

Toplum ve Sosyal Hizmet

ISSN: 2147-3374 / E-ISSN: 2602-280X

Derleme Makale / Review Article

Bakım Veren Yapay Bozukluğu (Munchausen By Proxy Sendromu) ve Sosyal Hizmet Müdahalesi

Factitious Disorder Imposed on Another¹ (Munchausen By Proxy Syndrome) and Social Work Intervention

Elif Ezgi ARSLAN ŞAHBAZ¹

¹Doktora Öğrencisi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı Doktora Programı; Sosyal Hizmet Uzmanı, Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi, e-posta: elifezgiarslan06@gmail.com, ORCID: 0000-0002-3488-8330

Başvuru: 03.08.2023
Kabul: 16.01.2024

Atıf:
Arslan Şahbaz, E. E. (2024). Bakım Veren Yapay Bozukluğu (Munchausen By Proxy Sendromu) ve Sosyal Hizmet Müdahalesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 35(1), 153-172.
DOI: 10.33417/tsh.1337039

ÖZ

Çocuk istismarının ağır bir formu olan ve literatürde Munchausen By Proxy Sendromu olarak da ifade edilen Bakım Veren Yapay Bozukluğu hem çocuk koruma hem de ruh sağlığı alanında sosyal hizmet müdahalesi gerektirmektedir. Sendrom tıbbi, hukuki ve psikososyal boyutlarının olması bakımından bütüncül bakış açısıyla değerlendirilmesi gereken ancak nadiren fark edilen bir bozukluk olarak karşımıza çıkmaktadır. Çocuğun korunması, koruyucu önleyici tedbirlerin alınması ve yasal işlemlerin başlatılmasında multidisipliner ekip ile çalışma önemli olmaktadır. Tanı, tedavi ve taburculuk sonrası sürecin her aşamasında yer alan ve bütüncül bakış açısı ile müdahale planını oluşturarak çocuğun korunmasında etkin rol alan sosyal hizmet uzmanları önemli bir paydaşı oluşturmaktadır. Çalışma kapsamında Bakım Veren Yapay Bozukluğuna, hukuki boyutuna ve sosyal hizmet müdahalesine odaklanılmıştır.

Anahtar kelimeler: Çocuk istismarı, Tıbbi ve Psikiyatrik Sosyal Hizmet, Bakım Veren Yapay Bozukluğu.

ABSTRACT

Factitious Disorder Imposed on Another, which is a severe form of child abuse and is also referred to as Munchausen By Proxy Syndrome in the literature, requires social work intervention in the fields of both child protection and mental health. The syndrome appears as a disorder that needs to be evaluated from a holistic perspective in terms of its medical, legal and psychosocial dimensions, but is rarely noticed. Working with a multidisciplinary team is important in protecting the child, taking protective preventive measures and initiating legal procedures. Social workers, who are involved in every stage of the diagnosis, treatment and post-discharge process and take an active role in protecting the child by creating an intervention plan with a holistic perspective, constitute an important stakeholder. The scope of the study focused on the Factitious Disorder Imposed on Another, its legal dimension and social work intervention.

Keywords: Child Abuse, Medical and Psychiatric Social Work, Factitious Disorder Imposed on Another (Munchausen By Proxy Syndrome).

¹ Bakım Veren Yapay Bozukluğu tanısının Munchausen By Proxy Sendromu/Vekaleten Hastalık gibi farklı isimlendirmeleri bulunmaktadır. DSM 5'te "bir başkasına yüklenen yapay bozukluk/Factitious Disorder Imposed on Another (FDIA)" olarak ifade edilmektedir. Bu nedenle çevirisi DSM-5'e uygun şekilde yapılmıştır. Metin içinde kullanımında "Bakım Veren Yapay Bozukluğu" tercih edilmiştir.

GİRİŞ

Gelişmiş ve sağlıklı toplumun en önemli paydaşını çocuklar oluşturmaktadır. Çocukların her türlü kötü muameleden korunması ve gelişimlerini sağlıklı bir şekilde tamamlaması toplum refahı açısından oldukça önemli olmaktadır. Çocuk koruma alanının en temel problemi olan çocuk ihmali ve istismarı hem çocuğun hem de toplumun ruh sağlığını etkilemektedir. Bu yönü ile çocuk istismarı birçok sosyal sorunun hem nedeni hem de sonucu olmaktadır. Çocuğa yönelik istismarın fiziksel, cinsel, duygusal istismar olmak üzere birçok farklı türü bulunmaktadır. Çocuk ihmali ve istismarının tanımı literatürdeki birçok kaynakta ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan tanımlamalarında bazı benzer özellikler ile ifade edilmektedir. En temelde çocuk istismarı ve ihmali, bir erişkin tarafından bilerek veya bilmeyerek çocuğa yönelik gerçekleşen, profesyonel kişiler ve toplumsal kurallar bakımından uygun olmayan ya da hasar verici olarak değerlendirilen, çocuğun fiziksel ve psiko-sosyal gelişimini, sağlığını engelleyen ya da kısıtlayan eylem veya eylemsizlikler olarak ifade edilmektedir. Bu tür eylem veya eylemsizliklerin sonucunda çocuğun ruhsal, fiziksel, cinsel ya da sosyal anlamda zarar görmesiyle sağlığının ve güvenliğinin tehlikeye girmesi durumu ortaya çıkmaktadır (Gökler ve Taner, 2004). Çocukların ruh sağlığındaki herhangi bir bozukluk fiziksel ve sosyal sağlığını etkilemekte ve tedavi edilmediği durumlarda yıkıcı sonuçlara neden olabilmektedir. Çocuk istismarında topluma, aile yapısına, ebeveyne ve çocuğa yönelik önemli risk faktörleri bulunmaktadır (Turhan vd.,2006). Bu risk faktörlerinin yanı sıra istismarının süresi, failin yakınlığı çocuğu fiziksel, sosyal ve ruhsal olarak etkilemektedir. Fiziksel istismarın ağır bir formu olarak karşımıza çıkan ve beraberinde duygusal istismar, psikolojik kötü muameleyi de tetikleyen “Bakım Veren Yapay Bozukluğu” nadiren fark edilmekte ve çocukların fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlıkları üzerinde de derin izler oluşturmaktadır. Bu yönü ile incelenmesi gereken oldukça önemli bir çocuk istismarı türünü oluşturmaktadır.

Bakım Veren Yapay Bozukluğunun görüldüğü vakalarda çocuk fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlığının etkilenmesi ile tam iyilik haline erişememektedir. Çocuğun sağlığının birçok boyutunu etkilemesi multidisipliner çalışmayı gerektirmektedir. Bu kapsamda makalede hastalık oluşturma sürecinin anlaşılması, tanının konulması ve psikiyatrik tedavi için tıbbi boyuta; faille ilgili olarak adli süreçlerin devamlılığı ve cezai sorumluluk için hukuki boyuta değinilmiştir. Ayrıca çocuğun korunması, fail ve mağdurun ruh sağlığı, aile işlevselliği, vaka yönetimi ve koordinasyonun sağlanması konusunda sosyal hizmet boyutuna yer verilmiştir. Bu kapsamda Bakım Veren Yapay Bozukluğu psikiyatrik ve tıbbi sosyal hizmetin hem çocuk koruma hem de ruh sağlığı ilişkisinde yer almaktadır. Sosyal hizmet müdahalesi şüphenin oluşmasından başlamak üzere tanı, tedavi, taburculuk ve takibi kapsayacak şekilde bütüncül bir yaklaşım sunmaktadır. Bu nedenle Bakım Veren Yapay Bozukluğu vakaları multidisipliner ekip ile sağlığın tüm bileşenleri kapsamında değerlendirilmelidir.

BAKIM VERENİN YAPAY BOZUKLUĞU (MUNCHAUSEN BY PROXY SENDROMU)

Bakım Veren Yapay Bozukluğu (Munchausen By Proxy Sendromu/MSBP) çocuk istismarının oldukça sık karşılaşılan ancak nadiren fark edilen özel bir formunu oluşturmaktadır. Bakım Veren

Yapay Bozukluğu vakaları fiziksel istismar, tıbbi ihmal ve psikolojik kötü muamele olarak değerlendirilmektedir (Stirling, 2015). İlk kez 1951 yılında Asher'in kullandığı "Munchausen Sendromu" tanımı hastane hastane dolaşan ve hastalık öyküleri uyduran, kendilerine yönelik gerekli olmayan cerrahi işlemlerin uygulanmasına izin veren bir hasta grubunu belirtmek amacıyla kullanılmıştır. 1977 yılında ise pediatriist olan Roy Samuel Meadow "Munchausen Sendromuna" "By Proxy" kısmını ekleyerek kişilerin kendilerinde oluşturduğu hastalık kavramından çıkarmış ve yakınlarının/bakım verenlerin kişide oluşturduğu hastalık "Munchausen By Proxy Sendromu/Bakım Veren Yapay Bozukluğu/ Vekaleten Hastalık" olarak ifade etmiştir (Eşiyok ve Hancı, 2001). Munchausen By Proxy Sendromu, yeni adı ile DSM 5'te "Bir Başkasına Yüklenen Yapay Bozukluk / Factitious Disorder Imposed on Another (FDIA)" olarak ifade edilmektedir (Özdemir, 2020). Yeni tanım altta yatan psikiyatrik bir belirtiden ziyade davranışsal bir modeli tanımlamaktadır (Faedda vd., 2018). Bakım Veren Yapay Bozukluğu; bakım veren erişkinin çocukta hastalığa yönelik belirtiler ve bulguları oluşturmasıyla karmaşık ve ölümcül olabilecek bir form olarak belirtilmektedir (Yurdakök, 2014). Vakalarda çocuğun medikal olarak istismar edilme süreci; çocuğun korunmasından ve bakımından sorumlu olan kişinin, çocukta bir hastalık var gibi davranması veya dış müdahalelerle hastalık oluşturması sonucunda görülmektedir. Çocuk bu süreçte defalarca hastaneye getirilmekte tedaviye yönelik birçok invaziv işlem yapılmakta ancak herhangi bir sonuç elde edilememektedir (Kırcı vd., 2015). Bakım Veren Yapay Bozukluğunda, etkilenen çocukların genellikle 4 yaş altında olduğu ancak 8 yaşa kadar da görüldüğü bilinmektedir (Jones vd., 1986; Sheridan., 2003). 1 yaş altı çocuklarda insidansı 2.8/100.000 olarak ifade edilmektedir (McClure vd., 1996). Türkiye'de ise 2000-2006 arasında çocuk istismarı ile bildiri yapılan 593 vakadan 5'i (%8) Bakım Veren Yapay Bozukluğu olarak değerlendirilmiştir (Ağırtan vd., 2009).

