



**T. C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**  
**DR. BEĞET UZ ÇOCUK HASTALIKLARI VE CERRAHİSİ**  
**SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ**

**OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU (OSB) TANILI ÇOCUKLARDA ÇOCUK**  
**İSTİSMARI VE İHMALİ RİSK FAKTÖRLERİNİN ISPCAN ÇOCUK**  
**İSTİSMAR VE İHMALİ TARAMA ÖLÇEĞİ EBEVEYN VERSİYONU**  
**(ICAST-P) KULLANILARAK DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Duygu zkerim**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**İZMİR / 2019**



**T. C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**

**DR. BEHÇET UZ ÇOCUK HASTALIKLARI VE CERRAHİSİ  
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ**

**OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU (OSB) TANILI ÇOCUKLARDA ÇOCUK  
İSTİSMARI VE İHMALİ RİSK FAKTÖRLERİNİN ISPCAN ÇOCUK  
İSTİSMAR VE İHMALİ TARAMA ÖLÇEĞİ EBEVEYN VERSİYONU  
(ICAST-P) KULLANILARAK DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Duygu zkerim**

**Tez DanıŐmanı**

**Doç. Dr. Özlem Bağ**

**(TIPTA UZMANLIK TEZİ)**

**İZMİR / 2019**

## İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	3
KISALTMALAR .....	4
TABLolar LİSTESİ.....	5
ŞEKİLLER LİSTESİ .....	5
ÖZET.....	5
ABSTRACT.....	5
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	5
2. GENEL BİLGİLER .....	5
2.1. Otizm Spektrum Bozukluğu.....	5
2.1.1. OSB tanımı ve tarihçesi .....	5
2.1.2. OSB Epidemiyoloji.....	9
2.1.3. OSB Etiyolojisi .....	9
2.1.4. OSB'nin Klinik Özellikleri.....	10
2.1.5. Otizm Spektrum Bozukluğuna Eşlik Eden Hastalıklar .....	11
2.1.6. OSB Tedavisi.....	14
2.2. Çocuk İstismarı ve İhmali .....	15
2.2.1. Çocuk Hakları Sözleşmesi.....	15
2.2.2. Çocuk İstismarı ve İhmali Tanım .....	16
<b>2.2.2.1. Fiziksel istismar</b> .....	16
<b>2.2.2.2. Duygusal-Psikososyal İstismar</b> .....	16
<b>2.2.2.3. Cinsel İstismar</b> .....	17
<b>2.2.2.4. İhmal</b> .....	18
2.2.3. Epidemiyoloji.....	19
2.2.4. Klinik bulgular.....	20
2.2.6. Koruma ve Önlem.....	25
3. GEREÇ VE YÖNTEM .....	27
3.1. Araştırmanın Tipi .....	27
3.2. Çalışma Grubu.....	27
3.3. Çalışmaya Dahil Edilme kriterleri.....	27
3.4. Çalışmadan Dışlama Kriterleri .....	27

3.5. İzinler.....	28
3.6. Yöntem .....	28
4. İSTATİKSEL DEĞERLENDİRME .....	32
5. BULGULAR.....	32
6. TARTIŞMA .....	49
7. SONUÇLAR.....	51
8. KAYNAKLAR .....	51
9. ÖZGEÇMİŞ .....	55
10. EKLER.....	56

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bana ve arkadaşlarıma mesleki bilgi ve deneyimlerini aktaran, her zaman yol gösterici olan tüm değerli hocalarıma;

Tezimin oluşumunda ve şekillenmesinde büyük payı olan kıymetli tez hocam Doç. Dr. Özlem Bağ' a,

Çalışmamız için desteklerini esirgemeyen değerli hocalarım Doç. Dr. İlker Günay'a, Uzm. Dr. Sevay Alşen Güney'e,

Bu uzun ve zorlu eğitim yolunda karşımıza çıkan zorluklara koşulsuz birlikte göğüs gerdiğimiz aile kadar yakın tüm doktor ve hemşire arkadaşlarıma; özellikle Dr. Ayşe Çakıl Güzin'e, Uz. Dr. Yiğithan Güzin'e, Dr. Kübra Bilaç'a, Dr. Evşen Akşit'e,

Tüm hayatım ve asistanlık sürem boyunca her ihtiyacımda yanımda olan, desteklerini hep hissettiren ve emeklerinin karşılığını asla ödeyemeyeceğim anneme, babama ve kardeşime sonsuz teşekkür ederim.

## KISALTMALAR

**BT:** Bilgisayarlı Tomografi

**CGI-S:** Clinical Global Impression Score

**CYBH:** Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar

**ÇHS:** Çocuk Hakları Sözleşmesi

**ÇİM:** Çocuk İzlem Merkezi

**DEHB:** Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

**DSM:** The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

**DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü

**ICAST-CH:** The ISPCAN Child Abuse Screening Tool –Child

**ICAST-P:** The ISPCAN Child Abuse Screening Tool -Parents

**ICAST-R:** ISPCAN Child Abuse Screening Tool Retrospective Interview

**ISPCAN:** International Society for Prevention Child Abuse and Neglect

**OÇCD:** Olumsuz Çocukluk Çağı Deneyimleri

**OSB:** Otizm Spektrum Bozukluğu

**UNICEF:** United Nations International Children's Emergency Fund

**USG:** Ultrasonografi

**YGB:** Yaygın Gelişimsel Bozukluklar

**YGB-BTA:** Başka Türü Adlandırılmayan Yaygın Gelişimsel Bozukluk

**TCK:** Türk Ceza Kanunu

## **TABLolar LİSTESİ**

## **ŞEKİLLER LİSTESİ**

## **ÖZET**

## **ABSTRACT**

## **1. GİRİŞ VE AMAÇ**

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. Otizm Spektrum Bozukluğu**

#### **2.1.1. OSB tanımı ve tarihçesi**

Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB), sosyal iletişimsel gelişmede yetersizlik, kısıtlı ilgi alanı ve tekrarlayıcı davranışlar ile seyreden, erken çocukluk çağında başlayan nörogelişimsel bir bozukluktur (1). Bu temel belirtiler tüm yaş gruplarında benzer olmakla birlikte ortaya çıkış biçimi ve bireyin yaşamını etkileme derecesi farklılık göstermektedir (2).

