tercihte bulunabildiklerini gösteren net kanıtlar vardır. Madde 5'te de belirtildiği gibi, bir çocuk ne kadar yetkin durumdaysa isteklerine ve görüşlerine de o kadar fazla ağırlık tanınmalıdır.

***Madde 16: Çocukların özel yaşam ve özel yaşamın gizliliğine saygı gösterilmesi hakkı.***

Sözleşme'nin 16. Maddesi, birey olarak çocukların birey olarak kendilerinin, ailelerinin, evlerinin; kurumlardayken kendilerinin ve her tür yazışma ve iletişimde özel ve gizli kalması gereken durumları olabileceğini vurgulamaktadır. Özel yaşantıya saygı, çocuğun kimliğine saygının temelidir.

Bu durumda, sağlık çalışanlarının aşağıdaki konularda hem yükümlülükleri olduğunu hem de önlerinde kimi fırsatlar bulunduğunu söyleyebiliriz:

- Çocuğun bedenine ve özel yaşantısına saygı; bu saygıda durumdan kaynaklanan tüm etmenlerin (kültür, din, cinsiyet, yaş, beceri) dikkate alınması)
- Konsültasyon ve tedavi gibi işlemlerin çocuğun özel yaşantısına ve gizliliğine saygılı ortamlarda yürütülmesi



- Tıbbi yardım arayışı içinde olan çocukların ve ergenlerin herşeyden önce özel yaşantılarına saygı, özel veya gizli bilgilerini başkalarıyla (ana babalar ve diğer doktorlar dahil) paylaşmadan önce izinlerini alma
- Özel yaşantı ve gizlilikle ilgili yürürlükteki yasaları kavrama ve uygulama
- Gizli bilgilere erişimle ilgili açık politikalar geliştirip yaygınlaştırma ve çocuğun bu politikalarından haberdar olmasını sağlama

***Madde 19: İstismar ve ihmalin her biçiminden korunma hakkı***

Madde 19 yetişkin yanında iken “*çocuğun bedensel veya zihinsel saldırı, şiddet veya istismar, ihmal ya da ihmalkâr muameleye, ırza geçme dahil her türlü istismar ve kötü muameleye karşı korunması için*” gerekli bütün önlemlerin alınmasını öngörmektedir. Gerek şiddetin önlenmesinde, gerekse bu tür durumların belirlenmesinde, teşhisinde ve gerekli sevklerin yapılmasında sağlık çalışanlarının önemli bir rolü vardır. Ayrıca, zarardan korunma hakkının yaşama geçirilmesinde, sağlık çalışanları çocuğun görüşlerini dinlemeli, bu görüşlere saygı göstermeli, karar verme kapasitelerini ve özel yaşamlarının gizliliğini gözetmelidir. Bu hakların hepsinin gözetilmesi için aşağıdaki noktaların dikkate alınması gerekir:

- Çocuklarla özel olarak konuşulabilecek mekânlar yaratın
- Şiddet, istismar veya ihmal olayları için ipucu teşkil edecek söylemlere dikkat edin
- Şiddet, istismar veya ihmal kuşkusu uyandıracak durumlarda, çocuğa saygılı (kullanılan dil vb. açısından) ve gelişim düzeyini dikkate alan bir tarzda durumun ne olduğunu sorun
- Çocuğun söylediklerinden hareketle düşünce ve kaygılarınızı, ilgili sorumluluklarınızı (yasal ve etik) ve yapılabilecek işlemleri tartın
- Eğer uygunsa bu etmenleri çocuğun ana babası/vasisi ile konuşun
- Tespit ettiğiniz veya kuşkulu tüm şiddet vakalarını bir yere kaydedin
- Koruma ve şiddet, istismar ve ihmal vakalarının bildirilmesi ile ilgili yürürlükteki yasaları öğrenin ve bunlara uygun hareket edin
- Şiddet, istismar ve ihmalin tespit edildiği veya kuşkulandığı durumlarda çocuğun korunması ve bu durumların bildirilmesi ile ilgili açık politikalar belirleyin. Çocuğun/ergenin bu politikalarından haberdar olmasını sağlayın
- Çocukları/ergenleri şiddet, istismar ve ihmal konusunda eğitin; şiddet, istismar ve ihmal gibi durumlara maruz kaldıklarında veya böyle durumlara tanık olduklarında yardım için birine başvurmalarını teşvik edin
- Ergenlere sağlıklı ilişkiler konusunda bilgi verin
- Neyin çocuğun yüksek yararına olduğunu tartarken, çocuğun görüşlerini de dikkate alın; çocuğun görüşlerine uymamanın veya uymamanın neler getirebileceğini, çocuk açısından doğabilecek riskleri düşünün.

***Madde 24.e ve f ve Madde 29: Eğitim ve bilgilendirme yoluyla gelişme hakkının sağlanması***

Sağlık hakkı ile ilgili 24. Madde, çocukların ve ana babaların, mümkün olan en iyi sağlık durumuna ulaşılabilmesi için eğitilip bilgilendirilmelerini sağlama yükümlülüğünü de içerir. Eğitim ve sağlık açısından yararlı bilgilere erişim, çocukların korunmasında önemli bir rol oynayabilir. Eğitim ve bilgilendirme, çocukların bilgiye dayalı ve akıllıca kararlar verme kapasitesini güçlendirir. Çocukların pozitif tercihlerde bulunup sağlıklı bir yaşam sürdürmeleri için gerekli bilgi ve becerileri kazanmalarında sağlık çalışanları önemli bir rol oynayabilirler.

Madde 24 sağlık çalışanlarının şunları yapmaları gerektiğine işaret eder:

- Mümkün ve uygun olduğu durumlarda, sağlıklı bir yaşam için neler yapılması gerektiğini anlamalarına yardımcı olmak amacıyla çocuklara bilgi verilmesi (cinsel sağlık, üreme sağlığı, HIV/AIDS duyarlılığı, beslenme, sigara, alkol, uyuşturucular, fiziksel ve psikolojik gelişim ve yönlendirme ve eğitim)
- Önleyici ve tanıtıcı materyallerin çocukların anlayabilecekleri biçim ve içerikte ve çocukların gelişim halindeki yeteneklerini dikkate alarak hazırlanması; bu hazırlık çocukların da katılımıyla yapılabilir
- Çocuğun sağlığına ilişkin kararlar verilirken ana babaların ve çocukların birbirinin karşılıklı haklarını daha iyi anlayabilmeleri için onlarla birlikte çalışma
- Daha fazla bilgi ve yardım için nereye başvurabilecekleri konusunda çocuklara tavsiyelerde bulunma

Madde 29 sağlık çalışanlarının şunları yapmaları gerektiğine işaret eder:

- Çocuklar için ve onlarla birlikte çalışırken gelişimsel bir yaklaşım benimseme
- Çocuğun kişiliğini, yeteneklerini, zihinsel ve fiziksel kapasitelerini tam olarak koruyucu ve geliştirici ve onu özgür bir toplumda sorumlu bir yaşama hazırlayıcı müdahalelerde bulunma
- Çocuğun daha sonraki gelişimine saygı gösterme ve destekleme açısından çocuk, ana baba, meslektaşlar ve topluluk karşısında eğitici ve rol modeli olmayı üstlenme.

## **EK 6: ÇOCUK HAKLARINA DAİR SÖZLEŞME**

### **I. KISIM**

#### **Madde-1**

Bu Sözleşme uyarınca çocuğa uygulanabilecek olan kanuna göre daha erken yaşta reşit olma durumu hariç, onsekiz yaşına kadar her insan çocuk sayılır.

#### **Madde-2**

1. Taraf Devletler, bu Sözleşmede yazılı olan hakları kendi yetkileri altında bulunan her çocuğa, kendilerinin, ana babalarının veya yasal vasilerinin sahip oldukları, ırk, renk, cinsiyet, dil, siyasal ya da başka düşünceler, ulusal, etnik ve sosyal köken, mülkiyet, sakatlık, doğuş ve diğer statüler nedeniyle hiçbir ayırım gözetmeksizin tanır ve taahhüt ederler.