TANILAMA AŞAMASI

Bakım Veren Yapay Bozukluğunun, tanı alması ve ayırıcı tanının konulması oldukça zor olmaktadır. Süreç boyunca çocuk, farklı hastalık öyküleri ile defalarca hastaneye getirilmekte ve farklı tedavilerin uygulanmasına maruz kalmaktadır. Bakım veren ebeveyn hastalık oluşturma amacıyla; madde (insülin gibi) enjekte etme, ilaçla zehirlenme, çocuktan alınan örneği etkilemek amaçlı idrar/kan vb. ekleme, ciltte yanık/döküntü oluşturma, sinüslere baskı uygulama ve nefessiz bırakma (Meadow, 1989), sorunlu besleme ve emzirme, ishal, alerji ve kusma gibi birçok farklı yola başvurabilmektedir. Ayrıca tedavi sırasında çocuğa ilaç, tuz, müshil gibi maddelerin aktif olarak verilmesi ile iyileşme önlenemekte ve bu tür vakalarda ölüm ile sonuçlanma ihtimali çok daha yüksek olabilmektedir (Gray ve Bentovim, 1996).

Bakım Veren Yapay Bozukluğu tıbbi meydan okuma olarak değerlendirilmektedir. Ortalama tanı alma yaşı 3,25 iken sendroma bağlı ölüm oranının %9 - %10 arasında olduğu belirtilmektedir (Eşiyok ve Hancı, 2000). Vakaları tanılanma sürecinde hastalık öyküsü ile olaylar arasındaki bağlantının iyi kurulması gerekmektedir. Bu kapsamda kişisel, sosyal, aile ve geçmiş yaşam deneyimleri ile ilgili

alınacak öykü detaylı bir şekilde oluşturulmalı, tutarsızlıklar belirlenmeli ve bakım veren ebeveynin kazancının ne olduğu üzerinde durulmalıdır (Meadow, 1989). Bakım Verenin Yapay Bozukluğu vakalarının tanı alması;

1. İlgili hastalığa yönelik belirtilerin sadece hastalığı kurgulayan kişi yanındayken ortaya çıktığı ve bu kişi yanından ayrıldığında belirti ve bulguların düzeldiği gözlenmektedir. Bu noktada kimi zaman kardeşlerde de benzer öykülerin olması tanı konulma sürecinde önem kazanmaktadır (Baran ve Tiryaki, 2017).
2. Çocukların tıbbi olarak açıklanamayan ancak sürekli olan veya tekrarlayan hastalık öyküleri bulunmaktadır. Bu duruma bağlı olarak sık hastane başvuruları bulunmaktadır. Anlatılan öykü ile klinik bulgular arasında tutarsızlıklar olmaktadır (Polar, 1996).
3. Çocuklara hastane başvuru süreçlerinde birçok tetkik ve tedavi uygulanmakta ancak herhangi bir yanıt alınamamaktadır. Ebeveynin tedavi sürecine yönelik doktorlardan daha az endişeli olma hali ile onları rahatlatma girişimleri bulunmaktadır. Tedavi süreci boyunca çocuğuyla oldukça ilgili bir ebeveyn olarak görünmektedir. Çocuğa yönelik planlanan tedavi ağır olsa bile bu durumu memnuniyet ile karşılamakta ve sağlık ekibini sürekli övmektedir (Perdue ve Mercer, 1993).

Bakım Verenin Yapay Bozukluğunda, bakım veren ebeveynin temel amacı çocuğa zarar vermek olmasa da hastalık oluşturmak amacıyla yapılan müdahaleler fiziksel, sosyal, duygusal anlamda ciddi sonuçlar doğurabilmektedir (Tümer vd., 2015). Vakalar haftalar, aylar ve yıllarca tespit edilememekte fiziksel ve psikolojik hasarlar bırakmaya devam etmektedir (Başbakkal, 1994). Bu kapsamda failin özellikleri, istismarın şekli oldukça önemli olmaktadır. Çocuk üzerinde yaratılan belirtiler hafif veya orta düzeyde olabileceği gibi ölümlü sonuçlanacak kadar ağır düzeyde de görülebilmektedir. Hastalık üretme sürecinin hafif formunda; çocuğa yönelik doğrudan bir müdahale olmadan belirtilerin varmış gibi anlatılması veya var olan bir hastalığın abartılması durumu söz konusudur. Orta formda; kan, idrar örneklerine müdahale ederek tetkik sonuçlarının değiştirilmesi gibi sonuca yönelik müdahaleler varken ağır formunda; doğrudan hastalık oluşturma amaçlı çocuğa yönelik müdahaleleri içermektedir (Özdemir, 2020). Bu kapsamda vakalarda istismarcı ebeveynin özellikleri, istismarın şekli, çocuğun istismardan etkilenme durumu sürecin şekillenmesinde önemli olmaktadır.

İSTİSMARCİ EBEVEYNİN ÖZELLİKLERİ

Bakım Verenin Yapay Bozukluğu ile ilgili literatürdeki vakalar incelendiğinde istismarcının genellikle (%95) kadın ve çocuğun biyolojik annesi olduğu görülmektedir. Babanın ise duygusal olarak aileye katılmadığı, tıbbi kararların alınma süreçlerinde pasif olduğu, hastalık öyküsüne hakim olmadığı belirtilmektedir (Tümer vd., 2015). Libow ve Schreier (1986) anneleri; kendi anksiyete, depresyon ve yorgunlukları ile baş etmek ve sorunlardan kaçmak için çocukları adına yardım arayanlar, kendi travmatik yaşantıları ile baş etmek için çocukta doğrudan hastalık oluşturanlar ve çocuklarının hasta

olmadığı ispatlansa da hasta olduğunu iddia eden doktor/sağlık ekibi bağımlısı anneler olmak üzere üç gruba ayırmaktadır.

Vakaların çoğunda ataerkil ve geleneksel bir aile yapısının olduğu ortamda annelerin duygusal olarak ihmal edilmesine karşın anne figüründen beklenen sorumluluğun yüksek olduğu görülmektedir. Bu ortam içerisinde annelerin bu beklentileri karşılamakta zorlandığı, süreç içerisinde ilgi ve takdir göremediği ifade edilmektedir. Anne, beklemiş olduğu ilgi ve takdir edilme duygusunu çocukları üzerinden toplamaya çalışmakta ve çocuklarına bakım verdiği süreçte “mükemmel” anne olabilmektedir. Anne, hastalık sürecini hastane ortamına taşıyarak kendisine sıkıntı veren çatışmalı ortamdaki uzaklaşma fırsatı yakalamaktadır (Özdemir vd., 2015). Anneler; genellikle zeki, sevimli, işbirlikçi, şefkatli, sağlık bilgisi olan ve sunulan iyi tıbbi bakıma karşı minnet duyan kişiler olarak tanımlanmaktadır (Eşiyok ve Hancı, 2000; Sanders ve Bursch, 2020). İstismarcı olan ebeveynler genelde hastane ortamında bulunmaktan memnun olan ve kendilerini güvende hissedilen kişiler olarak çevresindekilere çocuğuna çok iyi baktığını düşündürmektedir (Schreier, 2004). Ebeveynlerde çocuğa zarar verdiği dönemler de kızgınlık görülebilmektedir. Bazı araştırmacılar annelerde görülen bu kızgınlığın delüzyonel bir durumu paylaşma ve gerçekten çocuklarının hasta olduğuna inanmaları ile bağlantılı olduğunu ifade etmektedir (Polat, 1996).

Munchausen Sendromu tanısı almış olan yetişkinler ile ilgili yapılan değerlendirmelerde kişilerin çocukluk dönemlerinde ebeveynleri tarafından ihmal edildikleri (özellikle duygusal ihmal) veya istismara maruz kaldıkları belirtilmektedir (Geraciotti vd., 1987). Gray ve Bentovim (1996), 37 aile ve 41 çocuk üzerinde yapılan araştırma sonuçlarına bakıldığında, ebeveynlerin %35'inin fiziksel/duygusal istismar öyküleri veya önemli bir kayıp hikâyesi, %49'unun psikiyatrik öykü, %70'inde babanın ailesi ile ilgili olmadığı (soğuk ve mesafeli), %40'ında ciddi evlilik sorunları, %60'ında erken evlilik sorunlarının olduğu bulunmuştur. İstismar eden ebeveynlerde kendini beğenme, kırgınlık gibi narsistik özellikler ve sınırda kişilik (borderline) gibi B kümesi kişilik bozuklukları görülebilmektedir. Bu durumun yanı sıra pasif bağımlı histerik kişilik, sadomazoist davranışlar, depresyon ve düşük benlik saygısı görülen diğer özellikler arasında yer almaktadır (İçme vd., 2013; Abdurrachid ve Marques, 2020). Annelerin çoğu geçmişte yaşadığı terk edilme, ihmal, sevgi ve ilgi eksikliği durumuna karşın hastalığın ortaya çıkmasıyla sağlık personeline ilgili ve ideal ebeveyn olarak görülmesiyle tatmin sağlamakta ve kendini kabul ettirme, dikkat çekme gibi konularda da ikincil kazanç sağlamaktadır (Tümer vd., 2015; Kırıcı vd., 2015). Ebeveynlerin çocuklar üzerinden kazanç sağlamak üzerine yaptıkları hastalık oluşturma girişimleri çocukların sağlık durumlarını önemli ölçüde etkileyebilmektedir.