İlk olarak 1943 yılında Amerikalı çocuk psikiyatristi Leo Kanner tarafından, 11 olgu incelenerek ve bu olguların şizofreniden farklı olduğu belirtilerek tanımlanmıştır. Kanner tanımladığı 11 olguda insanlarla ilişki kurma güçlüğü, ekolali, zamirlerin tersten söylenmesi, tekrarlayıcı ve amaçsız davranışlar ve değişime direnç belirtilerinden bahsetmiş ve bu durumu “infantil otizm” olarak adlandırmıştır (3). Kanner’den 1 yıl sonra Hans Asperger “otistik psikopati” olarak

adlandırdığı klinik tablodan bahsetmiştir (4). 1978 yılında Rutter, otistik bozuklukta

DSM-IV	DSM-V
Yaygın Gelişimsel Bozukluk	Otizm Spektrum Bozukluğu
5 alt kategori	Alt kategori yok
Temel belirtiler 3 boyutta	Temel belirtiler 2 boyutta

çok erken başlangıç, sosyal işlevde bozukluk, iletişimde bozukluk, heterojen davranışlar olmak üzere dört özellik tanımlamıştır. 1979’ da Wing ve Gould "Otizm Spektrum Bozuklukları" ifadesini kullanmış ve sosyal karşılıklık, iletişim, sınırlı ilgi alanı veya tekrarlayıcı davranışlar olmak üzere üç temel alanda yer alan belirtilerin her birinin değişen şiddette ve birçok farklı şekillerde ortaya çıkabileceğini belirterek şizofreniden tamamen farklı bir bozukluk olduğunu ortaya koymuşlardır (2).

**Tablo 2.1.** DSM-IV ve DSM-V arasındaki farklar

Otizm, Amerikan Psikiyatri Birliği’nin 1994 yılında öne sürdüğü ölçütlere göre, Yaygın Gelişimsel Bozukluklar (YGB) ana başlığı altında ele alınmaktadır(5). Asperger bozukluğu, başka türlü adlandırılmayan yaygın gelişimsel bozukluk, dizentegratif bozukluk, Rett bozukluğu da YGB altında değerlendirilmektedir. 2013 yılında yayınlanan DSM 5’te ise tanı kategorisi değiştirilerek, bozukluğun ismi “yaygın gelişimsel bozukluk”tan “otizm spektrum bozukluğu”na değiştirilmiş ve Rett bozukluğu, OSB’nin dışında bırakılarak diğer dört kategori (Otistik bozukluk, Asperger bozukluğu, başka türlü adlandırılmayan yaygın gelişimsel bozukluk ve dizentegratif bozukluk) aynı çatı altında “otizm spektrum bozukluğu” olarak isimlendirilmiştir. DSM 5’te tanımlanan modelde bu bozuklukların aynı yelpaze altında olduğu, hafiften şiddetliye kadar çeşitli belirtiler gösterdiği kabul edilerek boyutsal yaklaşım ortaya konmuştur (1).

**Tablo 2.2.** DSM 5’te otizm spektrum bozuklukları tanı ölçütleri (1)

**A. Aşağıda belirtildiği gibi, şimdi veya geçmişte farklı şekillerde görülen toplumsal iletişim ve toplumsal etkileşimde sürekli yetersizliğin olması.**

1) Sosyal -duygusal karşılık vermede yetersizlik (örn. sıradışı toplumsal yakınlaşma, karşılıklı konuşmada güçlük; ilgilerini, duygularını veya duygulanımını paylaşmada yetersizlik, sosyal etkileşime cevap vermeme gibi yetersizlikler).

2) Toplumsal etkileşim için kullanılan sözel olmayan iletişimsel davranışlarda yetersizlik (örn. zayıf entegre olmuş sözel ve sözel olmayan iletişim, anormal göz kontaktı ve beden dili, veya jestleri anlamakta ve kullanmakta yetersizlik ve yüz ifadesi ve beden diline kadar bariz eksikliklerin varlığı).

3) İlişkileri, geliştirmekte, devam ettirmede ve anlamakta güçlük, örneğin farklı toplumsal ortamlara uygun davranmamaktan, hayali oyun paylaşamamaya ve arkadaş edinememeye, arkadaşla ilgi duymamaya kadar görülen davranışlar. Şu anki şiddeti: Şiddet sosyal iletişimsel alanda yetersizlikler ve kısıtlı, tekrarlayıcı davranışlara göre belirlenir.

**B. Aşağıdakilerden en az ikisinin varlığı ile kendini gösteren, şu an ve geçmişte sınırlı, tekrarlayıcı davranışlar, ilgiler ya da etkinlikler.**

1) Basmakalıp ve ya tekrarlayıcı motor hareketler, obje kullanımı veya konuşma (basit motor stereotipiler, oyuncakları dizme veya çevirme, ekolali, idiyosenkritik cümleler)

2) Aynı olmaktan ısrar, rutine sıkı sıkıya bağlı olma veya ritüelleşmiş sözel ve sözel olmayan davranışlar, (ufak değişimlerde aşırı stres, geçişlerde zorluk, sert düşünce tarzı, selamlaşma ritüelleri, her gün aynı yolu veya aynı yemeği tercih etme).

3) Konu veya yoğunluk açısından anormal olan sınırlı, sabitlenmiş ilgiler (yaygın olmayan nesnelere anormal aşırı bağlılık, aşırı tekrarlayıcı veya sınırlı ilgiler).

4) Duyusal olarak aşırı ya da az duyarlılık veya çevrenin duyusal boyutuna aşırı ilgi (acıya/sıcağa karşı aşırı duyarsızlık, belirli ses ve dokunuşlara karşı beklenmeyen tepki, nesnelere aşırı koklama veya onlara aşırı dokunma, ışık veya hareketle görsel olarak çok meşgul olma).