2. Taraf Devletler, çocuğun ana-babasının, yasal vasilerinin veya ailesinin öteki üyelerinin durumları, faaliyetleri, açıklanan düşünceleri veya inançları nedeniyle her türlü ayırımı veya cezaya tabi tutulmasına karşı etkili biçimde korunması için gerekli tüm uygun önlemleri alırlar.

#### **Madde-3**

1. Kamusal ya da özel sosyal yardım kuruluşları, mahkemeler, idari makamlar veya yasama organları tarafından yapılan ve çocukları ilgilendiren bütün faaliyetlerde, çocuğun yararı temel düşüncedir.

2. Taraf Devletler, çocuğun ana-babasının, vasilerinin ya da kendisinden hukuken sorumlu olan diğer kişilerin hak ve ödevlerini de gözönünde tutarak, esenliği için gerekli bakım ve korumayı sağlamayı üstlenirler ve bu amaçla tüm uygun yasal ve idari önlemleri alırlar.

3. Taraf Devletler, çocukların bakımı veya korunmasından sorumlu kurumların, hizmet ve faaliyetlerin özellikle güvenlik, sağlık, personel sayısı ve uygunluğu ve yönetimin yeterliliği açısından, yetkili makamlarca konulan ölçülere uymalarını taahhüt ederler.

#### **Madde-4**

Taraf Devletler, bu Sözleşmede tanınan hakların uygulanması amacıyla gereken her türlü yasal, idari ve diğer önlemleri alırlar. Ekonomik, sosyal ve kültürel haklara ilişkin olarak, Taraf Devletler eldeki kaynaklarını ola-bildiğince geniş tutarak, gerekirse uluslararası işbirliği çerçevesinde bu tür önlemleri alırlar.

#### **Madde-5**

Taraf Devletler, bu Sözleşmenin çocuğa tanıdığı haklar doğrultusunda çocuğun yeteneklerinin geliştirilmesi ile uyumlu olarak, çocuğa yol gösterme ve onu yönlendirme konusunda ana-babanın, yerel gelenekler öngörüyorsa uzak aile veya topluluk üyelerinin, yasal vasilerinin veya çocuktan hukuken sorumlu öteki kişilerin sorumluluklarına, haklarına ve ödevlerine saygı gösterirler.

#### **Madde-6**

1. Taraf Devletler, her çocuğun temel yaşama hakkına sahip olduğunu kabul ederler.

2. Taraf Devletler, çocuğun hayatta kalması ve gelişmesi için mümkün olan azami çabayı gösterirler.

#### Madde-7

1. Çocuk doğumdan hemen sonra derhal nüfus kütüğüne kaydedilecek ve doğumdan itibaren bir isim hakkına, bir vatandaşlık kazanma hakkına ve mümkün olduğu ölçüde ana-babasını bilme ve onlar tarafından bakılma hakkına sahip olacaktır.

2. Taraf Devletler, özellikle çocuğun tabiiyetsiz kalması söz konusu olduğunda kendi ulusal hukuklarına ve ilgili uluslararası belgeler çerçevesinde üstlendikleri yükümlülüklerine uygun olarak bu hakların işlerlik kazanmasını taahhüt ederler.

#### Madde-8

1. Taraf Devletler, yasanın tanıdığı şekliyle çocuğun kimliğini; tabiiyeti, ismi ve aile bağları dahil, koruma hakkına saygı göstermeyi ve bu konuda yasa dışı müdahalelerde bulunmamayı taahhüt ederler.

2. Çocuğun kimliğinin unsurlarının bazılarında veya tümünden yasaya aykırı olarak yoksun bırakılması halinde, Taraf Devletler çocuğun kimliğine süratle yeniden kavuşturulması amacıyla gerekli yardım ve korumada bulunurlar.

#### Madde-9

1. Yetkili makamlar uygulanabilir yasa ve usullere göre ve temyiz yolu açık olarak, ayrılığın çocuğun yüksek yararına olduğu yolunda karar vermedikçe, Taraf Devletler, çocuğun; ana-babasından, onların rızası dışında ayrılmamasını güvence altına alırlar. Ancak, ana-babası tarafından çocuğun kötü muameleye maruz bırakılması ya da ihmal edilmesi durumlarında ya da ana-babanın birbirinden ayrı yaşaması nedeniyle çocuğun ikametgahının belirlenmesi amacıyla karara varılması gerektiğinde, bu tür bir ayrılık kararı verilebilir.

2. Bu maddenin birinci fıkrası uyarınca girilen her işlemde, ilgili bütün taraflara işleme katılma ve görüşlerini bildirme olanağı tanınır.

3. Taraf Devletler, ana-babasından veya bunlardan birinden ayrılmasına karar verilen çocuğun, kendi yüksek yararına aykırı olmadıkça, ana-babanın ikisiyle de düzenli bir biçimde kişisel ilişki kurma ve doğrudan görüşme hakkına saygı gösterirler.

4. Böyle bir ayrılık, bir Taraf Devlet tarafından girilen ve çocuğun kendisinin ana veya babasının veya her ikisinin birden tutuklanmasını, hap-sini, sürgün, sınır dışı edilmesini veya ölümünü (ki buna devletin gözetimi altında iken nedeni ne olursa olsun meydana gelen ölüm dahildir) tevlit eden herhangi benzer bir işlem sonucu olmuşsa, bu Taraf Devlet, istek üzerine ve çocuğun esenliğine zarar vermemek koşulu ile; ana-babaya, çocuğa veya uygun olursa, ailenin bir başka üyesine, söz konusu aile bireyinin ya da bireylerinin bulunduğu yer hakkında gereken bilgiyi verecektir. Taraf Devletler, böyle bir istemin başlı başına sunulmasının ilgili kişi veya kişiler bakımından aleyhe hiç bir sonuç yaratmamasını ayrıca taahhüt ederler..

#### Madde-10

1. 9 uncu Maddenin 1 inci fıkrası uyarınca Taraf Devletlere düşen sorumluluğa uygun olarak, çocuk

veya ana-babası tarafından, ailenin birleşmesi amaçlarıyla yapılan bir Taraf Devlet ülkesine girme ya da onu terketme konusundaki her başvuru, Taraf Devletlerce olumlu, insani ve ivedi bir tutumla ele alınacaktır. Taraf Devletler, bu tür bir başvuru yapılmasının başvuru sahipleri veya aile üyeleri aleyhine sonuçlar yaratmamasını taahhüt ederler.

2. Ana-babası, ayrı devletlerde oturan bir çocuk olağanüstü durumlar hariç, hem ana hem de babası ile düzenli biçimde kişisel ilişkiler kurma ve doğrudan görüşme hakkına sahiptir. Bu nedenle ve 9 uncu maddenin 1 inci fıkrasına göre Taraf Devletlere düşen sorumluluğa uygun olarak, Taraf Devletler çocuğun ve ana-babasının Taraf Devletlerin ülkeleri dahil herhangi bir ülkeyi terketmeye ve kendi ülkelerine dönme hakkına saygı gösterirler. Herhangi bir ülkeyi terketme hakkı, yalnızca yasada öngörüldüğü gibi ve ulusal güvenliği, kamu düzenini, kamu sağlığı ve ahlak veya başkalarının hak ve özgürlüklerini korumak amacı ile ve işbu Sözleşme ile tanınan öteki haklarla bağdaştığı ölçüde kısıtlamalara konu olabilir.

#### Madde-11

1. Taraf Devletler, çocukların yasadışı yollarla ülke dışına çıkarılıp geri döndürülmemesi halleriyle mücadele için önlemler alırlar.

2. Bu amaçla Taraf Devletler iki ya da çok taraflı anlaşmalar yapılmasını ya da mevcut anlaşmalara katılmayı teşvik ederler.