ÇOCUKLAR ÜZERİNE ETKİSİ

Bakım Veren Yapay Bozukluğu çocukların fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlığını etkilemekte ve yetişkinlik dönemlerinde de benzer ruhsal problemlerin eşlik etmesine zemin hazırlamaktadır. Rosenberg (1987) 117 vaka ile yapmış olduğu çalışmada çocukların başvuru sebeplerini

incelemiştir. Araştırma sonuçları incelendiğinde çocukların %44'ü kanama, %42'si nöbet, %19'u merkezi sinir sistemi bozukluğu, %15'i apne/solunum durması, %10'u kusma, %59'u ateş, %9'u döküntü gibi birçok farklı nedenle başvuruda buldukları anlaşılmıştır (Rosenderg, 1987). Meadow (1989) ise vakalarda gözlemlenen 5 sonuç üzerinde durmuştur.

1. Çocuklar zararlı ve gerekli olmayan işlemlere maruz kalmaktadır.
2. İstismarcı tarafından oluşturulan belirtilerin gerçek bir hastalığı tetikleme riski bulunmaktadır. Örn; çocuğun ateşinin çıkması için enjekte edilen maddeler sonucunda çocukta böbrek yetmezliği oluşabilmektedir.
3. Ölüme kadar gidebilecek ağır sonuçları olabilmektedir. Örn: nefessiz bırakmak için gerçekleştirilen girişim beyin hasarına neden olabilmekte, ölümlerine sonuçlanabilmektedir.
4. Çocuk, ilerleyen yaşlarında istismarcı ebeveynin kurguladığı hikâyeye ortak olabilmekte, hastalığı kabullenebilmektedir. Örn: engelli olduğu kabul etmek ve yürüyememek.
5. İstismar sürecini deneyimleyen çocuk, munchausen davranışı öğrenmekte ve yetişkinlik dönemlerinde kendileri de uygulayıcı konumda olabilmektedir.

Çocukluk ve erişkinlik dönemlerini etkileyen Bakım Verenin Yapay Bozukluğu; güvensizlik, davranış bozuklukları, tıbbi tedaviden kaçınma, post-travmatik stres belirtilerine neden olabilmektedir. Gelişen fiziksel ve ruhsal sorunlar çocukların yaşam kalitelerini de önemli ölçüde etkilemektedir (İçme vd., 2013). Ayrıca çocukta ayrılık anksiyetesi gözlemlenirken ebeveynde aşırı koruyuculuk görülebilmektedir (Başbakkal, 1994). Çocuklar yaşları büyüdükçe istismarcı ebeveyn ile olan bağımlı ilişkilerini devam ettirebilmekte, ebeveynlerinin beklentileri karşılamak ve kendisine yönelik olan ilgisini devam ettirebilmek amacıyla belirtilere ortak olmakta ve hastalığın var olduğu kurgusunu sürdürebilmektedir. Bu noktada çocuk, hasta rolü yaptığında annesinin kendisine yönelen ilgisini öğrenmektedir. Çocuk; hastalık ile ilgili hayali belirtileri sürdürmekte, patolojik yalancılığa yönelebilmekte ve zamanla yalan ile gerçeği ayıramayacak noktaya gelebilmektedir. Bu durumda aldatma davranışını sevgi ve bakım verme aracı olarak değerlendirmektedir (Tümer vd., 2015). Hastalık üretme süreçlerinin devamlılığı, tekrarlayan hastane başvuruları ile çocuk; bakım veren fedakâr anneye yönelik "sevgi" beslerken aynı zamanda zarar veren anneye karşı "nefret" besleyebilmektedir. Çocuk çoğunlukla bu çelişkili durumla başa etmede zorlanmakta ve temel güven duygusu zedelenmektedir (Özdemir vd., 2015). Bu bağlamda vakaları değerlendirilirken çok boyutlu etki göz önünde bulundurulmalı ve vaka süreci yönetimi de bu şekilde planlanmalıdır.

VAKA SÜRECİ

Bakım Verenin Yapay Bozukluğu tanısı alan ya da şüphe bulunan vakalarda multidisipliner çalışma gerekmektedir. Bu bağlamda sağlık merkezlerinde çocuklara yönelik istismarın değerlendirildiği, araştırıldığı ve tedavi edilip çocuğun korunduğu komisyonların, çocuk koruma kurullarının olması önemli olmaktadır. Bu kurullara tıbbi tedavisinin devam ettiği bölümlerin katılımının yanı sıra Çocuk, Ergen ve Erişkin Ruh Sağlığı, Adli Tıp, Sosyal Hizmet gibi uzmanlık alanları katılmalı ve süreç

bütüncül bir bakış açısı temelinde multidisipliner ekip ile çözümlenmelidir. Bu bağlamda Parish ve Perman (2004) ideal vaka sürecini;

- İstismara maruz kalan çocuğun, uygulayıcı ebeveyninden ayrılması ve güvenliğinin sağlanması gerekmektedir. Ayrılma hem çocuğun istismar sürecinden uzaklaşması ile güvenliğinin sağlanması hem de hastalık belirtilerinin gerileyip gerilemediğinin anlaşılması için önemli olmaktadır. Fail olmadan belirtilerin gerilemesi tanının kesinliğinin sağlanmasında belirleyici olmaktadır.
- Vakayı paydaşların değerlendirilmesi oldukça önemlidir. Bu kapsamda çocuğun, istismarı uygulayan ebeveynin ve ailenin diğer üyelerinin tıbbi, psikiyatrik, sosyal ve hukuki geçmişleri hakkında bilgi edinilmelidir. Ayrıca var ise kardeşlerin tıbbi ve psikososyal değerlendirmeleri yapılmalıdır.
- Süreç, Bakım Veren Yapay Bozukluğu vakalarında deneyimi olan multidisipliner ekip ile sürdürülmelidir.
- İstismarı uygulayan ebeveyn ve maruz kalan çocuk için uzun süreli psikoterapi hizmeti sağlanmalı ve ailenin diğer paydaşları da tedavi süreçlerine dâhil edilmelidir.
- İstismara maruz kalan çocuğun tıbbi, gelişimsel ve psikososyal alandaki süreçlerinin izlenmesi gerekmektedir.
- Vaka yönetiminde önemli konulardan biri çocuğun korunması olmaktadır. Bu kapsamda vakanın seyri, ailenin sürece uyumu önemli olmaktadır. Sürecin değerlendirilmesi, risklerin ve güçlü yönlerin belirlenmesi ile çocuk için seçenekler oluşturulmalıdır. Bu noktada çocuğun korunmasına yönelik tedbir kararlarının alınması, izleme süreçleri için sosyal hizmet uzmanının rolü oldukça önemlidir.

Bakım Veren Yapay Bozukluğu tanısının kesinlik kazanması ile birlikte multidisipliner ekip üyeleri, aile ile yüzleştirme toplantısı yapılmalıdır. Vaka süreci tamamlanıp çocuğun güvenli ortamı belirlenene kadar çocuğun hastane yatışının devam etmesi, taburculuk işlemlerinin ise sosyal endikasyon sebebi ile ertelenmesi önemli olmaktadır. Yüzleştirme aşamasında multidisipliner ekibin bulguları ve süreci anlatması ile ebeveynlere mevcut durum ile ilgili bilgi verilmektedir. Bu aşamada ebeveynlerde kaçma, reddetme, öfkelenme gibi olası tepkilerine hazırlıklı olunmalıdır. Bu süreçte ebeveynler tedavi ekibini suçlama eğilimi gösterebilmektedir. Yüzleştirme aşaması ile birlikte istismarcı ebeveyn ve istismara maruz kalan çocuk başta olmak üzere vaka planlaması oldukça önemlidir. İstismarcı ebeveyn odağından tedavi için kesin bir yöntem belirtilmemiş olsa da yüksek dozda psikotrop ilaçların kullanımı ve terapinin tedavi süreci boyunca kullanıldığı bilinmektedir (Baran ve Tiryaki, 2017). Çocuğun korunmasında ise sosyal hizmet uzmanları öncülüğünde seçenekler değerlendirilmelidir. Tanılanması ve tespit edilmesi zor olan vakalarda istismar döngüsünün nesilden nesile aktarılmasının önlenmesi diğer önemli adımı oluşturmaktadır (Başbakal, 1994).

Bakım Verenin Yapay Bozukluğu vakarında tanı aşamasının zorluğuna karşın literatürde kamera sisteminin kullanımı öneri olarak sunulmakta ve örneklerine yer verilmektedir. Ancak kamera sisteminin kullanımı beraberinde birçok etik, yasal ve sosyal sorumluluğu da beraberinde getirmektedir. Uluslararası uygulamalara bakıldığında kamera ve kayıt cihazlarının kullandığı vakaların olduğu görülmektedir (Sheridan, 1989). Ancak Türkiye odağında kamera ve kayıt cihazlarının kullanımına yönelik yasal bir zemin bulunmamakla beraber olguların tespiti noktasında kamera yerleştirilmesi düşünüldüğünde mahkeme kararının çıkarılması, yasal izinler ile kayıt tutulması ve çocuğa yönelik bir girişim gerçekleştiği takdirde müdahale edecek ekibin hazır bulması gibi önerilerin sunulduğu da görülmektedir (Uğurlu, 2021:84-86).