Şu anki şiddeti: şiddet sosyal iletişimsel alandaki yetersizlikler ve kısıtlı tekrarlayıcı davranışlara göre belirlenir.

**C. Belirtiler gelişimin erken evrelerinde mevcut olmalı (toplumsal beklentiler sınırları aşıncaya dek fark edilmemiş veya daha sonra hayatta öğrendiği stratejilerle maskelenmiş olabilir).**

**D. Belirtiler sosyal, mesleki ve başka önemli alanlarda klinik olarak anlamlı düzeyde bozukluğa yol açmalıdır.**

**E. Bu bozukluk zihinsel yetersizlik veya genel gelişimsel gerilik sebebi ile olmamalıdır. Zihinsel yetersizlik ve OSB sıklıkla bir arada görülür, ancak OSB ve zihinsel engellilik tanısı konulması için sosyal iletişimsel düzeyin genel gelişimin altında olması gerekir.**

Not: DSM-IV'e göre Otistik Bozukluk, Asperger Bozukluğu ve YGB-BTA tanısı almış olanlara OSB tanısı verilmelidir. Sosyal iletişimsel alanda problem olan ancak OSB tanısı almayanlar sosyal (pragmatik) iletişimsel bozukluk açısından değerlendirilmelidirler.

- Zihinsel yetersizliğin eşlik edip etmediğini,
- Dil yetersizliğinin eşlik edip etmediğini,
- Bilinen bir tıbbi, genetik veya çevresel faktörün eşlik edip etmediğini,
- Başka nörogelişimsel, ruhsal veya davranışsal durumların olup olmadığını,
- Katatoninin eşlik edip etmediğini belirtiniz.

### **2.1.2. OSB Epidemiyoloji**

Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB)'nin, günümüzde en sık rastlanan gelişimsel bozukluklar arasında yer aldığı bildirilmektedir (6). Amerika Birleşik Devletleri Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezi OSB sıklığını, 2006 yılında 1/150, 2012 yılında 1/88 ve son olarak 2014 yılında 1/68 olarak bildirmiştir (7, 8, 9). Ülkemizde çok az sayıda yapılmış çalışma sonuçlarına göre erkek/kız oranı yaklaşık olarak 5/1 olarak bildirilmiştir (10). Çalışmalardan elde edilen bulgular OSB'nin erkeklerde daha yaygın görüldüğü fakat kızlarda daha ağır seyrettiği ve daha fazla bilişsel gerilik eşlik ettiğini ortaya koymuştur (11).

### **2.1.3. OSB Etiyolojisi**

Otizmin fonksiyonel sorunlarının nedenleri çok tartışılmıştır, sevgisiz ebeveynler bunları açıklamaya çalışan ilk çalışmalarda konu edilmiştir (12). Daha sonra bozukluğun davranışsal, bilimsel ve biyolojik seviye özelliklerinin anlaşılması ile araştırmalar genler, beyin, zihin ve çevresel faktörlerin etkileşimlerine odaklanılmıştır (13). Bazı genetik çalışmalarda, tek yumurta ikizlerinde çift yumurta ikizlerine oranla otizm görülme yüzdesinin belirgin olarak yüksek görülmüştür. Ayrıca, erkeklerde kızlara göre 3-4 kat daha fazla görülmesi de yine genetik bir temeli olduğunu düşündürmektedir (14). Çevresel faktörler üzerine yapılan çalışmalarda ileri baba yaşı, annenin hamilelikte geçirdiği enfeksiyonlar, tarım

ilaçlarına maruziyet, egzoz dumanına hamilelikte sıklıkla maruz kalma, D vitamini eksikliği, aşılar suçlanan faktörler arasındadır (15). Özellikle Kızamık Kabakulak Kızamıkçık (KKK) aşısı suçlanmaktadır. Ancak Danimarka’da 2019 yapılan geniş serili bir kohort çalışmasında KKK aşısı ile otizm arasında ilişki bulunamamıştır (43). Yine 2015 yılında Amerika Birleşik Devletlerinde yapılan 95.727 çocuğun dahil edildiği bir çalışmada; kardeşi otizmlili olduğu için otizmlili olma açısından risk grubunda olan çocuklarda bile KKK aşısı yapılmış olmasına rağmen otizmlili olma riski ile aşı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (44).Yapılan çalışmalardan elde edilen veriler çevresel faktörlerden hiç birisinin tek başına bir sebep olamayacağını ancak genetik yatkınlık ve çoğul çevresel faktörlere birlikte maruz kalmanın etkisinin bu sürece katkıda bulunduğunu ortaya koymuştur (16).

#### **2.1.4. OSB’nin Klinik Özellikleri**

Otizm için belirli bir biyolojik belirti bulunmaması nedeniyle davranışsal ve fonksiyonel kriterler kullanılarak tanı konulur (13). Belirtileri sosyal- iletişimsel alanda yetersizlik ve tekrarlayıcı davranışlar olmak üzere iki boyutta ele alınmaktadır. Bu belirtiler erken çocukluk çağından itibaren başlar ve günlük hayattaki işlevleri olumsuz etkiler. OSB belirtilerinin fark edilmesi bu belirtilerin şiddeti, gelişimsel seviye ve yaşa göre değişmektedir (4).

Sosyal iletişim alanındaki belirtiler, duygusal ve sosyal etkileşimde, karşılıklı diyalog yürütmede, sözel olmayan iletişimde ve insani ilişkiler kurmak ve yürütmekteki problemleri içermektedir. Dil becerisi gelişenlerde bile yeni sosyal ortamlarda karşılıklı diyalogda ve farklı konularda görüş alışverişinde sorunlar mevcuttur. Sözel olmayan iletişimsel becerilerdeki yetersizlik; göz kontağının azlığı veya olmaması, jestler, yüz ifadesi, beden dili ve konuşma tonunda farklılık şeklinde görülmektedir. Erken yaşlardan itibaren ortak dikkat eksikliği, başkaları ile ilgisini paylaşma kısıtlılığı söz konusudur (17).