#### Madde-12

1. Taraf Devletler, görüşlerini oluşturma yeteneğine sahip çocuğun kendini ilgilendiren her konuda görüşlerini serbestçe ifade etme hakkını bu görüşlere çocuğun yaşı ve olgunluk derecesine uygun olarak, gereken özen gösterilmek suretiyle tanırlar.

2. Bu amaçla, çocuğu etkileyen herhangi bir adli veya idari kovuşturmada çocuğun ya doğrudan doğruya veya bir temsilci ya da uygun bir makam yoluyla dinlenilmesi fırsatı, ulusal yasanın usule ilişkin kurallarına uygun olarak çocuğa, özellikle sağlanacaktır.

#### Madde-13

1. Çocuk, düşüncesini özgürce açıklama hakkına sahiptir; bu hak, ülke sınırları ile bağlı olmaksızın; yazılı, sözlü, basılı, sanatsal biçimde veya çocuğun seçeceği başka bir araçla her türlü haber ve düşüncelerin araştırılması, elde edilmesi ve verilmesi özgürlüğünü içerir.

2. Bu hakkın kullanılması yalnızca:

a) Başkasının haklarına ve itibarına saygı,

b) Milli güvenliğin, kamu düzeninin, kamu sağlığı ve ahlakın korunması nedenleriyle ve kanun tarafından öngörülmek ve gerekli olmak kaydıyla yapılan sınırlamalara konu olabilir.

#### Madde-14

1. Taraf Devletler, çocuğun düşünce, vicdan ve din özgürlükleri hakkına saygı gösterirler.

2. Taraf Devletler, ana-babanın ve gerekiyorsa yasal vasilerin; çocuğun yeteneklerinin gelişmesiyle

bağdaşır biçimde haklarının kullanılmasında çocuğa yol gösterme konusundaki hak ve ödevlerine, saygı gösterirler.

3. Bir kimsenin dinini ve inançlarını açıklama özgürlüğü kanunla öngörülmek ve gerekli olmak kaydıyla yalnızca kamu güvenliği, düzeni, sağlık ya da ahlaki ya da başkalarının temel hakları ve özgürlüklerini korumak gibi amaçlarla sınırlandırılabilir.

#### Madde-15

1. Taraf Devletler, çocuğun dernek kurma ve barış içinde toplanma özgürlüklerine ilişkin haklarını kabul ederler.

2. Bu hakların kullanılması, ancak yasayla zorunlu kılınan ve demokratik bir toplumda gerekli olan ulusal güvenlik, kamu güvenliği, kamu düzeni yararına olarak ya da kamu sağlığı ve ahlakın ya da başkalarının hak ve özgürlüklerinin korunması amaçlarıyla yapılan sınırlamalardan başkalarıyla kısıtlandırılamaz.

#### Madde-16

1. Hiçbir çocuğun özel yaşantısına, aile, konut ve iletişimine keyfi ya da haksız bir biçimde müdahale yapılamayacağı gibi, onur ve itibarına da haksız olarak saldırılamaz.

2. Çocuğun bu tür müdahale ve saldırılara karşı yasa tarafından korunmaya hakkı vardır.

#### Madde-17

Taraf Devletler, kitle iletişim araçlarının önemini kabul ederek çocuğun;

özellikle toplumsal, ruhsal ve ahlaki esenliği ile bedensel ve zihinsel sağlığını geliştirmeye yönelik çeşitli ulusal ve uluslararası kaynaklardan bilgi ve belge edinmesini sağlarlar. Bu amaçla Taraf Devletler:

a) Kitle iletişim araçlarını çocuk bakımından toplumsal ve kültürel yararı olan ve 29 uncu maddenin ruhuna uygun bilgi ve belgeyi yaymak için teşvik ederler;

b) Çeşitli kültürel, ulusal ve uluslararası kaynaklardan gelen bu türde bilgi ve belgelerin üretimi, değişimi ve yayımı amacıyla uluslararası işbirliğini teşvik ederler;

c) Çocuk kitaplarının üretimini ve yayılmasını teşvik ederler;

d) Kitle iletişim araçlarını azınlık grubu veya bir yerli ahalیه mensup çocukların dil gereksinimlerine özel önem göstermeleri konusunda teşvik ederler;

e) 13 ve 18 inci maddelerde yer alan kurallar gözönünde tutularak çocuğun esenliğine zarar verebilecek bilgi ve belgelere karşı korunması için uygun yönlendirici ilkeler geliştirilmesini teşvik ederler.

#### Madde-18

1. Taraf Devletler, çocuğun yetiştirilmesinde ve gelişmesinin sağlanmasında ana-babanın birlikte sorumluluk taşıdıkları ilkesinin tanınması için her türlü çabayı gösterirler. Çocuğun yetiştirilmesi ve

geliştirilmesi sorumluluğu ilk önce ana-babaya ya da durum gerektiriyorsa yasal vasilere düşer. Bu kişiler her şeyden önce çocuğun yüksek yararını gözönünde tutarak hareket ederler.

2. Bu Sözleşmede belirtilen hakların güvence altına alınması ve geliştirilmesi için Taraf Devletler, çocuğun yetiştirilmesi konusundaki sorumluluklarını kullanmada ana-baba ve yasal vasilerin durumlarına uygun yardım yapar ve çocukların bakımı ile görevli kuruluşların, faaliyetlerin ve hizmetlerin gelişmesini sağlarlar.

3. Taraf Devletler, çalışan ana-babanın, çocuk bakım hizmet ve tesislerinden, çocuklarının da bu hizmet ve tesislerden yararlanma hakkını sağlamak için uygun olan her türlü önlemi alırlar.

#### Madde-19

1. Bu Sözleşmeye Taraf Devletler, çocuğun ana-babasının ya da onlardan yalnızca birinin, yasal vasi veya vasilerinin ya da bakımını üstlenen herhangi bir kişinin yanında iken bedensel veya zihinsel saldırı, şiddet veya suistimale, ihmal ya da ihmalkar muameleye, ırza geçme dahil her türlü istismar ve kötü muameleye karşı korunması için; yasal, idari, toplumsal, eğitsel bütün önlemleri alırlar.

2. Bu tür koruyucu önlemler; burada tanımlanmış olan çocuklara kötü muamele olaylarının önlenmesi, belirlenmesi, bildirilmesi, yetkili makama havale edilmesi, soruşturulması, tedavisi ve izlenmesi için gerekli başkaca yöntemleri ve uygun olduğu takdirde adliyenin işe el koyması olduğu kadar durumun gereklerine göre çocuğa ve onun bakımını üstlenen kişilere, gereken desteği sağlamak amacı ile sosyal programların düzenlenmesi için etkin usulleri de içermelidir.

#### Madde-20

1. Geçici ve sürekli olarak aile çevresinden yoksun kalan veya kendi yararına olarak bu ortamda bırakılması kabul edilmeyen her çocuk, Devletten özel koruma ve yardım görme hakkına sahip olacaktır.

2. Taraf Devletler bu durumdaki bir çocuk için kendi ulusal yasalarına göre, uygun olan bakımı sağlayacaklardır.

3. Bu tür bakım, başkaca benzerleri yanında, bakıcı aile yanına verme, İslam Hukukunda kefalet (kafalah), evlat edinme ya da gerekiyorsa çocuk bakımı amacı güden uygun kuruluşlara yerleştirmeyi de içerir. Çözümler düşünülürken, çocuğun yetiştirilmesinde sürekliliğin korunmasına ve çocuğun etnik, dinsel, kültürel ve dil kimliğine gereken saygı gösterilecektir.