Vaka süreci çok boyutlu bilgi temelini gerektirmektedir. Bu bağlamda tıbbi boyutun paydaşlarını cezai sorumluluk açısından hukuki boyut; çocuğun korunması, aile işlevselliğinin sağlanması, vakanın psikososyal değerlendirmesinin yapılması, çocuğun ve istismarcının tedavi süreçleri ve ruh sağlığının iyileştirilmesine yönelik müdahale planlarının oluşturulması açısından ise sosyal hizmet boyutu oluşturmaktadır.

HUKUKİ BOYUT

Tıbbi boyutuyla nadir fark edilen ve tanılanması zor olan Bakım Verenin Yapay Bozukluğu, hukuki boyut içinde benzer zorluğu göstermektedir. Hukuk alanındaki profesyonellerin tanıya yeterince hakim olmaması, ceza-i ehliyetin olup olmadığının sorgulanması, somut delil bulmadaki eksikliğin ve zorluğun olması, kanunda durumun tanımlanması konusunda yetersizliklerin olması gibi nedenlerle her vakanın farklı hukuki karar ile sonuçlanabildiği ve Türkiye için hukuki bir standart oluşmadığı görülmektedir (Tümer vd., 2015; Kaynak vd., 2015). Hukuki boyutun şekillenmesinde önemli olan nokta ceza-i ehliyet hususu olmaktadır. Tanı yapay bir bozukluk olarak DSM IV - V' de yer almaktadır. Bu noktada hastalık (disease) ve bozukluk (disorder) kavramları arasındaki farklılık öne çıkmaktadır. "Hastalık" kavramı, bireyin doğuştan sahip olduğu beyinde gösterilebilen patolojiler olarak ifade edilmektedir. Örneğin; şizofreni hastalığı olan kişinin suç işlemesi durumunda cezai sorumluluğunu ortadan kaldıran bir akıl hastalığı durumundan bahsetmek mümkün olmaktadır. Bu duruma karşın "bozukluk" kavramı, bireyin kendi iradesi ve motivasyonu ile başlattığı patolojik bir süreç olarak ifade edilmektedir (Tunç, 2018; Çamsarı, 2012). İlgili kavramlar kapsamında yapılan değerlendirmede ise "yapay bozukluk" olarak ifade edilme durumu hukuki anlamda cezai sorumluluğu da kaldırmamaktadır. Vakalar kapsamında yapılacak değerlendirmede istismarı uygulayan ebeveynin süreçler üzerinde etkili olan yaşantısı, geçmiş travmaları, sosyal ve çevresel faktörleri, istismar öykülerine dikkat edilmesi ve son kararın bu hassasiyetler ile verilmesi gerekmektedir. Bakım Verenin Yapay Bozukluğu vakalarında cezai işlem uygulanmalıdır diyen görüşe karşın tedavi edilmelidir görüşü bulunmaktadır (Tümer vd., 2015). Farklı görüşlerin olması ile birlikte her vakanın kendisine göre değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu noktada göz önünde bulundurulması gereken konu çocuğun korunması olmaktadır. Çocuğun güvenliğinin sağlanması noktasında ise sosyal hizmet müdahalesi önemli olmaktadır.

BAKIM VERENİN YAPAY BOZUKLUĞU VE PSİKİYATRİK SOSYAL HİZMET MÜDAHALESİ

Sağlık; fiziksel, sosyal ve ruhsal anlamda tam iyilik halinde olma ile ifade edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre, yeti yitimine en çok yol açan 10 hastalıktan 5'ini ruhsal hastalıklar oluşturmaktadır (Tuncay ve Oral, 2012). Bireyin ruhsal sağlığında olan bir bozukluğun fiziksel ve sosyal sağlığı üzerinde belirleyici etkileri olmaktadır. Ruh sağlığı alanındaki sorunların bütüncül olarak multidisipliner ekip ile incelenmesi oldukça yararlı olmaktadır. Ekibin en önemli parçalarından birini ise tıbbi ve psikiyatrik alanda çalışan sosyal hizmet uzmanları oluşturmaktadır. Psikiyatrik sosyal hizmet; sosyal işlevselliği arttırmak, gelişimi/değişimi desteklemek, faydalanacağı kaynaklara ulaşmada yönlendirmek, bireylerin hayatının kontrolünü eline almasını sağlamak ve bireyin yaşamının toplumsal alan ile bağlamına odaklanmak amacıyla tedavi ekibinin bir parçası olarak klinik ve toplumsal düzeyde çalışmalar yapmaktadır (Özden, 2015; Tuncay ve Oral, 2012). Bu kapsamda sosyal hizmet uzmanları yaptıkları incelemeyle; aile öykülerini, travmatik deneyimleri, sorunlu ilişki örüntülerini tanımlamak ve psikososyal değerlendirme yapmak adına önemli bir sosyo-legal belge olan sosyal inceleme raporlarını oluşturmaktadır. Psikoeğitim ve danışmanlık rolü ile istismarcı ebeveyn, çocuk ve diğer aile üyeleri için tedavi süreci, taburculuk ve sonrasını planlamak, bilgi vermek, danışmanlık ve yönlendirme yapmaktadır. Klinik ve sosyal öykü, vaka seyri açısından oldukça önemli olmaktadır. Edinilen bilgiler öykünün anlaşılmasına, şüphenin oluşmasına ve tanılanmasına katkı sağlamaktadır. Multidisipliner ekip içerisinde bütüncül araştırma, diğer kurumlarla bağlantı, sosyal hizmet kuruluşlarına başvuru gibi birçok noktada sosyal hizmet uzmanı önemli bir ekip üyesi olmaktadır (Cording ve Carter, 2021). Vaka sürecinde tanının kesinleşmesi ile birlikte aile sisteminde oluşabilecek değişime aile üyelerini hazırlamak gerekmektedir.

Psikiyatrik alanda sosyal hizmet müdahalesi kapsamında; Koruyucu-önleyici, geliştirici-değiştirici, tedavi-rehabilite edici hizmetlerin etkinliklerinin artırılması; başvuru süreci, tedavi, taburculuk ve sonrasını kapsayan takip ve izlemenin olduğunu çevresi içinde birey yaklaşımıyla bütüncül vaka yönetiminin benimsenmesi vakaların kontrolünün sağlanmasında oldukça önemli olmaktadır (Yiğit, 2018). Bakım Veren Yapay Bozukluğu vakaları için sosyal çevre, aile yaşantısı, ilişki örüntüleri, bağlanma stilleri oldukça önemli olmakta ve tedavide medikal model ile sosyal modelin bir arada kullanıldığı biyopsikososyal model ön plana çıkmaktadır. Biyopsikososyal model; ruhsal hastalığın anormallik olarak görüldüğü medikal model ile birey ve toplum arasındaki iletişimsizlikten kaynaklandığını savunan sosyal model arasında bir yaklaşım sunmaktadır (Tuncay ve Oral, 2012). Sosyal hizmet uzmanları ise biyopsikososyal modelden hareketle ve ekolojik sistem kuramı temelinde vakaya geniş bir pencereden bakmasıyla verilen öyküdeki tutarsızlıkları daha kolay görmekte ve vakaları ilk fark edenler genellikle sosyal hizmet uzmanları olmaktadır (Polat, 1996).

Sosyal hizmet uzmanları vaka süreci boyunca çocuk, istismarcı ebeveyn ve aile ile mikro/mezzo düzeyde klinik görüşme, psikososyal değerlendirme, aile ve çevre ile iletişim kurma gibi yollarla bilgi kaynaklarına erişmekte ve edinilen bilgileri multidisipliner ekip ile paylaşmaktadır. Ayrıca çocuğun

korunmasına yönelik kararların alınmasına ve uygulanmasına öncülük etmektedir. Aynı zamanda tanı-tedavi-taburculuk sonrası süreç olmak üzere tüm aşamalarda çocuğun korunmasını ön planda tutmaktadır. Sosyal hizmet uzmanları çocuğun korunması adına çocuk koruma sistemleri ile bağlantıya geçilmesi, takibinin sağlanması, tedbir kararlarının alınması; istismarcı ebeveyne yönelik hukuki ve tıbbi boyutun ekip ile değerlendirilmesi, bildirimlerin yapılması, tedaviye devamlılığının sağlanmasındaki engellerin kaldırılmasında aktif görev üstlenmektedir. Toplumsal düzeyde ise ruh sağlığı ve çocuk istismarına yönelik olarak politikaların geliştirilmesi, toplum eğitiminin sağlanması, ruh sağlığı yasasının çıkarılması, dışlanma ile mücadele edilmesi gibi makro düzeyde yapılan çalışmaları da kapsayan geniş bir perspektif sunmaktadır.