OSB tanılı çocuklarda basit motor stereotipi, işlevsel olmayan nesnelere tekrarlayıcı oyunlar, tekrarlayıcı konuşmalar, oyuncuğa ve oyuna ilgi göstermeme, oyuncaklarla oynamaktan çok onları inceleme gibi davranışlar çok sık görülmektedir ve bu düzenleri bozulduğunda kaygı yaşayabilirler (18).

OSB’de en sık başvuru yaşı 2-3 yaş arası ve en sık başvuru yakınması konuşma gecikmesi olarak bildirilmiştir. Otizmde dil gelişiminde problemler söz

konusudur. İki ana semptomu konuşma, dil ve iletişim problemleridir. Otizmlı çocukların yaklaşık olarak %50'sinde konuşma gelişmeyebilir (19).

Dil becerilerinin geliştiği hastalarda ise stereotipik ve yineleyici dil kullanımı, ani ve geç ekolali, kişi zamirlerini karıştırma, normal prozodinin kaybı gibi sorunları içeren tarzda dil kullanımı normalden farklı olmaktadır (20). Konuşamayan grupta ise anlamsız sesler çıkarma, sallanma, kendi ekseninde dönme, parmak ucunda yürüme, garip el hareketleri, kanat çırpma gibi motor stereotipiler sık görülmektedir (21).

### 2.1.5. Otizm Spektrum Bozukluğuna Eşlik Eden Hastalıklar

Otizm, birçok hastalıkla ilişkilidir. Ancak henüz herhangi birinin otizmi ortaya çıkararak temel bir hastalık olduğu kanıtlanmamıştır. Dikkat edilmesi gereken noktalardan biri otistik bozukluğun en ağırdan en hafife giden çok farklı şiddette biçimlerinin varlığıdır (Tablo 2.3.)(40).

**Tablo 2. 3.** DSM 5 Otizm Spektrum Bozukluğunda Şiddet Düzeyleri (40)

DSM-5 OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞUNDA ŞİDDET DÜZEYLERİ		
ÖNEM DERECESESİ	SOSYAL İLETİŞİM	SINIRLI, TEKRARLAYAN DAVRANIŞLAR
3.Seviye “Çok ciddi destek gerekli”	Sözel ve sözel olmayan iletişimdeki ağır yetersizlikler, işlevsellikte önemli bozukluklara, çok sınırlı düzeyde sosyal etkileşim başlatmaya ve başkalarından gelen sosyal uyarılara en az düzeyde cevap vermeye neden olur. Örneğin sadece birkaç anlaşılabilir kelime konuşabilen, nadiren iletişim başlatan ve iletişim ve iletişim başlattığında da sadece ihtiyaçlarının karşılanması için anormal yaklaşımlar sergileyen ve yalnızca doğrudan sosyal yaklaşımlara tepki veren bir birey.	Davranışlarda esnekliğin olmaması, değişikliğe uyum sağlamada aşırı güçlük ya da işlevselliğin tüm alanlarını olumsuz yönde etkileyen diğer sınırlı/tekrarlayan davranışlar. Odak noktasını ya da eylemini değiştirmede önemli düzeyde stres ve güçlük.
2. Seviye “Ciddi destek gerekli”	Sözel ve sözel olmayan iletişim becerilerinde önemli yetersizlikler, destek sağlandığında dahi sosyal yetersizliklerin görülmesi; sınırlı sosyal etkileşim başlatma; başkalarından gelen sosyal etkileşim	Davranışlarda esnekliğin olmaması, değişikliğe uyum sağlamada güçlük ya da başkaları tarafından açıkça görülebilecek ve farklı ortamlarda

	girişimlerine az ya da anormal tepkiler verme. Örneğin, basit cümleler kullanan, etkileşimleri dar, özel ilgi alanlarıyla sınırlı kalan ve belirgin düzeyde garip, sözel olmayan iletişime sahip olan bir birey.	işlevselliği olumsuz yönde etkileyecek kadar sık görülen diğer sınırlı/tekrarlayıcı davranışlar. Odak noktasını ya da eylemini değiştirmede stres ve güçlük.
1.Seviye “Destek gerekli”	Destek sunulmadığında sosyal iletişimdeki bozukluklar fark edilebilir yetersizliklere neden olur. Sosyal etkileşim başlatmada güçlük ve başkalarının sosyal girişimlerine atipik tepki verme ya da tepki vermede başarısız olma ile ilgili açık örnekler. Sosyal etkileşime ilgi azalmış gibi görünebilir. Örneğin, tam cümleler ile konuşabilen ve etkileşim kurabilen ancak karşılıklı etkileşim ve sohbette başarısız olan ve arkadaşlık kurma girişimleri garip görünen ve genellikle başarısız olan bir birey.	Davranışlarda esnekliğin olmaması bir ya da daha fazla ortamda işlevselliği önemli düzeyde olumsuz olarak etkiler. Etkinlikler arası geçişlerde güçlük. Organizasyon ve planlamadaki problemler bağımsızlığı olumsuz etkiler.

Çok ağır biçimlerinde epilepsi, saldırganlık, uyku sorunları gibi ek sorunlar daha sıktır. Bu olgularda sıklıkla otizme eşlik eden ve neden olan başka hastalıklar vardır.

Zekâ geriliği olan bazı çocuklar tüm kriterleri karşılamamakla birlikte, otistik özellikler gösterebilirler. Aynı zamanda, otistik çocukların birçoğunda zekâ geriliği görülmektedir. Otizmin ağırlığı zekâ düzeyi, çocuğun konuşma yeterliliği ve zihinsel yetilerindeki bilişsel esneklikle; yani öğrendiklerini genelleme yetisi ile ilgilidir. Ağır otistiklerde tüm belirtiler olanca şiddetiyle görülürken, hafif otistikler zamanla konuşabilirler, göz teması kurarlar ve normal eğitim alabilirler (45).