#### Madde-21

Evlad edinme sistemini kabul eden ve/veya buna izin veren Taraf Devletler, çocuğun en yüksek yararlarının temel düşünce olduğunu kabul edecek ve aşağıdaki ilkeleri gerçekleştireceklerdir:

a) Bir çocuğun evlat edinilmesine ancak yetkili makam karar verir. Bu makam uygulanabilir yasa ve usullere göre ve güvenilir tüm bilgilerin ışığında; çocuğun, ana-babası, yakınları ve yasal vasisine göre durumunu gözönüne alarak ve gereken durumlarda tüm ilgililerle yapılacak görüşme sonucu onların da evlat edinme konusundaki onaylarını alma zorunluluğuna uyarak, kararını verir.

b) Çocuğun kendi ülkesinde elverişli biçimde bakılması mümkün olmadığı veya evlat edinecek veya yanına yerleştirilecek aile bulunmadığı takdirde/ülkelerarası evlat edinmenin çocuk bakımından uygun bir çözüm olduğunu kabul ederler.

c) Başka bir ülkede evlat edinilmesi düşünülen çocuğun, kendi ülkesinde mevcut evlat edinme durumuyla eşdeğer olan güvence ve ölçülerden yararlanmasını sağlarlar.

d) Ülkelerarası evlat edinmede, yerleştirmenin ilgililer bakımından yasadışı para kazanma konusu olmaması için gereken bütün önlemleri alırlar.

e) Bu maddedeki amaçları, uygun olduğu ölçüde, ikili ya da çok taraflı düzenleme veya anlaşmalarla teşvik ederler ve bu çerçevede, çocuğun başka bir ülkede yerleştirilmesinin yetkili makam veya organlar tarafından yürütülmesini güvenceye almak için çaba gösterirler.

#### Madde-22

1. Taraf Devletler, ister tek başına olsun isterse ana babası veya herhangi bir başka kimse ile birlikte bulunsun, mülteci statüsü kazanmaya çalışan ya da uluslararası veya iç hukuk kural ve usulleri uyarınca mülteci sayılan bir çocuğun, bu Sözleşmede ve insan haklarına veya insani konulara ilişkin ve söz konusu Devletlerin taraf oldukları diğer Uluslararası Sözleşmelerde tanınan ve bu duruma uygulanabilir nitelikte bulunan hakları kullanması amacıyla koruma ve insani yardımdan yararlanması için gerekli bütün önlemleri alırlar.

2. Bu nedenle, Taraf Devletler, uygun gördükleri ölçüde, Birleşmiş Milletler Teşkilatı ve onunla işbirliği yapan hükümetler arası ve hükümet dışı yetkili başka kuruluşlarla bu durumda olan bir çocuğu korumak, ona yardım etmek, herhangi bir mülteci çocuğun ailesi ile yeniden bir araya gelebilmesi için ana-babası veya ailesinin başka üyeleri hakkında bilgi toplamak amacıyla işbirliğinde bulunurlar. Herhangi bir nedenle kendi aile çevresinden sürekli ya da geçici olarak ayrı düşmüş bir çocuğa bu Sözleşmeye göre tanınan koruma, aynı esaslar içinde, ana-babası ya da ailesinin başkaca üyelerinden hiçbirisi bulunmayan çocuğa da tanınacaktır.

#### Madde-23

1. Taraf Devletler zihinsel ya da bedensel özürlü çocukların saygınlıklarını güvence altına alan, özgüvenlerini geliştiren ve toplumsal yaşama etkin biçimde katılmalarını kolaylaştıran şartlar altında eksiksiz bir yaşama sahip olmalarını kabul ederler.

2. Taraf Devletler, özürlü çocukların özel bakımdan yararlanma hakkını tanırlar ve eldeki kaynakların yeterliliği ölçüsünde ve yapılan başvuru üzerine, yardımdan yararlanabilecek durumda olan çocuğa ve onun bakımından sorumlu olanlara, çocuğun durumu ve ana-babanın veya çocuğa bakanların içinde buldukları koşullara uygun düşecek yardımın yapılmasını teşvik ve taahhüt ederler.

3. Özürlü çocuğun, özel bakıma gereksinimi olduğu bilincinden hareketle bu maddenin 2 nci fıkrası uyarınca yapılması öngörülen yardım, çocuğun ana-babasının ya da çocuğa bakanların parasal (malı) durumları gözönüne alınarak, olanaklar ölçüsünde ücretsiz sağlanır. Bu yardım; özürlü çocuğun eğitimi, meslek eğitimi, tıbbi bakım hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri, bir işte çalışabilecek



duruma getirme hazırlık programları ve dinlenme/eğlenme olanaklarından etkin olarak yararlanmasını sağlamak üzere düzenlenir ve çocuğun en eksiksiz biçimde toplumla bütünleşmesi yanında, kültürel ve ruhsal yönü dahil bireysel gelişmesini gerçekleştirme amacını güder.

4. Taraf Devletler, uluslararası işbirliği ruhu içinde, özürli çocukların koruyucu sıhhi bakımı, tıbbi, psikolojik ve işlevsel tedavileri alanlarına ilişkin gerekli bilgilerin alışverişi yanında, rehabilitasyon, eğitim ve mesleki eğitim hizmetlerine ilişkin yöntemlerin bilgilerini de içerecek şekilde ve Taraf Devletlerin bu alanlardaki güçlerini, anlayışlarını geliştirmek ve deneyimlerini zenginleştirmek amacıyla bilgi dağıtımını ve bu bilgiden yararlanmayı teşvik ederler. Bu bakımdan, gelişmekte olan ülkelerin gereksinimleri, özellikle gözönüne alınır.

#### Madde-24

1. Taraf Devletler, çocuğun olabilecek en iyi sağlık düzeyine kavuşma, tıbbi bakım ve rehabilitasyon hizmetlerini veren kuruluşlardan yararlanma hakkını tanırlar. Taraf Devletler, hiçbir çocuğun bu tür tıbbi bakım hizmetlerinden yararlanma hakkından yoksun bırakılmamasını güvence altına almak için çaba gösterirler.

2. Taraf Devletler, bu hakkın tam olarak uygulanmasını takip ederler ve özellikle:

- a) Bebek ve çocuk ölüm oranlarının düşürülmesi;
- b) Bütün çocuklara gerekli tıbbi yardımın ve tıbbi bakımın; temel sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine önem verilerek sağlanması;
- c) Temel sağlık hizmetleri çerçevesinde ve başka olanakların yanısıra, kolayca bulunabilen tekniklerin kullanılması ve besleyici yiyecekler ve temiz içme suyu sağlanması yoluyla ve çevre kirlenmesinin tehlike ve zararlarını gözönüne alarak, hastalık ve yetersiz beslenmeye karşı mücadele edilmesi;
- d) Anneye doğum öncesi ve sonrası uygun bakımın sağlanması;
- e) Bütün toplum kesimlerinin özellikle ana-babalar ve çocukların, çocuk sağlığı ve beslenmesi, anne sütü ile beslenmenin yararları, toplum ve çevre sağlığı ve kazaların önlenmesi konusunda temel bilgileri elde etmeleri ve bu bilgileri kullanmalarına yardımcı olunması;
- f) Koruyucu sağlık bakımlarının, ana-babaya rehberliğini, aile planlanması eğitimi ve hizmetlerinin geliştirilmesi; amaçlarıyla uygun önlemleri alırlar.

3. Taraf Devletler, çocukların sağlığı için zararlı geleneksel uygulamaların kaldırılması amacıyla uygun ve etkili her türlü önlemi alırlar.

4. Taraf Devletler, bu maddede tanınan hakkın tam olarak gerçekleştirilmesini tedricen sağlamak amacıyla uluslararası işbirliğinin geliştirilmesi ve teşviki konusunda karşılıklı olarak söz verirler. Bu konuda gelişmekte olan ülkelerin gereksinimleri özellikle gözönünde tutulur.

#### Madde-25

Taraf Devletler, yetkili makamlarca korunma ve bakım altına alma, bedensel ya da ruhsal tedavi amaçlarıyla hakkında bir yerleştirme tedbiri uygulanan çocuğun, gördüğü tedaviyi ve yerleştirilmesine

bağlı diğer tüm şartları belli aralıklarla gözden geçirme hakkına sahip olduğunu kabul ederler.