Psikiyatrik sosyal hizmet; bireyin sosyal yaşamına uyumunu kolaylaştırmak, sosyal çevresinde soruna katkı yapan faktörleri görmek ve çözüm önerileri üretmek amacıyla hareket ederek bütüncül şekilde vaka analizine katkı sunmaktadır (Bahar ve Savaş, 2013; Özbesler ve Çoban, 2010). Birçok psikiyatrik hastalıkta olduğu gibi Bakım Veren Yapay Bozukluğu da tıbbi boyutun yanı sıra bireysel, çevresel, sosyal, kültürel yapıardan beslenmektedir (Duyan ve Saruç, 2009). Vakalarda tıbbi-hukuki-psikiyatrik-sosyal birçok boyutun değerlendirilmesi ve sosyal hizmet uzmanının da farklı alanlar ile ilgili bilgi sahibi olması gerekmektedir. Sosyal hizmet uzmanlarının; tıbbi alan özelinde çocuğun sağlık durumu, olay örgüsü; hukuki alanda cezai işlem uygulamaları, çocuğun korunması gibi yasal süreçler; psikiyatrik alanda anne ve çocuk bağlanması, tanı sonrası süreçte mağdur ve fail için terapi ve ilaç desteğinin sağlanmasındaki engellerin anlaşılmasında farklı alanlara hakim olması diğer meslek grupları ile çalışırken bağlantıları doğru kurması gerekmektedir. Elbette ki bu alanlara odaklanırken gözden kaçırılmaması gereken ve sosyal hizmet uzmanının öncelikli görevi olan çocuğun korunması ve güvenliğinin sağlanması olmaktadır. Sosyal hizmet uzmanları ruh sağlığı alanında ve Bakım Veren Yapay Bozukluğu vakalarında tedavi ekibin bir parçası olarak tanı, tedavi, takip ve izlem aşamalarında aktif olarak görev almaktadır.

Başvuru Aşaması ve Hastanın Psikososyal Değerlendirilmesinin Yapılması

Bakım Veren Yapay Bozukluğu vakalarında tıbbi test ve tedavilere rağmen hastalığı açıklayan organik bir neden bulunmaması, aile görüşmeleri, sık hastane başvuruları, tedavi edilmesine rağmen benzer şekilde tekrarlayan şikâyetler, şüphenin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Başvuru ve şüphe aşamasında sosyal hizmet uzmanının yapmış olduğu aile görüşmeleri, anlatılan öykü ve olay arasındaki uyum ve tutarsızlıkların fark edilmesi, çevresi içinde birey yaklaşımından hareketle aile ilişkileri, kişisel/sosyal/kültürel geçmişlerine de odaklanarak öykünün alınması vaka seyri açısından önemli olmaktadır. Sosyal hizmet uzmanlarının yapmış olduğu psikososyal değerlendirme ve mümkün olan hallerdeki sosyal inceleme önemli bilgiler sunmakta ve vaka seyrini değiştirir nitelik taşımaktadır. Sosyal hizmet uzmanı tarafından edinilen bilgiler diğer ekip üyeleri ile paylaşılarak şüphe sürecinin kesinleşmesine ve tanı konulmasına yardımcı olmaktadır. Bu noktada sosyal hizmet uzmanlarının edindiği bilgiler, hastane kaynaklarının yanı sıra toplumsal ve diğer kurumsal

kaynaklardan da derlenmesi ile kapsamlı bilgiye ulaşabilme olanağına sahip olan tek ekip üyesi olması bakımından vaka sürecinde yönlendirici rol üstlenmektedir (Sheridan, 1989).

Sosyal hizmet uzmanı ayrıca vaka süreci boyunca, sürecin nasıl ilerlediği ile ilgili aileye gerektiği kadarıyla bilgi verme, danışmanlık yapma, aile ile tıbbi ekip ilişkisinde kolaylaştırıcı ve bağlantı kurucu olma, ailede süreç boyunca oluşabilecek öfke, kızgınlık gibi durumların farkında olma ve risklerin belirlenmesinde önemli rol oynamaktadır. Tanı alma süreci kesinleştikten sonra sosyal hizmet uzmanları için istismarcı ebeveyn ve çocuk olmak üzere iki özne oldukça önemli olmakta ve değişecek olan aile sistemlerinin düzenlenmesi konusunda destekleyici olunması gerekmektedir.

Kesin Tanı Alma ve Yüzleştirme

Bakım Veren Yapay Bozukluğu vakalarında tıbbi olarak hastalığı açıklayacak organik bir nedenin bulunmaması ile psikiyatrik ve sosyal değerlendirme ekip üyeleri tarafından yapılmaktadır. Tanın kesinleşmesinin ardından multidisipliner ekip tarafından ebeveynlerle yüzleştirme yapılması oldukça önemli olmaktadır. Şüphe aşamasında net bilgiye ulaşamayan aile üyelerinin bekleyişi, aile perspektifinden anlamlandırılmayan klinik görüşmeler ve sorular yüzleştirme aşamasında netlik kazanmaktadır. Yüzleştirmede dikkat edilmesi gereken en önemli şey tanının kesin olarak konulmuş olmasıdır aksi takdirde süreç çocuğun ölümü ile sonuçlanabilmektedir (Polat, 1996). Yüzleştirme sırasında multidisipliner ekibin parçası olan ve çocuğun takibini sürdüren her bölüm süreç ile ilgili görüşlerini dile getirmelidir. Aileye bulgular ve varılan sonuçlar kesin bir dille ifade edilmelidir. Diğer ülke örneklerinde yüzleştirme aşamasının çocuk doktoru ya da sosyal hizmet uzmanı tarafından doğrudan yapıldığı, yüzleştirme yapılacak ortamda aile ile sağlam ve destekleyici bir iletişim geliştiren sosyal hizmet uzmanının bulunması yararlı sonuçlar doğurduğu görülmektedir (Sheridan, 1989). Yüzleştirme aşamasında çocukta hastalığın oluşmasında dış kaynaklı etkinin olduğu bilgisine karşın ailenin vereceği tepki, süreçteki tutumu, tedavi uyumu, çocuk ile ilgili planları, ebeveynlerin birbirine karşı tutumları sosyal hizmet uzmanlarının müdahale planını oluşturmasında ve seçeneklerin belirlenmesinde etkili olmaktadır.

Kesin tanı ve yüzleştirme aşaması dâhil olmak üzere tüm vaka süreci boyunca istismarcı ebeveyne yönelik hastane personelinden veya servisteki diğer refakatçilerden gelebilecek öfkenin ve güvensizliğin farkında olunmalıdır (Perdue ve Mercer, 1993). Vaka süreci boyunca servis ekibinin diğer ailelere herhangi bir şey yansıtmaması bekleniyor olsa da yatış süresinin uzaması, benzer olaylara tanık olan refakatçilerin olması veya servis ekibinin konuşmalarına kulak misafiri olunması gibi çeşitli nedenlerle durum öğrenilebilmektedir. Vakanın sağlık ekibi dışında diğer kişilerce öğrenilmesi vakanın seyri ve çocuğun güvenliği açısından tehlikeli olmakla birlikte istismarı uygulayan ebeveyne yönelik nefret söylemi de gelişebilmektedir. Bu noktada sosyal hizmet uzmanının bu tür risklerin farkında olması servis ekibi ile sürekli iletişimin sağlanması önemli olmaktadır.

Sosyal hizmet uzmanlarının dikkat etmesi gereken noktalardan bir diğeri ise yüzleştirme yapıldıktan sonra istismarcı ebeveynin mevcut durumdan sorumlu tutulması sebebi ile şiddet,

damgalama, tehdit, öldürülme gibi olası risk ve tehlikelere karşı korunması, adli/tıbbi süreçlerinin başlamasına yönelik süreçlerin müdahale planlarına dâhil edilmesi gerekmektedir. Ayrıca müdahale planında tanı ile yüzleşen istismarcı ebeveynin çocuğuna daha fazla zarar verme girişiminde bulabileceği riskinin göz önünde tutulması ve çocuktan uzaklaştırılması bu süreçte çocuğun koruma programlarından yararlandırılması adına sosyal hizmet uzmanları tarafından ilgili kurumlara yönlendirmesi, taburculuk sonrası planın oluşturulması oldukça önemli olmaktadır (Sheridan, 1989).

İstismarcı Ebeveynin Tedavi Süreçlerine Katılımı ve Sosyal Hizmet Müdahalesi

Bireylerin yaşamlarını önemli ölçüde etkileyen ruhsal bir sağlık sorunu tedavi edilmediğinde işlevde ve iş gücünde kayba neden olurken sosyal çevrede de sorunlara sebep olabilmektedir (Çölgeçen ve Abay, 2018). Bakım Veren Yapay Bozukluğu vakaları tıbbi ve hukuki boyut gibi sosyal hizmet içinde zorlayıcı bir müdahale alanı olmaktadır. Sosyal hizmet uzmanının istismarcı ebeveyn ve çocuk için müdahale planları oluşturması oldukça önemli olmaktadır (Sheridan, 1989). Yüzleştirme aşamasından sonra sosyal hizmet uzmanları değişen aile sistemlerinin düzenlenmesinde destekleyici planlar oluşturabilmektedir. İstismarcı ebeveyn için hem adli hem de tıbbi süreç başlamaktadır. Bu noktada ebeveynin amacının çocuğuna zarar vermek olmadığı, çocuk üzerinden ilgi ve takdir toplama, dikkat çekme gibi kazançlar olduğu bilinmektedir. Bakım Veren Yapay Bozukluğu için kesin bir tedavi yöntemi bulunmamakla birlikte hem tıbbi hem de hukuki boyutu karmaşık olan vakalar ile ilgili tedavi edilmeli görüşüne karşın cezai işlem uygulanmalı görüşü de bulunmaktadır. Ebeveynin çocuğa yönelik istismarında kendi iradesinin etkili olması cezai işlemi gerektirmesinin yanı sıra istismarcı ebeveynin yaşadığı travmatik deneyimler, aile yaşantıları, çevresel beklentilerle başa çıkamama gibi birçok sosyal faktörün ve ruh sağlığı üzerindeki etkilerinin boyutu yadsınamayacak düzeydedir. Bu nedenle hem hastane temelli hem toplum temelli bir iyileşme ortamının sunulması, tedaviye yönelik uzun psikoterapi seanslarının rehabilitasyon ile desteklenmesi, tıbbi ve psikososyal müdahalenin aynı zamanda verilmesi gerekmektedir (Duyan ve Saruç, 2009).