OSB ile DEHB (Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu) arasındaki ilişki giderek artan bir araştırma konusu olup, otizmde dikkati sağlayan sistemlerde sorun olduğu düşünülmektedir. Hatta bu nedenle DEHB ile otizm arasında uzak da olsa bir akrabalık olabileceği de ifade edilmiştir (45).

OSB kendine zarar verici davranışlarla karşımıza çıkabilen önemli sorunlardandır. Bu sorunların daha çok düşük zekâ düzeyine sahip otizmlilerde

görüldüğü bildirilmiştir. Başını sürekli betona çarpma, saç çekme, dudak ısırma gibi kendine zarar verici davranışlar, kısa süreli görülebileceği gibi çok uzun zaman süren davranışlar da olabilmektedir (45). Saldırganlık bazı bireylerde belirgin bir davranış olabilmektedir. Burada görülen saldırganlık vurma, saç çekme şeklinde olup genellikle bir nedenden kaynaklanır ve sıklıkla aile yakınlarına ve kardeşlerine karşıdır (45).

Otizmlilerde yeme sorunları da sık karşılaşılan sorunlardır. Katı yiyeceklerin reddi, çiğneme bozukluğu, aşırı yemek seçme ve nadiren çok yeme görülebilen davranışlardan bazılarıdır. Yenilemez maddelerin yenmesi diğer adıyla PICA' ya da rastlanabilmektedir (45).

OSB olan çocukların sabit uyku rutini ve uyuma, uyanma saatleri genellikle yoktur. Sabit uyuma ve uyanma saatlerinin olmaması ve geç uyumaları genellikle sirkadiyen ritim bozukluğuna bağlanmaktadır. Bazı araştırmacılar OSB tanılı çocuklardaki sosyal ipuçlarını anlamadaki zorluğun özellikle erken çocukluk döneminde uykuyu başlatmada da önemli olduğu, bu durumun erken dönemde fark edilip müdahale edilmesinin önemli bir odak noktası olduğunu bildirmişlerdir (46).

Cinsellik eğitimi, gelişim bozukluğu olan tüm ergenlerle birlikte özellikle otizmde duygusal bir konudur. Normal bireylerden farklı olarak, soyunma, sarılma gibi içgüdüsel ve rastgele davranışlar sergileyebildikleri de belirtilmiştir. Bu durum onların baskı ve cezalara maruz kalmalarına neden olabilmektedir (47).

Depresyon, mani, obsesif kompulsif bozukluk, panik atak otizmle birlikte sık görülmektedir. Bu sorunlar ergenlik çağı ile birlikte daha belirginleşmektedir. Neden olmaksızın gülme ve ağlama krizleri olabilir (45).

**Tablo 2.4.** Otizmle Birlikte Görülebilen Hastalıklar

Noro metabolik hastalıklar	Psikiyatrik hastalıklar
Zihinsel Yetersizlik (%35-85) Epilepsi (2-3 kat) Hipoksik İskemik Ensefalopati West Sendromu Adenilat Süksinaz Enzim Yetersizliği	DEHB Anksiyete Bozuklukları Duygudurum Bozuklukları Psikoz Uyku sorunları Saldırganlık Tuhaf korkular Oto mütilasyon Nokturnal enürezis Tik

Gastrointestinal sistem hastalıkları	Genetik hastalıklar
Kabızlık Yeme bozuklukları	Tuberoskleroz Frajil X Sendromu Konjenital Hipotirodi Angelman Sendromu Down Sendromu Sandhoff Sendromu Cornelia de Lange Sendromu Satos Sendromu Ito'nun Hipomelanozisi

#### 2.1.6. OSB Tedavisi

OSB'nin tedavisi tam anlamıyla henüz mümkün olmamakla birlikte, bazı semptomları hafifleterek, otizmlili bireyin kendisi ve ailesinin yaşam kalitesini artırmak için bir çok alanda çalışmalar yapılmaktadır. Otizmlili çocuklar için erken dönem yoğun davranışsal terapilerin, tam ölçekli IQ üzerinde yüksek düzeyde olumlu etkisi ve adaptif davranış üzerinde orta düzey olumlu etkisi olduğunun belirlendiği bildirilmektedir (22).

Uzun süreli ve kapsamlı Uygulamalı Davranış Analizi (UDA) müdahalelerin, zihinsel işlevler, dil gelişimi, günlük yaşam becerileri ve otizmlili çocukların sosyal işleve sahip olması açısından büyük pozitif etkiler sağladığı bildirilmektedir (23). Uygulamalı davranış analizi programı haftada 20-40 saatlik bir uygulamadır. Bu tam zamanlı programlarda başarı yüksek oranda bildirilmiş. Bu programların mümkün olmadığı yerlerde ailenin ciddi iş birliği ve eve eğitim programları ile bunu desteklemek gerekir. Ailenin eğitimde rol alması ve evde de çocuğun sosyal duygusal gelişmesi ve olumsuz davranışlarını değiştirmek için çaba harcamaları gerekmektedir.

Son olarak, günümüzde “kanıta dayalı sağlık uygulamaları” ve “kanıta dayalı tıp” kavramlarının tüm dünya ile birlikte ülkemizde de etkili bir şekilde yerine oturmakta olduğu söylenebilir. Burada ele alınan birçok uygulamanın, kanıt temelinde ele alınmasıyla ortaya çıkan sonuçların yetersiz kanıt düzeyini işaret etmesi, yalnızca uygulamanın yanlış ya da eksik olmasını değil, henüz yeterli sayıda

kapsamlı ve kaliteli çalışmaya ulaşamadığını da düşündürebilir. Bu durum, bu alanlarda yapılacak yeni çalışmalarda, açıkların fark edilmesine ve zor da olsa aranan kriterlerin sağlanmasına yönelik cabaları artırabilir (49).