#### Madde-26

1. Taraf Devletler, her çocuğun, sosyal sigorta dahil, sosyal güvenlikten yararlanma hakkını tanır ve bu hakkın tam olarak gerçekleşmesini sağlamak için ulusal hukuklarına uygun, gerekli önlemleri alırlar.
2. Sosyal Güvenlik, çocuğun ve çocuğun bakımından sorumlu olanların kaynakları ve koşulları gözönüne alınarak ve çocuk tarafından ya da onun adına yapılan sosyal güvenlikten yararlanma başvurusuna ilişkin başkaca durumlar da gözönünde tutularak sağlanır.

#### Madde-27

1. Taraf Devletler, her çocuğun bedensel, zihinsel, ruhsal, ahlaksal ve toplumsal gelişmesini sağlayacak yeterli bir hayat seviyesine hakkı olduğunu kabul ederler.
2. Çocuğun gelişmesi için gerekli hayat şartlarının sağlanması sorumluluğu; sahip oldukları imkanlar ve mali güçleri çerçevesinde öncelikle çocuğun ana-babasına veya çocuğun bakımını üstlenen diğer kişilere düşer.
3. Taraf Devletler, ulusal durumlarına göre ve olanakları ölçüsünde, ana-babaya ve çocuğun bakımını üstlenen diğer kişilere, çocuğun bu hakkının uygulanmasında yardımcı olmak amacıyla gerekli önlemleri alır ve gereksinim olduğu takdirde özellikle beslenme, giyim ve barınma konularında maddi yardım ve destek programları uygularlar.
4. Taraf Devletler, Taraf Devlet ülkesinde veya başka ülkede bulunsun; ana-babası veya çocuğa karşı mali sorumluluğu bulunan diğer kişiler tarafından, çocuğun bakım giderlerinin karşılanmasını sağlamak amacıyla her türlü uygun önlemi alırlar. Özellikle çocuğa karşı mali sorumluluğu olan kişinin, çocuğun ülkesinden başka bir ülkede yaşaması halinde, Taraf Devletler bu konuya ilişkin uluslararası anlaşmalara katılmayı veya bu tür anlaşmalar akdinin yanısıra başkaca uygun düzenlemelerin yapılmasını teşvik ederler.

#### Madde-28

1. Taraf Devletler, çocuğun eğitim hakkını kabul ederler ve bu hakkın fırsat eşitliği temeli üzerinde tedricen gerçekleştirilmesi görüşüyle özellikle:
  - a) İlk öğretimi herkes için zorunlu ve parasız hale getirirler;
  - b) Orta öğretim sistemlerinin genel olduğu kadar mesleki nitelikte de olmak üzere çeşitli biçimlerde örgütlenmesini teşvik ederler ve bunların tüm çocuklara açık olmasını sağlarlar ve gerekli durumlarda malı yardım yapılması ve öğretimi parasız kılmak gibi uygun önlemleri alırlar;
  - c) Uygun bütün araçları kullanarak, yüksek öğretimi yetenekleri doğrultusunda herkese açık hale getirirler;
  - d) Eğitim ve meslek seçimine ilişkin bilgi ve rehberliği bütün çocuklar için elde edilir hale getirirler;
  - e) Okullarda düzenli biçimde devamin sağlanması ve okulu terketme oranlarının düşürülmesi için

önlem alırlar.

2. Taraf Devletler, okul disiplininin çocuğun insan olarak taşıdığı saygınlıkla bağdaşır biçimde ve bu Sözleşmeye uygun olarak yürütülmesinin sağlanması amacıyla gerekli olan tüm önlemleri alırlar.

3. Taraf Devletler eğitim alanında, özellikle cehaletin ve okuma yazma bilmemenin dünyadan kaldırılmasına katkıda bulunmak ve çağdaş eğitim yöntemlerine ve bilimsel ve teknik bilgilere sahip olunmasını kolaylaştırmak amacıyla uluslararası işbirliğini güçlendirir ve teşvik ederler. Bu konuda, gelişmekte olan ülkelerin gereksinimleri özellikle gözönünde tutulur.

#### Madde-29

1. Taraf Devletler çocuk eğitiminin aşağıdaki amaçlara yönelik olmasını kabul ederler;

a) Çocuğun kişiliğinin, yeteneklerinin, zihinsel ve bedensel yeteneklerinin mümkün olduğunca geliştirilmesi;

b) İnsan haklarına ve temel özgürlüklere, Birleşmiş Milletler Andlaşmasında benimsenen ilkelere saygısının geliştirilmesi;

c) Çocuğun ana-babasına, kültürel kimliğine, dil ve değerlerine, çocuğun yaşadığı veya geldiği menşe ülkenin ulusal değerlerine ve kendisinininkinden farklı uygarlıklara saygısının geliştirilmesi;

d) Çocuğun, anlayışı, barış, hoşgörü, cinsler arası eşitlik ve ister etnik, ister ulusal, ister dini gruplardan, isterse yerli halktan olsun, tüm insanlar arasında dostluk ruhuyla, özgür bir toplumda, yaşantıyı, sorumlulukla üstlenecek şekilde hazırlanması;

e) Doğal çevreye saygısının geliştirilmesi,

2. Bu maddenin veya 28 inci maddenin hiçbir hükmü gerçek ve tüzel kişilerin öğretim kurumları kurmak ve yönetmek özgürlüğüne, bu maddenin 1 inci fıkrasında belirtilen ilkelere saygı gösterilmesi ve bu kurumlarda yapılan eğitimin Devlet tarafından konulmuş olan asgari kurallara uygun olması koşuluyla, aykırı sayılacak biçimde yorumlanmayacaktır.

#### Madde-30

Soya, dine ya da dile dayalı azınlıkların ya da yerli halkların varolduğu Devletlerde, böyle bir azınlığa mensup olan ya da yerli halktan olan çocuk, ait olduğu azınlık topluluğunun diğer üyeleri ile birlikte kendi kültüründen yararlanma, kendi dinine inanma ve uygulama ve kendi dilini kullanma hakkından yoksun bırakılamaz.

#### Madde-31

1. Taraf Devletler çocuğun dinlenme, boş zaman değerlendirme, oynama ve yaşama uygun eğlence (etkinliklerinde) bulunma ve kültürel ve sanatsal yaşama serbestçe katılma hakkını tanırlar.

2. Taraf Devletler, çocuğun kültürel ve sanatsal yaşama tam olarak katılma hakkını saygı duyarak tanırlar ve özendirirler ve çocuklar için, boş zamanı değerlendirmeye, dinlenmeye, sanata ve kültüre ilişkin (etkinlikler) konusunda uygun ve eşit fırsatların sağlanmasını teşvik ederler.

#### Madde-32

1. Taraf Devletler, çocuğun, ekonomik sömürüye ve her türlü tehlikeli işte ya da eğitimine zarar verecek ya da sağlığı veya bedensel, zihinsel, ruhsal, ahlaksal ya da toplumsal gelişmesi için zararlı olabilecek nitelikte çalıştırılmasına karşı korunma hakkını kabul ederler.

2. Taraf Devletler, bu maddenin uygulamaya konulmasını sağlamak için yasal, idari, toplumsal ve eğitsel her önlemi alırlar. Bu amaçlar ve öteki uluslararası belgelerin ilgili hükümleri gözönünde tutularak, Taraf Devletler özellikle şu önlemleri alırlar:

- a) İşe kabul için bir ya da birden çok asgari yaş sınırı tesbit ederler;
- b) Çalışmanın saat olarak süresi ve koşullarına ilişkin uygun düzenlemeleri yaparlar.
- c) Bu maddenin etkili biçimde uygulanmasını sağlamak için ceza veya başka uygun yaptırımlar öngörürler.

#### Madde-33

Taraf Devletler, çocukların uluslararası anlaşmalarda tanımladığı biçimde uyuşturucu ve psikotrop maddelerin yasadışı kullanımına karşı korunması ve çocukların bu tür maddelerin yasadışı üretimi ve kaçakçılığı alanında kullanılmasını önlemek amacıyla, yasal, sosyal ve eğitsel niteliktekiler de dahil olmak üzere, her türlü uygun önlemleri alırlar.