Psikiyatrik sosyal hizmet kapsamında ise psikososyal tedavi programları önemli olmaktadır. Bu kapsamda hem istismarcı ebeveyn hem çocuk için bireysel psikoterapi, aile terapileri, bilişsel davranışçı terapiler, stres ve kriz yönetimi vb. (Özden, 2015) tedavisi kesin sonuç vermede etkili olmasa da kontrol altına alınmasında etkili olabilmektedir. Sosyal hizmet uzmanları istismara maruz kalan çocuk ile ilgili savunucu rolünde çocuğun korunmasını sağlamanın yanı sıra; istismarı uygulayan ebeveynin de tedavi süreçlerine dâhil olması, haklarının savunulmasında aktif rol üstlenmektedir (Özbesler ve Çoban, 2010). Bakım Veren Yapay Bozukluğu vakalarında istismarı uygulayan ebeveyne yönelik adli işlemin başlatılması, gerekli durumlarda zorunlu tedavi seçeneklerinin önerilmesi ve takibinin yapılmasında sosyal hizmet uzmanları ön plana çıkmaktadır. Bu kapsamda psikiyatrik sosyal hizmet girişimleri:

- Tedavi ekibinde bulunarak aile yaşantısı hakkında derinlemesine görüşmeler yapmak, ekibin diğer üyeleri ile vakayı tıbbi, psikolojik ve sosyal açıdan değerlendirmek, bütüncül bir yaklaşım sunmak
- İstismarcı ebeveynin, tedavi edilebilirliği ile ilgili ekibin diğer üyeleriyle bağlantıda kalmak, süreç ile ilgili bilgi almak ve tedavi uyumuna yönelik müdahale planı oluşturmak
- Taburculuk sonrası başlaması muhtemel olan adli ve tıbbi süreçler ile ilgili danışmanlık ve yönlendirme yapmak
- Ruh sağlığının iyileşmesine yönelik ilaç ve/veya terapi süreci boyunca sürece devamlılık, kaydedilen ilerleme gibi konularda klinik görüşmeler yapmak
- Kişinin sendromu tetikleyen çevresel koşullarını saptamak ve risk faktörlerinin azaltılması noktasında desteklemede bulunmak, mikro düzeyde istismarcı ebeveyn ile mezzo düzeyde aile ile çalışmalar yapmak ve bozulan aile sisteminin düzenlenmesinde aile bireylerinin motivasyonlarını gözlemlemek

Çocuğun Korunması ve Taburculuğun Planlanmasında Sosyal Hizmet Müdahalesi

Bakım Veren Yapay Bozukluğu vakalarında sosyal hizmet uzmanı için en temel sorumluluk çocuğun tam iyilik haline ulaşmada fiziksel, sosyal ve ruhsal sağlığının korunması olmaktadır. Bu kapsamda çocuğun maruz kaldığı travmatik deneyim ile ilgili ruh sağlığının korunması gerekirken aynı zamanda istismarın fiziksel boyutu ile ilgili tıbbi tedavi süreçleri de devam etmelidir. Süreç boyunca çocuğun korunmasında etkili olan kurumlar arasında iş birliğinin sağlanması, hastanede yatışı devam eden çocuğun gerekli hallerde yatışının sosyal endikasyon sebebi ile uzatılması, çocuğa korunaklı ve güvenli bir alan oluşturulması, çocuğun ihtiyaçlarının farkında olunması gerekmektedir. Sosyal hizmet uzmanları müdahale planlarını oluştururken çocuğun korunması kapsamında aile üyeleri ile psikososyal görüşmeler yapmakta ve aile sistemini değerlendirmektedir (Perdue ve Mercer, 1993). Çocuk odağında yapılacak olan kapsamlı bir aile değerlendirmesi, öykülerin dinlenmesi, detaylara odaklanması ile aile sisteminin analizi, sistem içerisindeki dinamiklerin anlaşılması, rollerin belirlenmesi önemli olmaktadır. Sosyal hizmet uzmanlarının aileyi değerlendirmesi ve bilgi toplama sürecinde sosyal inceleme yapması, var ise önceki kayıtlara ulaşılması (koruyucu ve destekleyici tedbir kararları, sosyal inceleme raporları, sosyal hizmet kurum ve kuruluş başvuruları vb.) sürecin bütüncül değerlendirilmesinde önem arz etmektedir. Çocuğun korunmasında ilk adım çocuğu, istismarcı ebeveynden uzaklaştırma olmaktadır. Bunun en önemli sebebi etkili bir tedavi yönteminin olmaması olarak ifade edilmektedir (Parrish ve Perman, 2004). Çocuk ile ilgili alınacak tedbir kararlarının belirlenmesinde; yaşamsal risk olup olmaması, sosyal destek sistemleri, anne/baba ilişkisi ve ebeveynlerin durumu anlamlandırma düzeyleri gibi birçok etken bulunmaktadır.

Sosyal hizmet uzmanında dâhil olduğu multidisipliner ekip tarafından vakanın tıbbi, sosyal, psikiyatrik olarak tüm yönlerinin değerlendirildiği bir rapor ile ailenin ikametine uygun olarak Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı İl Müdürlüğüne bildirim yapılmalıdır. Yapılan bu bildirimde eş zamanlı olarak istismarcı ebeveyn ile ilgili adli işlemlerin başlatılması noktasında savcılık makamına da suç duyurusunda bulunulmalıdır. Bu noktada ilgili çocuk hakkında gönderilen rapora istinaden inceleme yapmak üzere görevlendirilecek olan sosyal hizmet uzmanının tanıyı bilmesi, sürece hâkim olması inceleme sonucunda alacağı kararda çocuğun yüksek yararını gözetmesi ve riskli durumları doğru değerlendirilmesi bakımından önem kazanmaktadır. İstismarcı ebeveyn ve çocuk hakkında yapılan sosyal inceleme, hastane kayıtları ve çocuk koruma kurulu raporu gibi tüm bilgiler ışığında çocuğun korunmasına yönelik uygun olan tedbir kararları değerlendirilmelidir. Bu kapsamda alınacak kararlar 5395 Çocuk Koruma Kanunu ile Çocuk Koruma Kanununa Göre Verilen Koruyucu ve Destekleyici Tedbir Kararlarının Uygulanması Hakkında Yönetmelik doğrultusunda her vaka özelinde değerlendirilmelidir.

Çocuk hakkında yapılan değerlendirmede; hastalık oluşturma durumunun hayati risk taşıması, istismarı oluşturan ebeveynin tedavi ve takip süreçlerine uyum sağlamaması, diğer ebeveynin işbirliğine açık olmaması, sosyal destek sistemlerinin zayıflığı, multidisipliner ekipte çocuğun evde bakımı konusunda endişenin olması gibi koşullar söz konusu olduğunda yasal sürecin başlatılması gerekmektedir. Bu kapsamda 5395 Çocuk Koruma Kanunu çerçevesinde koruyucu ve destekleyici tedbir kararlarından “Bakım Tedbir Kararı”nın alınması gündeme gelmelidir. Çocuğun aileye verilmesinin riskli olduğu ve bakım tedbir kararı alınması düşüldüğü durumlarda hastane koşullarına da bağlı olarak çocuğun yatışı sosyal endikasyon sebebi ile uzatılmalı ve acil koruma kararının alınmasına yönelik işlemler başlatılmalıdır. Çocuğun hastaneden taburculuğu ile doğrudan kuruma tertibinin yapılması çocuğun yüksek yararı açısından oldukça önemli olmaktadır.

Çocuk hakkında yapılan değerlendirmede; hastalık oluşturma öyküsünün hayati risk taşıyamaması/hafif düzeyde bir olgu olması, ailenin işbirlikçi olması, ailenin tedavi ve takip süreçlerine uyumlu olması, sosyal destek sistemlerinin sürece dâhil edilmesi durumlarında multidisipliner ekibin “aile yanında takip edilebilir” görüşü ön plana çıkabilmektedir. Bu kapsamda sağlıklı ebeveynin sürece dâhil edilmesi, aile ve çocuk ile çalışma yapılması uygun görülmektedir (Özdemir, 2020). Çocuğun korunması ve aile yanında takibinin yapılması için 5395 Çocuk Koruma Kanunu çerçevesinde koruyucu ve destekleyici tedbir kararlarının çıkarılması için girişimde bulunulmalıdır. Tedavi süreçlerinin devamlılığı, ruhsal ve fiziksel sağlığının korunması için “Sağlık Tedbir Kararı”; çocuğun bakımından sorumlu kişilerin çocuk bakımı ile ilgili desteklenmesi için “Danışmanlık Tedbir Kararı” alınması gündeme gelmektedir. Çocuk ile ilgili ciddi risk oluşmadığı ve sosyal destek sistemlerinin sürece katıldığı vakalarda sağlık ve danışmanlık tedbiri çıkarılmasına istinaden çocuğun taburculuğu aileye yapılabilir. Ancak bu koşulda bile ailenin hem Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlükleri hem de hastanedeki sosyal hizmet uzmanı tarafından sık izlemi gerekli olmaktadır. Tedavi uyumsuzluğu veya tekrarlayan bir hastalık oluşturma öyküsü durumunda bakım tedbir kararının alınması gündeme gelmelidir. Hastalık oluşturma öyküsünün ağır formlarının

görüldüğü ve çocuğa doğrudan müdahaleyi içeren vakalarda çocuğun korunması amacıyla 5395 Çocuk Koruma Kanunu çerçevesinde çocuğun kurum bakımına alınması için “Bakım Tedbir Kararı” çıkarılması için girişimde bulunulmalıdır.