## **2.2. Çocuk İstismarı ve İhmali**

Çocuk istismarı ve ihmali; anne, baba ya da bakıcı gibi bir erişkin tarafından çocuğa yöneltilen, toplumsal kurallar ve profesyonel kişilerce uygunsuz ya da hasar verici olarak nitelendirilen, çocuğun gelişimini engelleyen ya da kısıtlayan eylem ve eylemsizliklerin tümüdür (25, 26).

### **2.2.1. Çocuk Hakları Sözleşmesi**

Çocuk Hakları Sözleşmesinin 1. maddesinde; çocuğa uygulanabilecek olan kanuna göre daha erken yaşta reşit olma durumu hariç on sekiz yaşına kadar her insan çocuk sayılır.

İnsanlığın savaşız, barış ve huzur içinde olan bir dünyada yaşamak isteği Milletler Cemiyetinin kurulmasını sağlamış, Milletler Cemiyeti de ilk olarak 26 Eylül 1924'de Çocuk Hakları Cenevre Bildirgesi'ni kabul etmiştir. 1948'de Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından kabul edilen İnsan Hakları Evrensel Sözleşmesi'nde çocukların hak ve özgürlüklerine yeterince değinilmediği için çocukların özel durumları ve özel korunma ihtiyaçları nedeniyle çocuklara özgü ayrı bir belge hazırlama çalışmaları başlatılmıştır. 20 Kasım 1959 yılında Birleşmiş Milletler Genel Kurulu, 78 ülkenin temsilcilerinin katıldığı genel oturumda ÇHS'ni oybirliğiyle kabul etmiştir. 14 Şubat 1990 tarihinde Türkiye tarafından imzalanan ve Birleşmiş Milletler Genel Kurulu'nda onaylanan Sözleşme 9 Aralık 1994 tarihinde Türkiye Büyük Millet Meclisi tarafından onaylanmıştır. ÇHS 27 Ocak 1995 tarihinde Resmi Gazete'de yayımlanarak 4058 sayılı yasa ile iç hukuk kuralına dönüşmüş ve Türkiye'de de uygulanmaya başlanmıştır.

ÇHS'nin 19, 34 ve 39'uncu maddeleri çocuk istismarı, ihmali ve önlenmesiyle ilgilidir. Sözleşmenin 19'uncu maddesine göre çocuğun yetiştirilmesinden sorumlu olanlar, bu haklarını çocuklara zarar verecek şekilde kullanamazlar. Devlet çocuğu anne-babanın ya da çocuğun bakımından sorumlu başka kişilerin her türlü kötü muamelesinden korumak, çocuğun istismarını önlemek ve bu tür davranışlara maruz kalan çocukların tedavisini amaçlayan sosyal

programlar hazırlamakla yükümlüdür. Sözleşmenin 39'uncu maddesi, silahlı çatışma mağduru olan çocukların bedensel ve ruhsal sağlığının korunmaları veya buna yeniden kavuşmaları ve toplumla bütünleşebilmelerini sağlamaları için taraf devletlerin uygun önlemler almaları gerektiğini vurgulamaktadır. ÇHS'nin 34'üncü maddesi de cinsel istismarla ilgili olup bu maddede fuhuş ve pornografi dahil, çocuğu cinsel istismar ve sömürüden korumak konu edilmektedir. Çocuğun cinsel istismardan da korunması çok önemli bir konudur (27).

### **2.2.2. Çocuk İstismarı ve İhmali Tanım**

En geniş anlamıyla çocuk istismarı, çocukların, başta anne babaları olmak üzere, bakmakla yükümlü kimseler ve diğer yetişkinler tarafından fiziksel, duygusal, zihinsel veya cinsel gelişimlerini engelleyen ya da beden veya ruh sağlığına zarar veren, kaza sonucu olmayan durumlarla karşı karşıya bırakılmasıdır (29).

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

#### **2.2.2.1. Fiziksel istismar**

Bir kaza olmaksızın fiziksel travma ve yaralanmalarla sonuçlanan herhangi bir davranış biçimi olarak tanımlanır (28). İtaati sağlama, cezalandırma ya da öfke boşaltma amacıyla elle ve/veya aletle vurularak, itilerek, sarsılarak yakılarak ya da ısırılarak çocuğun vücudunun herhangi bir yerinde iz bırakacak şekilde ya da iz bırakmasa da şiddet uygulayarak çocuğa bir zarar verilmesidir (30).

İstismar olgusuna yaklaşımda sadece çocuğun durumunun değil, anne, baba veya istismarı uygulayan bireyin durumunun da değerlendirilmesi gerekmektedir. İstismara yatkınlık genellikle anne, babanın genç olması, anne, babanın daha önce çocukluğu döneminde istismar öyküsü bulunması, alkol veya madde bağımlılığı, dış etkenlere bağımlı olarak para sıkıntısı, partnerin ölümü, ailede ruhsal ya da fiziksel hastalık, fazla sayıda çocuk sahibi olma, parçalanmış aile ile ilişkisi olabildiği bildirilmektedir (31).

#### **2.2.2.2. Duygusal-Psikososyal İstismar**

Çocuğun öngörüsünü ya da duygusal bütünlüğünü bozan her türlü kronik eylemdir. Çocuğun yetenekleri üstünde istek ve beklentiler içinde olmaları ve saldırganca davranmaları olarak da tanımlanır. Çocuğa küfretme, yalnız bırakma,

yanıltma, korkutma, yıldırma, tehdit etme, duygusal bakımdan ihtiyaçlarını karşılamama, sürekli alay etme, aşağılama duygusal ve psikososyal istismar şekilleridir (32).

Çocuklar yetişkinler tarafından davranışlarının değerlendirilmesine ve bu yolla geri bildirim almaya ihtiyaç duyar. Buna göre kendilerini ayarlama ve değerli hissetme olanağından çocuğun yoksun bırakılması çocuğun sosyal normlara uyum sağlamasını engeller. Bu istismar türüne “saklı yaralar bırakan” istismar denilmesi, güvensizlik, zayıf benlik algısı, içe kapanma, temel sosyal becerileri edinememe, bağımlılıklara yatkınlık, intihar ve yıkıcı davranışlara sebep olmasından kaynaklanmaktadır (33).