#### Madde-34

Taraf Devletler, çocuğu, her türlü cinsel sömürüye ve cinsel suistimale karşı koruma güvencesi verirler. Bu amaçla Taraf Devletler özellikle:

- a) Çocuğun yasadışı bir cinsel faaliyete girişmek üzere kandırılması veya zorlanmasını;
- b) Çocukların, fuhuş, ya da diğer yasadışı cinsel faaliyette bulundurulmasıyla sömürülmesini;
- c) Çocukların pornografik nitelikli gösterilerde ve malzemedeki kullanılarak sömürülmesini, önlemek amacıyla ulusal düzeyde ve ikili ile çok taraflı ilişkilerde gerekli her türlü önlemi alırlar.

#### Madde-35

Taraf Devletler, her ne nedenle ve hangi biçimde olursa olsun, çocukların kaçırılmaları, satılmaları veya fuhuşa konu olmalarını önlemek için ulusal düzeyde ve ikili ve çok yanlı ilişkilerde gereken her türlü önlemleri alırlar.

#### Madde-36

Taraf Devletler, esenliğine herhangi bir biçimde zarar verebilecek başka her türlü sömürüye karşı çocuğu korurlar.

#### Madde-37

Taraf Devletler aşağıdaki hususları sağlarlar:

- a) Hiçbir çocuk, işkence veya diğer zalimce, insanlık dışı veya aşağılayıcı muamele ve cezaya tabi tutulmayacaktır. Onsekiz yaşından küçük olanlara, işledikleri suçlar nedeniyle idam cezası

verilemeyeceği gibi salıverilme koşulu bulunmayan ömür boyu hapis cezası da verilmeyecektir.

b) Hiçbir çocuk yasadışı ya da keyfi biçimde özgürlüğünden yoksun bırakılmayacaktır. Bir çocuğun tutuklanması, alıkonulması veya hapsi yasa gereği olacak ve ancak en son başvurulacak bir önlem olarak düşünülüp, uygun olabilecek en kısa süre ile sınırlı tutulacaktır.

c) Özgürlüğünden yoksun bırakılan her çocuğa insancıl biçimde ve insan kişiliğinin özünde bulunan saygınlık ve kendi yaşındaki kişilerin gereksinimleri gözönünde tutularak davranılacaktır. Özgürlüğünden yoksun olan her çocuk, kendi yüksek yararı aksini gerektirmedikçe, özellikle yetişkinlerden ayrı tutulacak ve olağanüstü durumlar dışında ailesi ile yazışma ve görüşme yoluyla ilişki kurma hakkına sahip olacaktır.

d) Özgürlüğünden yoksun bırakılan her çocuk, kısa zamanda yasal ve uygun olan diğer yardımlardan yararlanma hakkına sahip olacağı gibi özgürlüğünden yoksun bırakılmasının yasaya aykırılığını bir mahkeme veya diğer yetkili, bağımsız ve tarafsız makam önünde iddia etme ve böylesi bir işlemle ilgili olarak ivedi karar verilmesini isteme hakkına da sahip olacaktır.

#### Madde-38

1. Taraf Devletler, silahlı çatışma halinde kendilerine uygulanabilir olan uluslararası hukukun, çocukları da kapsayan insani kurallarına uymak ve uyulmasını sağlamak yükümlülüğünü üstlenirler.

2. Taraf Devletler, onbeş yaşından küçüklerin çatışmalara doğrudan katılmaması için uygun olan bütün önlemleri alırlar.

3. Taraf Devletler, özellikle onbeş yaşına gelmemiş çocukları askere almaktan kaçınırlar. Taraf Devletler, onbeş ile onsekiz yaş arasındaki çocukların silah altına alınmaları gereken durumlarda, öncelikle yaşça büyük olanlara vermek için çaba gösterirler.

4. Silahlı çatışmalarda sivil halkın korunmasına ilişkin uluslararası insani hukuk kuralları tarafından öngörülen yükümlülüklerine uygun olarak, Taraf Devletler, silahlı çatışmadan etkilenen çocuklara koruma ve bakım sağlamak amacıyla mümkün olan her türlü önlemi alırlar.

#### Madde-39

Taraf Devletler, her türlü ihmal, sömürü ya da suistimal, işkence ya da her türlü zalimce, insanlık dışı veya aşağılayıcı muamele ya da ceza uygulaması ya da silahlı çatışma mağduru olan bir çocuğun, bedensel ve ruhsal bakımdan sağlığına yeniden kavuşması ve yeniden topluma bütünleşebilmesini temin için uygun olan tüm önlemleri alırlar. Bu tür sağlığa kavuşturma ve topluma bütünleştirme, çocuğun sağlığını, özgüvenini ve saygınlığını geliştirici bir ortamda gerçekleştirilir.

#### Madde-40

1. Taraf Devletler, hakkında ceza yasasını ihlal ettiği iddia edilen ve bu nedenle itham edilen ya da ihlal ettiği kabul edilen her çocuğun; çocuğun yaşı ve yeniden topluma kazandırılmasının ve toplumda yapıcı rol üstlenmesinin arzu edilir olduğu hususları gözönünde bulundurularak, taşıdığı saygınlık ve değer duygusunu geliştirecek ve başkalarının da insan haklarına ve temel özgürlüklerine saygı duymasını pekiştirecek nitelikte muamele görme hakkını kabul ederler.

2. Bu amaçla ve uluslararası belgelerin ilgili hükümleri gözönünde tutularak Taraf Devletler özellikle, şunları sağlarlar:

a) İşlendiği zaman ulusal ya da uluslararası hukukça yasaklanmamış bir eylem ya da ihmal nedeniyle hiçbir çocuk hakkında ceza yasasını ihlal ettiği iddiası ya da ithamı öne sürülemeyeceği gibi böyle bir ihlalde bulunduğu da kabul edilmeyecektir.

b) Hakkında ceza kanununu ihlal iddiası veya ithamı bulunan her çocuk aşağıdaki asgari güvencelere sahiptir:

i) Haklarındaki suçlama yasal olarak sabit oluncaya kadar masum sayılmak;

ii) Haklarındaki suçlamalardan kendilerinin hemen ve doğrudan doğruya;

ya da uygun düşen durumlarda ana-babaları ya da yasal vasileri kanalı ile haberli kılınmak ve savunmalarının hazırlanıp sunulmasında gerekli yasal ya da uygun olan başka yardımdan yararlanmak;

iii) Yetkili, bağımsız ve yansız bir makam ya da mahkeme önünde adli ya da başkaca uygun yardımdan yararlanarak ve özellikle çocuğun yaşı ve durumu gözönüne alınmak suretiyle kendisinin yüksek yararına aykırı olduğu saptanmadığı sürece, ana-babası veya yasal vasisi de hazır bulundurulurken yasaya uygun biçimde adil bir duruşma ile konunun gecikmeksizin karara bağlanmasının sağlanması;

iv) Tanıklık etmek ya da suç ikrarında bulunmak için zorlanmamak; aleyhine olan tanıkları sorguya çekmek veya sorguya çekmiş olmak ve lehine olan tanıkların hazır bulunmasının ve sorgulanmasının eşit koşullarda sağlanması;

v) Ceza yasasını ihlal ettiği sonucuna varılması halinde, bu kararın ve bunun sonucu olarak alınan önlemlerin daha yüksek yetkili, bağımsız ve yansız bir makam ya da mahkeme önünde yasaya uygun olarak incelenmesi;

vi) Kullanılan dili anlamaması veya konuşamaması halinde çocuğun parasız çevirmen yardımından yararlanması;

vii) Kovuşturmanın her aşamasında özel hayatının gizliliğine tam saygı gösterilmesine hakkı olmak;

3. Taraf Devletler, hakkında ceza yasasını ihlal ettiği iddiası ileri sürülen, bununla itham edilen ya da ihlal ettiği kabul olunan çocuk bakımından, yalnızca ona uygulanabilir yasalann, usullerin, onunla ilgili makam ve kuruluşların oluşturulmasını teşvik edecek ve özellikle şu konularda çaba göstereceklerdir:

a) Ceza Yasasını ihlal konusunda asgari bir yaş sınırı belirleyerek, bu yaş sınırının altındaki çocuğun ceza ehliyetinin olmadığını kabulü;

b) Uygun bulunduğu ve istenilir olduğu takdirde, insan hakları ve yasal güvencelere tam saygı gösterilmesi koşulu ile bu tür çocuklar için adli kovuşturma olmaksızın önlemlerin alınması.