Bakım Verenin Yapay Bozukluğu, maruz kalan çocukların yetişkinlik dönemini de etkileyebilmektedir. Travmatik bir deneyim yaşayan çocuk için kısa ve uzun vade de tedavi ve terapi planı oluşturulması gerekmektedir. Çocuklar için oluşturulacak olan tedavi planı ve tedaviye uyumu ileri yaş dönemlerinde kendilerinin de uygulayıcı olmaması, fiziksel ve ruhsal sorunları deneyimlememesi ve temel güven duygusunun zedelenmemesi adına oldukça önemli olmaktadır (İçme vd.,2013; Özdemir vd.,205). Bu noktada tedaviye uyum ve tedavinin gerekliliklerini yerine getirmek oldukça önemli olmaktadır. Tedavi süreçlerinin takibinde ve izlenmesinde sosyal hizmet uzmanlarına ihtiyaç duyulmaktadır. Sosyal hizmet uzmanları hem çocuğun korunması için tedbir kararlarının alınması hem de kararların uygulanması ve takip edilmesi sürecinde önemli görevler üstlenmektedir. Bu kapsamda çocuklara yönelik psikiyatrik sosyal hizmet girişimleri:

- Çocukların korunmasına yönelik çocuk koruma sistemleri ile bağlantıya geçmek, Koruyucu ve Destekleyici Tedbir Kararlarının çıkarılmasında öncülük etmek,
- Çocuğun travmatik deneyimlerine yönelik psikiyatrik tedavi süreçlerini desteklemek, sağlık tedbir kararı kapsamında sağlık kurumları ile iletişimlerini düzenlemek, tedaviye süreklilik kazandırmak ve olası riskli bir durumda müdahale etmek,
- Sağlık ve Danışmanlık Tedbir kararları ile aile yanında takip edilen çocuklar için gelişim süreçlerine yönelik düzenli görüşmeler yapmak ve ilerlemeleri kaydetmek, ihtiyaçlarını belirleyerek yönlendirmeler yapmak,
- Çocuğun yaşadığı travmatik deneyimden sonra ruh sağlığında yaşanabilecek bozulmalara karşı koruyucu önleyici; içinde bulunduğu travma süreci ile ilgili durumu değiştirici ve geliştirici planlar yapmak ve tedavi hizmetlerine yönlendirmek,
- Çocuk odağında aile ve diğer sosyal destek sistemlerini sürece dâhil etmek, diğer sistemlerin işbirliği ile bütüncül bakışı benimsemek gerekmektedir.

İzleme

Sosyal Hizmet Uzmanı, çocuk istismarı kapsamında değerlendirilen nadir fark edilen ve tanılanması zor olan Bakım Verenin Yapay Bozukluğu vakalarında çocuğun korunması amacıyla vaka yöneticisi rolünün yanı sıra başvuru - tanı alma - taburculuk sonrası izleme ve çocuğun korunması gibi tüm süreçlerde yer alan tek meslek grubudur. Bu noktada çocuğun korunması, tedavi ve terapiye devamlılığının sağlanması, hastane ve toplum temelli iyileşmenin hedeflenmesiyle hareket edilmelidir. Her vaka özelinde uygulanan sosyal hizmet müdahalelerinin etkililiğinin görülmesi, değişimin kaydedilmesi ve riskli durumlarda müdahale edilmesi adına vakanın takip edilmesi ve izlenmesi oldukça önemli olmaktadır.

SONUÇ VE ÖNERİLER:

Çocuk istismarının ağır bir formu olan Bakım Verenin Yapay Bozukluğu vakaları hem çocuk koruma alanı hem de ruh sağlığı alanında nadir görülen ancak sosyal hizmet müdahalesine ihtiyaç duyulan önemli bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır. Diğer birçok istismar olgusu gibi Bakım Verenin Yapay Bozukluğu da ruh sağlığı üzerinde önemli etkileri olan aynı zamanda sosyal ve çevresel faktörlerle de derinleşen bir tanı olarak bilinmektedir. Tanılanması güç olan vakalar tespit edilemediğinde hayati sonuçlar doğurmakta ve mağdurun hem fiziksel hem ruhsal sağlığı üzerinde yıkıcı etkiler oluşturmaktadır. Yıkıcı etkilere karşı sosyal hizmet müdahalesi; çocukların korunması, fiziksel ve ruhsal anlamda sağlıklı yetişkinlik dönemleri yaşaması adına koruyucu önleyici çalışmaların arttırılması, istismara maruz kalan çocuklar için takip ve izleme sisteminin güçlendirilmesi ve yetişkinlikte istismarı uygulayan kişi olma noktasındaki risklerin kaldırılmasında oldukça önemlidir.

Çocuğa yönelik istismar kapsamında değerlendirilen Bakım Verenin Yapay Bozukluğu vakaları multidisipliner çalışmayı gerektirmektedir. Bakım Verenin Yapay Bozukluğu yapısı itibariyle karmaşık olan uzun izlem, yakın takip ve deneyim gerektirmesinin yanı sıra farklı meslek gruplarının uzmanlığına ihtiyaç duyulan vakalar olarak da değerlendirilmektedir. Tıbbi süreç; psikolojik, sosyal ve hukuki alanlar ile desteklenmeli, her vaka kendi özelinde değerlendirilmeli ve bütüncül bir bakış ile olabildiğince çok bilgiye ulaşılmalıdır. Bu noktada sosyal hizmet uzmanları meslekler arası işbirliğini sağlama, kapsamlı bilgiye erişme ve çevresi içinde birey temelinde bütüncül değerlendirme yapma, ailenin sosyal destek sistemlerini belirleme, varsa önceki başvurularına erişme, ailede benzer öykülerin varlığının tespiti, çocuğun korunması ve tam iyilik halinin sağlanmasında etkili bir konumda olmaktadır. Sosyal Hizmet uzmanları, başvuru süreci - tanı alma - izleme gibi her kademedede yer alan ve tıbbi – sosyal – çevresel – psikolojik - kültürel birçok bilgi kaynağına erişebilen ve bağlantı kuran multidisipliner ekip içindeki tek meslek grubu olmaktadır. Tıbbi ve psikiyatrik alandaki sosyal hizmet uzmanları multidisipliner ekibe patolojik bakış açısının yanı sıra psikososyal öykü, sosyal ve çevresel faktörler, taburculuk sonrası çocuğun korunması, yasal çerçeve, haklar ve sorumluluklar gibi birçok konuda katkı sunmaktadır. Bu anlamda tedavi sürecinin sadece medikal alan ile kısıtlanma riskine karşın geniş bir perspektif ve psikososyal değerlendirmelerle çok yönlü müdahale planı sunulabilmektedir.

Literatürde Bakım Verenin Yapay Bozukluğu ile ilgili yapılan çalışmalar özellikle tıbbi alanda ve klinik bulgu ağırlıklı olacak şekilde bulunmaktadır. Yapılan çalışmalarda sağlığın bütüncül olması fikrine karşın uygulamada ailenin taburculuk sonrası izlemi, çocuğun korunması, aile dinamiklerinin ve psikososyal değerlendirmenin zayıf olduğu görülmektedir. Bu kapsamda vakaların tespiti ve yürütülme sürecinde hastanelerde, multidisipliner ekip ile çocuk koruma kurullarının kurulması gerekmektedir. Sosyal hizmet uzmanları; koruyucu-önleyici çalışmalara katılım, çocuğun korunması ve nesilden nesile aktarılan miras olma zincirinin kırılmasında etkinliklerini arttırmalıdır. Bu noktada sosyal hizmet uzmanlarının tanıya hâkimiyeti verilecek kararı doğrudan etkilemektedir. Uzmanlar için bilgi eksikliğinin giderilmesinde hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi, hastanedeki

sosyal hizmet uzmanları ile koordineli bir şekilde çalışılması ve kararların alınmasında çocuğun yüksek yararının hedeflenmesi gerekmektedir. Adli süreçlerin netleşmesi adına yasal düzenlemelerin yapılması gerekmektedir. Ruh sağlığı yasasının çıkarılması, multidisipliner ekibin gerekliliğine vurgu yapılması ve uygulamadan şekillenen müdahale planları oluşturulmalıdır.

Toplumsal sorunların en önemlilerinden biri olan çocuk istismarının önlenmesinde ve müdahalesinde politika bağlamında da değişiklikler yapılmalı ve Türkiye'deki çocuk politikaları revize edilmelidir. Hantallaşan bürokratik süreçler gözden geçirilmeli ve çocuk koruma sistemi uygulamaları bütüncül ve hızlı bir şekilde yürütülmelidir. Uygulamada var olan koruyucu ve destekleyici tedbir kararlarının etkililiği araştırılmalı, çocukların ikincil örselenmelerinin önüne geçilmelidir.

Sonuç olarak çocukların korunması ve bütüncül sağlık anlayışı çerçevesinde iyilik hallerinin sağlanmasında sosyal hizmet uzmanlarına önemli görevler düşmektedir. Bu çalışma tıbbi ve psikiyatrik sosyal hizmet alanı içinde özellikli müdahale gerekebilecek yeni bir alanı oluşturmaktadır. Sosyal hizmet alanının da yapılacak çalışmaların artmasının mesleğin teorik ve uygulama altyapısına destek olacağı düşünülmektedir.