Gündelik yaşamda en sık rastlanan ve tanımlanması ve yasal olarak kanıtlanması en zor olan istismar türüdür. Duygusal istismar tek başına var olduğu gibi fiziksel ve cinsel istismarın hasarı ortadan kalktığına bile devam edebilir. Bu çocuklarda normal zihinsel kapasite olmasına karşın, öğrenme güçlüğü ve dikkat dağınıklığı gibi sorunlar görülmektedir. Dolayısıyla duygusal istismar çocuğun hem kişiliği hem de başarısını olumsuz yönde etkilemektedir.

### **2.2.2.3. Cinsel İstismar**

Uluslararası Çocuk istismar ve ihmalini Önleme Derneği (International Society for Prevention Child Abuse and Neglect) çocukların cinsel istismarını, rıza yaşının altında bir çocuğun cinsel açıdan yetişkin bir kişinin cinsel doyumuna yol açacak bir davranış içinde yer alması ya da bu duruma göz yumulması olarak tanımlamıştır (34).

Tecavüz, ensest, çocuk pornografisi, teşhircilik, cinselliği kışkırtan konuşmalar, pornografik film seyrettirme, cinsel organları okşama, oral sekse kadar değişen eylemler cinsel istismar spektrumu içindedir (28,31).

Çocuklar cinsel açıdan müstehcen tavırlar sergilediğinde bakım sağlayan kişi tarafından kolayca anlaşılabilir. Cinsel istismara uğramış çocuklar bazen güvenilir bir büyüğe açık bir şekilde kendiliğinden açılabilir. Bazı çocuklarda davranış değişikliği ön plana çıkabilir. Sosyal çekilme dışarı vurma bağımlılık ve ürkeklikte artış öğrenme güçlükleri spesifik olmayan stres etkenlerine bağlanabilir. İdrar tutamama gaita kaçırma yatak ıslatma da bakıcılar tarafından göz ardı edilebilecek davranışlardır. Ergenler bu duruma evden kaçma ilaç ya da alkol alma şeklinde

tepki verebilir. Bazı çocuklar davranış değişikliği göstermez ve bir şeylerin yanlış gittiğine dair belirti vermez. Bu çocuklar için istismara şahit olduğunda ya da cinsel yönden açık fotoğraf video bulunduğu ortaya çıkabilir (40).

#### **2.2.2.4. İhmal**

Çocuğun ihmal edilmesi, kısaca, onun bu özel bakım gerektiren döneme özgü özenden mahrum kalmasıdır. Tanım yapmak gerekirse, çocuk ihmali, başta anne babaları olmak üzere, bakmakla yükümlü kimseler ve diğer yetişkinlerin çocuğun beslenme, giyinme, barınma eğitim, sağlık ve sevgi gibi temel gereksinimlerini karşılamada ihmal göstermeleri sonucu çocuğun beden veya ruh sağlığının veya bedensel, duygusal, ahlaksal ya da sosyal gelişiminin engellenmesidir (29).

Çocuğun beslenme, barınma, sağlık, giyinme gibi temel gereksinimlerini karşılamada yoksunluk veya yetersizlik "Fiziksel İhmal" olarak tanımlanmaktadır. Çocuğun yaşına uygun yiyeceklerle yeterince beslenmemesi, uygun ve temiz giydirilmemesi, yetersiz bir fiziki çevrede yaşaması, ev içi ve dışı kazalara karşı önlem alınmamasıdır. Sağlık ihmali fiziksel ihmalin bir alt grubu olarak sınıflandırılabilir; çocuğun hasta olduğunda hekime getirilmemesi ya da geç getirilmesi, aşılarının yaptırılmaması, tedavi önerilerine uyulmaması gibi konuları içerir. Fiziksel ihmalin özel bir türü de henüz doğmamış bebeğin ihmali. Annenin gebelikte ilaç, alkol, sigara gibi zararlı maddeler kullanması, yetersiz beslenmesi, doğum öncesi tıbbi bakımı almaması bu bebeğin anne karnındaki gelişimi kadar ilerideki sağlığını da etkileyecektir.

"Duygusal ihmal " ise çocuğa sevgi ve ilgi gösterilmemesi, özellikle ergenlik yıllarında destek ve denetimden yoksun bırakılması olarak tanımlanır. "Cinsel İhmal" 2(iki) yaşından sonra cinsel kimliklerine uygun davranmaya başlayan çocuğun, yaş dönemine ve cinsiyetine uygun davranılmaması, giydirilmemesi, oyuncak alınmamasıdır. İleride bu döneme bağlı olarak davranış bozuklukları ortaya çıkabilmektedir. "Eğitim İhmali" çocuğun zorunlu okul çağında okula göndermemek, özel eğitim ihtiyaçlarına ilgisiz kalmak, kronik devamsızlık davranışına izin vermek, okula gidenlerin ise dersleri, okuldaki sorunları ya da başarısızlıkları ile ilgilenilmemesi durumudur (35).

Çocuk Hakları Sözleşmesinin 19. Maddesine göre çocuğun yetiştirilmesinden sorumlu olanlar, bu haklarını çocuklara zarar verecek şekilde kullanamazlar. Devlet çocuğu anne, babanın ya da çocuğun bakımından sorumlu başka kişilerin her türlü kötü muamelesinden korumak, çocuğun istismarını önlemek ve bu tür davranışlara maruz kalan çocukların tedavisini amaçlayan sosyal programlar hazırlamakla yükümlüdür. 34. maddesi de fuhuş ve pornografi dahil çocuğun cinsel istismar ve sömürsünden, 39. maddesi ise silahlı çatışma mağduru olan çocukların bedensel ve ruhsal sağlığının korunmaları veya buna yeniden kavuşmaları için taraf devletlerin uygun önlem almakla yükümlü oldukları belirtilmektedir. İstismar ve ihmal ile ilgili çeşitli kanun maddeleri bulunmakla birlikte TCK'nın 103. maddesi çocukların cinsel istismarından, TCK'nın 232. maddesi kötü muameleden bahsetmektedir (28).