4. Koruma tedbiri, yönlendirme ve gözetim kararları, danışmanlık, şartlı salıverme, bakım için yerleştirme, eğitim ve meslek öğretme programları ve diğer kurumsal bakım seçenekleri gibi çeşitli düzenlemelerin uygulanmasında, çocuklara durumları ve suçları ile orantılı ve kendi esenliklerine olacak biçimde muamele edilmesi sağlanacaktır.

Madde-41

Bu Sözleşmede yer alan hiçbir husus, çocuk haklarının gerçekleştirilmesine daha çok yardımcı olan ve;

a) Bir Taraf Devletin yasasında; veya

b) Bu Devlet bakımından yürürlükte olan uluslararası hukukta yer alan hükümleri etkilemeyecektir.

## II. KISIM

Madde-42

Taraf Devletler, Sözleşme ilke ve hükümlerinin uygun ve etkili araçlarla yetişkinler kadar çocuklar tarafından da yaygın biçimde öğrenilmesini sağlamayı taahhüt ederler.

Madde-43

1. Taraf Devletlerin bu Sözleşme ile üstlendikleri yükümlülükleri yerine getirme konusunda kaydettikleri ilerlemeleri incelemek amacıyla, görevleri aşağıda belirtilen bir Çocuk Hakları Komitesi kurulmuştur.

2. Komite bu Sözleşme ile hükme bağlanan alanda yetenekleriyle tanınmış ve yüksek ahlak sahibi on uzmandan oluşur. Komite üyeleri Taraf Devletlerce kendi vatandaşları arasından ve kişisel olarak görev yapmak üzere, adil bir coğrafi dağılımı sağlama gereği ve başlıca hukuk sistemleri gözönünde tutularak seçilirler.

3. Komite üyeleri, Taraf devletlerce gösterilen kişiler listesinden gizli oyla seçilirler. Her Taraf Devlet, vatandaşları arasından bir uzmanı aday gösterebilir.

4. Komite için ilk seçim, bu Sözleşmenin yürürlüğe girişini izleyen altı ay içinde yapılır. Sonraki seçimler iki yılda bir yapılır. Her seçim tarihinden en az dört ay önce, Birleşmiş Milletler Teşkilatı Genel Sekreteri, Taraf Devletleri iki ay içinde adaylarını göstermeye yazılı olarak davet eder. Daha sonra Genel Sekreter böylece belirlenen kişilerden, kendilerini gösteren Taraf Devletleri de işaret ederek, alfabetik sıraya göre oluşturduğu bir listeyi, Taraf Devletlere bildirir.

5. Seçimler, Birleşmiş Milletler Teşkilatı Merkezinde, Genel Sekreter tarafından davet edilen Taraf Devletler toplantılarında yapılır. Nisabı, Taraf Devletlerin üçte ikisinin oluşturduğu bu toplantılarda, hazır bulunan ve oy kullanan Devletlerin salt çoğunluğuyla en fazla oy alan kişiler Komiteye seçilir.

6. Komite üyeleri dört yıl için seçilir. Aday gösterildikleri takdirde yeniden seçilebilirler. İlk seçimde seçilmiş olan beş üyenin görevi iki yıl sonra sona erer, bu beş üyenin isimleri ilk seçimden hemen sonra toplantı başkanı tarafından çekilen kura ile belirlenir.

7. Bir komite üyesinin ölmesi veya çekilmesi ya da başka herhangi bir nedenle bir üyenin Komitedeki görevlerini yapamaz hale gelmesi durumunda adaylığını öneren Taraf Devlet, Komitenin onaylaması koşuluyla, böylece boşalan yerdeki görev süresi doluncaya kadar, kendi vatandaşları arasından başka bir uzmanı atayabilir.

8. Komite, iç tüzüğünü kendisi belirler.

9. Komite, memurlarını iki yıllık bir süre için seçer.

10. Komite toplantıları olağan olarak Birleşmiş Milletler Teşkilatı Merkezinde ya da Komite tarafından belirlenecek başka uygun bir yerde yapılır. Komite olağan olarak her yıl toplanır. Komite toplantılarının süresi, gerektiğinde, Genel Kurulca onaylanmak koşuluyla, bu Sözleşmeye Taraf Devletlerin bir toplantısıyla belirlenir veya değiştirilir.

11. Birleşmiş Milletler Teşkilatı Genel Sekreteri gerekli maddi araçları ve personeli bu Sözleşme ile kendisine verilen görevleri etkili biçimde görebilmesi amacıyla, Komite emrine verir.

12. Bu Sözleşme uyarınca oluşturulan Komitenin üyeleri, Genel Kurulun onayı ile, Birleşmiş Milletler Teşkilatının kaynaklarından karşılanmak üzere, Genel Kurulca saptanan şart ve koşullar çerçevesinde kararlaştırılan ücreti alırlar.

#### Madde-44

1. Taraf Devletler, bu Sözleşmede tanınan hakları yürürlüğe koymak için, aldıkları önlemleri ve bu haklardan yararlanma konusunda gerçekleştirilen ilerlemeye ilişkin raporları:

- a) Bu Sözleşmenin, ilgili Taraf Devlet bakımından yürürlüğe giriş tarihinden başlayarak iki yıl içinde,
- b) Daha sonra beş yılda bir,

Birleşmiş Milletler Genel Sekreteri aracılığı ile Komiteye sunmayı taahhüt ederler.

2. Bu madde uyarınca hazırlanan raporlarda, bu Sözleşmeye göre üstlenilen sorumlulukların, şayet varsa, yerine getirilmesini etkileyen nedenler ve güçlükler belirtilecektir. Raporlarda ayrıca, ilgili ülkede Sözleşmenin uygulanması hakkında Komiteyi etraflıca aydınlatacak biçimde yeterli bilgi de bulunacaktır.

3. Komiteye etraflı bilgi içeren bir ilk rapor sunmuş olan Taraf Devlet, bu maddenin 1 (b) bendi gereğince sunacağı sonraki raporlarında daha önce verilmiş olan temel bilgileri tekrarlamayacaktır.

4. Komite, Taraf Devletlerden Sözleşmenin uygulamasına ilişkin her türlü ek bilgi isteminde bulunabilir.

5. Komite, iki yılda bir Ekonomik ve Sosyal Konsey aracılığı ile Genel Kurula faaliyetleri hakkında bir rapor sunar.

6. Taraf Devletler kendi raporlarının ülkelerinde geniş biçimde yayımını sağlarlar.



#### Madde-45

Sözleşmenin etkili biçimde uygulanmasını geliştirme ve Sözleşme kap-samına giren alanda uluslararası işbirliğini teşvik etmek amacıyla:

- a) Uzmanlaşmış kurumlar, UNICEF ve Birleşmiş Milletler Teşkilatının öteki organları, bu Sözleşmenin kendi yetki alanlarına ilişkin olan hükümlerinin uygulanmasının incelenmesi sırasında, temsil edilmek hakkına sahiptirler. Komite; uzmanlaşmış kurumları, UNICEF'i ve uygun bulunduğu öteki yetkili kuruluşları, kendi yetki alanlarını ilgilendiren konularda uzman olarak görüş vermeye davet edebilir. Komite, uzmanlaşmış kurumları, UNICEF'i ve Birleşmiş Milletler Teşkilatının öteki organlarını kendi faaliyet alanlarına ilişkin kesimlerde Sözleşmenin uygulanması hakkında rapor sunmaya davet edebilir;
- b) Komite, uygun bulunduğu takdirde, Taraf Devletlerce sunulmuş, bir istem içeren ya da teknik danışma veya yardım ihtiyacını belirten her raporu, gerekiyorsa Komitenin bu istek veya ihtiyaca ilişkin tavsiye ve gözlemlerini de ekleyerek, uzmanlaşmış kurumlara, UNICEF'e ve öteki yetkili kuruluşlara gönderir;
- c) Komite, Genel Kurula Genel Sekreterden Komite adına çocuk haklarına ilişkin sorunlarda incelemeler yaptırması isteğinde bulunulmasını, tavsiye edebilir;
- d) Komite, bu Sözleşmenin 44 ve 45 inci maddeleri uyarınca alınan bilgilere dayanarak, telkin ve genel nitelikte tavsiyelerde bulunabilir. Bu telkin ve genel nitelikteki tavsiyeler, ilgili olan her Taraf Devlete gönderilir ve şayet varsa, Taraf Devletlerin yorumları ile birlikte Genel Kurulun dikkatine sunulur.