ÇATIŞMA BEYANI

Bu çalışmada herhangi bir potansiyel çıkar çatışması bulunmamaktadır.

KAYNAKÇA:

- Abdurrachid, N., Marques, J.G.(2020). Munchausen syndrome by proxy (MSBP): a review regarding perpetrators of factitious disorder imposed on another (FDIA). *CNS Spectrums* .
- Ağırtan, C., Akar, T., Akbaş, S., Akdur, R., Aydın C., Aytar G.,...Yurdakök, K.(2009). Establishment of interdisciplinary child protection teams in Turkey 2002–2006: Identifying the strongest link can make a difference. *Child Abuse & Neglect*, 33(4), 247-255.
- Baran, G., Tiryaki, A. Y. (2017). Bir Çocuk İstismarı Türü Olarak "Munchausen By Proxy Sendromu". *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 107-124.
- Bahar, G., Savaş, H. (2013). Ruh Sağlığı Çalışmalarında Sosyal Hizmet Mesleğinin Rolü. *New/Yeni Symposium Journal*, 51(2), 83-90.
- Başbakkal, Z. (1994). Ebeveynlerin Neden Olduğu Munchausen Sendromu. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 10(3), 59-65.
- Cording, J., Carter, M. (2021). *Factitious Disorder Imposed on Another: Literature scan*. . Wellington, New Zealand: Oranga Tamariki.
- Çamsarı, U. M. (2012). Psikiyatri nedir, ne değildir? *Türk Psikiyatri*: <http://www.turkpsikiyatri.org/blog/2012/01/18/psikiyatri-nedir-ne-degildir/> adresinden alındı.

- Çölgeçen, Y., Abay, A.R., (2018). Psikiyatrik Sosyal Hizmet- Koruyucu, Tedavi Edici ve Rehabilitasyon Edici Ruh Sağlığı Alanında Sosyal Çalışmacıların Rolü. *OPUS International Journal of Society Researches*, 9(16), 2147-2185. doi:10.26466/opus.484950.
- Duyan V., Saruç S. (2009). Psikiyatride Ekip Çalışması ve Sosyal Hizmet Bakış Açısı. *Kriz Dergisi*, 17(1), 37-44.
- Eşiyok, B., Hancı H. (2000). Munchausen by Proxy Sendromu: Vekâleten Hastalık. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 9, 1-4.
- Eşiyok, B., Hancı H. (2001). Yapay Bozukluk: Munchausen Sendromu. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 10(9), 326-327.
- Faedda, N., Baglioni, V., Guidetti, V., Cerutti, R., Mauro, C., Ardizzone, I., Natalucci, G.(2018). Don't Judge a Book by Its Cover: Factitious Disorder Imposed on Children-Report on 2 Cases. *Front Pediatr*.
- Geraciotti, T.D., Van-Dyke, C., Mueller, J., Merrin E. (1987). The onset of Munchausen's syndrome. *Gen Hosp Psychiatry*, 9(6), 405-409.
- Gökler, B., Taner, Y. (2004). Çocuk İhmali ve İstismarı: Psikiyatrik Yönleri. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 35(2), 82-86.
- Gray, J., Betovim, A. (1996). Illness induction syndrome: paper I—a series of 41 children from 37 families identified at The Great Ormond Street Hospital for Children NHS Trust. *Child Abuse & Neglect*, 20(8), 655-673.
- İçme, F., Acehan, S., Bilen, A., Ay, M.O., Gülen, M., Avcı, A., (2013). Çocuk İstismarı ve İhmalinin Değerlendirilmesi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 22(4), 591-614.
- Jones, J.G.,Butler, H.L.,Perdue, J.D., Stern, H.P.,Woody, R.C. (1986). Munchausen syndrome by proxy. *Child Abuse Neglect*, 10(1), 33-40. doi: 10.1016/0145-2134(86)90029-3.
- Kaynak, A. D., Balseven Odabaşı, A., Foto Özdemir, D., Akçan, R., Tümer, A.R. (2015). Türk Hukuk Sisteminde Munchausen By Proxy Sendromu: İki Olgu Sunumu. *12. Adli Bilimler Kongresi* (s. 154). Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi
- Kırcı, G., Yurtsever, N., Okumuş, H., Birincioğlu, İ., (2015). "Bir Munchausen By Proxy" Sendromu Olgusu: Tanılamada Yaşanan Güçlükler. *Türkiye Klinikleri*, 51-55.
- Libow, j., Schreier, H., (1986). Three forms of fictitious illness in children: when is it Munchausen syndrome by proxy? *American Orthopsychiatry Association*, 56(4), 602-611.
- McClure, R.J., Davis, P.M.,Meadow, S.R., Sibert, J.R. (1996). Epidemiology of Munchausen syndrome by proxy, non-accidental poisoning, and non-accidental suffocation. *Archives of Disease in Childhood*, 75(1), 57-61. doi:10.1136/adc.75.1.57
- Meadow, R. (1989). Munchausen syndrome by proxy. *British Medical Journal*, 248-250.

- Özdemir, F. D., Yalçın, S., Akgül, S., Evinç, Ş.G., Karhan, A., Karadağ, F., Balseven Odabaşı, A., Tekşam, Ö., Yıldız, İ., Kanbur, N., Özmert, E., Derman O., Tümer, A.R., Atik, H., İnce, T., Yurdakök, K., Gökler, B., Kale, G. (2015). Münchausen by Proxy Syndrome: A Case Series Study from Turkey. *J Fam Violence*.
- Özdemir, D. F. (2020). Yapay bozukluk/bakım verenin yapay bozukluğu olgularına psikodinamik bakış ve klinik yaklaşım: Bir gözden geçirme. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 23, 503-517.
- Özden, S. A. (2015). Şizofreni Tanısı Almış Bireylerin Ailelerinin Bakım Verme Deneyimleri ve Sosyal Destek İlişkilerinin Psikiyatrik Sosyal Hizmet Temelinde İncelenmesi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Özbesler, C., Çoban A.İ. (2010). Ebeveyn Yoluyla Münchausen Sendromu Olgularında Sosyal Hizmetin Rolü. *Aile ve Toplum*, 6(22), 40-49.
- Parrish, M., Perman, J. (2004). Münchausen Syndrome by Proxy: Some Practice Implications for Social Workers. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 21(2), 137-154.
- Perdue, J., Mercer, S.O. (1993). Münchausen Syndrome by Proxy: Social Work's Role. *National Association of Social Workers*, 74-81.
- Polat, O. (1996). Münchausen Sendromu. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi*, 4(2), 61-62.
- Rosenberg, D. (1987). Web of deceit: a literature review of Münchausen Syndrome by Proxy. *Child Abuse and Neglect*, 547-563.
- Sanders, M. J., Bursch B. (2020). Psychological Treatment of Factitious Disorder Imposed on Another/Münchausen by Proxy Abuse. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 139-149.
- Schreier, H. (2004). Münchausen By Proxy. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*, 126-143.
- Sheridan, M. (1989). Münchausen syndrome by proxy. *14(1)*, 53-58. doi: 10.1093 / HSW / 14.1.53
- Sheridan, M. S. (2003). The deceit continues: an updated literature review of Münchausen Syndrome by Proxy. *Child Abuse & Neglect*, 27(4), 431-451.
- Stirling, J. (2015). Beyond Münchausen Syndrome By Proxy: Identification and Treatment of Child Abuse in a Medical Setting. *American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect*, 1026-1030.
- Turhan, E., Sangün, Ö. ve İnandı, T. (2006). Birinci Basamakta Çocuk İstismarı ve Önlenmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 15(9), 153-157.
- Tuncay, T., Oral M. (2012). Ruh sağlığı Alanında Sosyal Hizmet Uzmanlarının Rol ve Sorumlulukları. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 23(2), 93-114.

- Tunç, T. (2018). Munchausen By Proxy Sendromu. *Hukuk Gündemi*, 18-24.
- Tümer, A., Odabaşı, B.A., Özdemir, D.F., Mutlu, E., Kaynak, A. (2015). Çocuk İstismarının Ağır Bir Türü: Bakım Veren Yapay Bozukluğuna (Munchausen By Proxy) Hukuki ve Tıbbi Bakış. *Uyuşmazlık Mahkemesi Dergisi*, 581-608.
- Uğurlu, Z. (2021). Munchausen By Proxy Sendromu Olgularında Tıbbi Sosyal Hizmet Müdahalesi. G. Oral içinde, *Olgularla Adli Psikiyatri ve Davranış Bilimleri* (s. 84-86). Akademisyen Kitabevi. doi: <https://doi.org/10.37609/akya.627>.
- Yiğit, T. (2018). Çocuk ve Gençlerin (Ergenlerin) Karşılaştıkları Ruhsal Sorunlar ve Psikiyatrik Sosyal Hizmet Uygulamaları. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 70-83.
- Yurdakök, K., İnce, T.(2014). Munchausen By Proxy Sendromu; Ağır Bir Çocuk İstismarı Formu. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 165-170.
- 5395 Çocuk Koruma Kanunu (2005, 15 Temmuz). Resmi Gazete (Sayı: 25876). Erişim Adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.5395.pdf> adresinden alındı (Son Erişim Tarihi: 12.06.2023).
- Çocuk Koruma Kanuna Göre Verilen Koruyucu ve Destekleyici Tedbir Kararlarının Uygulanması Hakkında Yönetmelik (2006, 24 Aralık). Resmi Gazete (Sayı: 26386). Erişim Adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/File/GeneratePdf?mevzuatNo=10884&mevzuatTur=KurumVeKurulusYonetmeligi&mevzuatTertip=5> (Son Erişim Tarihi: 12.06.2023).