### III. KISIM

#### Madde-46

Bu Sözleşme bütün Devletlerin imzasına açıktır.

#### Madde-47

Bu Sözleşme onaylamaya bağlı tutulmuştur. Onay belgeleri Birleşmiş Milletler Teşkilatı Genel Sekreteri nezdine tevdi edilecektir.

#### Madde-48

Bu Sözleşme bütün Devletlerin katılmasına açık olacaktır. Katılma belgeleri Birleşmiş Milletler Teşkilatı Genel Sekreteri nezdine tevdi edilecektir.

#### Madde-49

1. Bu Sözleşme, yirminci onay ya da katılma belgesinin Birleşmiş Milletler Teşkilatı Genel Sekreteri nezdine tevdi tarihini izleyen otuzuncu gün yürürlüğe girecektir.

2. Yirminci onay ya da katılma belgesinin tevdiinden sonra bu Sözleşmeyi onaylayacak ya da ona katılacak Devletlerin her biri için, bu Sözleşme, sözkonusu Devletin onay ya da katılma belgesini

tevdi tarihinden sonraki otuzuncu gün yürürlüğe girecektir.

#### Madde-50

1. Bu Sözleşmeye Taraf herhangi bir Devlet bir değişiklik önerisinde bulunabilir ve buna ilişkin metni Birleşmiş Milletler Teşkilatı Genel Sekreteri nezdine tevdi edebilir. Genel Sekreter bunun üzerine değişiklik önerisini Taraf Devletlere, önerinin incelenmesi ve oya konulması amacıyla bir Taraf Devletler Konferansı oluşturulmasını isteyip istemediklerini kendisine bildirmeleri kaydıyla, iletir. Böyle bir duyuru tarihini izleyen dört ay içinde Taraf Devletlerin en az üçte biri söz konusu konferansın toplanmasından yana olduklarını ifade ederlerse Genel Sekreter, Birleşmiş Milletler Teşkilatı çerçevesinde bu konferansı düzenler. Konferansta hazır bulunan ve oy kullanan Taraf Devletlerin çoğunluğu tarafından kabul edilen her değişiklik, onay için Birleşmiş Milletler Genel Kuruluna sunulur.

2. Bu maddenin 1 inci fıkrasında yer alan hükümlere uygun olarak kabul edilen bir değişiklik, Birleşmiş Milletler Genel Kurulunca onaylandığı ve bu Sözleşmeye Taraf Devletlerin üçte iki çoğunluğu tarafından kabul edildiği zaman yürürlüğe girer.

3. Bir değişiklik yürürlüğe girdiği zaman, onu kabul eden Taraf Devletler bakımından bağlayıcılık taşır. Öteki Taraf Devletler bu Sözleşme hükümleri ve daha önce kabul ettikleri her değişiklikle bağlı kalırlar.

#### Madde-51

1. Birleşmiş Milletler Teşkilatı Genel Sekreteri, onay ya da katılma anında yapılabilecek çekincelerin metnini alacak ve bütün Devletlere bildirecektir.

2. Bu Sözleşmenin amacı ve konusu ile bağdaşmayan hiçbir çekinceye izin verilmeyecektir.

3. Çekinceler, Birleşmiş Milletler Teşkilatı Genel Sekreterince, geri alınacağına ilişkin bildirimde bulunma yoluyla her zaman geri alınabilir. Bunun üzerine Genel Sekreter, bütün Devletleri haberdar eder. Böyle bir bildirim, Genel Sekreter tarafından alındığı tarihte işlerlik kazanır.

#### Madde-52

Bir Taraf Devlet, bu Sözleşmeyi, Birleşmiş Milletler Teşkilatı Genel Sekreterine vereceği yazılı bildirim yoluyla feshedebilir. Fesih, bildirim Gen. Sekreter tarafından alınması tarihinden bir yıl sonra geçerli olur.

#### Madde-53

Birleşmiş Milletler Teşkilatı Genel Sekreteri, bu Sözleşmenin tevdi makamı olarak belirlenmiştir.

#### Madde-54

İngilizce, Arapça, Çince, İspanyolca, Fransızca ve Rusça metinleri de aynı derecede geçerli olan bu Sözleşmenin özgün metni, Birleşmiş Milletler Teşkilatı Genel Sekreteri nezdine tevdi edilecektir.

Hükümetleri tarafından tam yetkili kılınan aşağıda imzaları bulunan Temsilciler, yukarıdaki kuralların ışığında, bu Sözleşmeyi imzalamışlardır.

## EK 7: HASTA ÇOCUKLAR BİLDİRGESİ

1. Çocuklar, ancak gereksinim duydukları tıbbi tedavi, evlerinde ya da gündüz kliniklerinde yapılamadığında hastaneye alınmalıdır.
2. Hastanede yatan çocuklar ebeveynlerini ya da diğer yakınlarını her zaman yanlarında bulundurma hakkına sahiptir.
3. (1) Çocuk hastaneye yatırılırken, ebeveynine çocuğuyla birlikte kalabileceği bildirilmeli, çocuğun yanında kalabilmeleri için yardım edilmeli ve cesaretlendirilmelidir.  
(2) Ebeveyn bunun için ek ücret ödememeli, maaş kesintisine uğratılmamalıdır.  
(3) Ebeveyn çocuğun bakımına katılabilmek için "temel bakım" ve "klinik rutini" hakkında bilgilendirilmeli ve aktif katılım için teşvik edilmelidir.
4. (1) Tıpkı ebeveynleri gibi çocuklar da, yaşları ve kavrayışları paralelinde bilgilendirilme hakkına sahiptir.  
(2) Bedensel ve ruhsal sıkıntılarını giderecek her türlü yöntem uygulanmalıdır.
5. (1) Çocuklar ve ebeveynleri, sağlık durumlarını ilgilendiren her karar katılma hakkına sahiptir.  
(2) Her çocuk, gereksiz tıbbi tedavi ve muayenelerden korunma hakkına sahiptir.
6. (1) Çocuklar, gelişimleri gereği aynı gereksinimlere sahip diğer çocuklarla birlikte bakılma hakkına sahiptir.  
(2) Çocuklar erişkin ünitelerine yatırılmamalıdır.  
(3) Ziyaretçileri için yaş sınırlandırılması getirilmemelidir.
7. Çocuklar, yaşlarına ve durumlarına uygun, oynamak, dinlenmek ve eğitim almak için kapsamlı olanakları olan bir çevrede bulunma hakkına sahiptir. Çevre, çocukların gereksinimlerine uyan bir şekilde düzenlenmeli ve uygun personele sahip olmalıdır.
8. Çocuklar, eğitimleri ve empati yetenekleri çocukların bedensel, ruhsal ve gelişimsel gereksinimlerine, ailelerinin gereksinimlerine yanıt verebilecek görevliler tarafından bakım görme hakkına sahiptir.
9. Hasta çocuğa kesintisiz bakım, olabildiğince küçük bir ekip tarafından verilmelidir.
10. Çocuklara duygu ve anlayışla yaklaşılmalı, mahremiyetlerine her zaman saygı gösterilmelidir.