### **2.2.3. Epidemiyoloji**

Çocuk istismarı dünya çapında yüksek morbidite ve mortaliteye sahip ciddi bir halk sağlığı sorunudur, dünya çapında her yıl çocuklarda istismar ve ihmale bağlı olarak 155000 ölüm meydana gelmektedir (36).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) dünyada 1-14 yaş grubundaki 40 milyon çocuğun istismarı ve ihmaline maruz kaldığını belirtmektedir. 51. ABD Ulusal Çocuk istismarı ve ihmali Veri Sistemi (The National Child Abuse and Neglect Data System) raporlarına göre; 2005 yılında raporlanan 1460 çocuk ölümü çocuk istismarı ve ihmalden kaynaklanmaktadır. 2008 yılında ki raporlarında dünyada 53.000 çocuk katledilmiş ve okul çağındaki çocukların %20-65'i sözlü veya fiziksel istismara uğramış, 18 yaş altındaki 150 milyon kız, 73 milyon erkek çocuk zorla cinsel ilişkiye veya cinsel şiddete maruz kalmış, 1,8 milyon çocuk fuhuş ve pornografiye zorlanmış olduğunu bildirilmişlerdir. Raporda bunun yanı sıra 275 milyon çocuk ev halkı tarafından şiddete maruz kalmış; 126 milyonu tehlikeli işler olmak üzere 218 milyon çocuk işçiliğine tabi tutulmuş, 1,2 milyon çocuğun da insan ticaretine kurban olduğu bildirilmektedir (38).

Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu'nun 1995 yılında yaptığı "Aile içi şiddetin sebep ve sonuçları" isimli çalışmada; 14 yaş grubundaki çocukların yaklaşık %40'ının anne ve/veya babaları tarafından şiddete maruz kaldıkları belirlenmiştir. Erişkinlerle yapılan geriye dönük bir araştırmada ise; çocuklukta cinsel istismar oranı

%2,5 olarak bildirilmiştir<sup>54</sup>. Türkiye'de ise konu ile ilgili çalışmaların başlangıcı çok yenidir. Ülkemizde bugüne kadar yeterli sayısal verilerin toplanamadığı görülmektedir. Gerek kayıtların yetersizliği gerekse akademik olarak bu tip çalışmaların yapılmamış olması ülkemiz için sağlıklı rakamsal veriler bildirmeyi zorlaştırmaktadır. Çocuk istismarı ve ihmalinin yaygın olduğu söylenmekte ancak güvenilir rakamlar bulunmamaktadır (38,39).

#### **2.2.4. Klinik bulgular**

Çocukta istismar tanısı koymak için hekimin yapması gerekenleri öykü, fiziksel bakı, laboratuvar tetkikleri olmak üzere üç ana başlık altında toplayabiliriz. Öykü; Olgunun öyküsü alınırken ve fizik bakışı yapılırken dikkat edilmesi gereken davranışlar şunlardır:

Olay dışı insanların gereksiz şekilde olaya dâhil olmalarına izin verilmemeli, ilgisiz insanlarla olayın yorumu yapılmamalıdır. Olaya karşı aşırı umursamaz davranılmamalı ya da olay dramatize edilmemelidir. Çocuk suçlanmamalı, eleştirilmemeli, cezalandırılmamladır. Çocuk istismarcı ile karşı karşıya getirilmemelidir. Çocuğa sırrının saklanacağı konusunda söz verilmemelidir. Çünkü olayın başka insanlara, özellikle ilgili makamlara anlatılması gerekecektir. Çocuğa olanları unutmaması konusunda baskıcı olunmamalı, onu yaşam için destekleme ve cesaretlendirme dışında, yönlendirici davranılmamalıdır (37).

Fizik muayene bulguları; muayene öncesinde çocuğa açıklama yapılması gerekir. Ek duygusal travma yaratılmaması amaçlanmalıdır. Muayene sırasında istismarcı olarak şüphelenilmemesi şartıyla, başka birinin daha muayene odasında olması sağlanmalıdır. İstismar 72 saat içinde olmuşsa veya kanama ya da akut hasar varsa muayene hemen yapılmalıdır. Çocukta tam bir değerlendirme yapılmalı; gelişimsel, davranışsal, mental ve emosyonel durum araştırılmalıdır. Tüm kemik yapılar palpe edilmeli, hassasiyet olan bölgeler gizli travma açısından radyolojik olarak incelenmelidir. Morluk ve yanıkların fotoğrafları çekilmelidir. Oral kaviteye, uyluk ve kafatasına travma açısından bakılmalıdır.

Deri bulguları: Deri travmasında görülen lezyonlar morarma, yanık, laserasyon ve ısırıklar olabilir. Lezyonların yeri istismar açısından önemlidir. Kulak, ense, kalça, uyluk, frenulum gibi yerlerdeki deri lezyonlarının istismar sonucu olma ihtimali yüksektir.

**Morarma:** Yüz, genital ve gluteal bölge gibi yumuşak yerlerdeki veya kulak, ense, üst dudak, filtrum gibi travmadan daha az etkilenen bölgelerdeki lezyonlar ile delici morarmalardan şüphelenmek gerekir. Kaza sonucu olan morarmalar daha çok kemiklerin üzerinde görülür. Periorbital morarma özellikle iki yanlı ise istismar düşündürür.

**Yanık:** En sık etken, kasıtlı olsun, kaza olsun sıcak sıvılardır. Kasıtlı sıvı yanıklarında en sık daldırma, batırma veya sıçratmaya bağlı lezyonlar görülür. Lezyonların simetrik olması kasıtlı olması lehinedir. Çocuk bezleri haşlanma hasarı açısından iyi koruyucudurlar, bu nedenle kalçaların ve uyluk üst kısımlarının yanıklarının süt çocuklarında kaza ile olma olasılığı azdır.

**Isırıklar:** Erişkin birine ait ısırık izinin kaza ile olma olasılığı asla yoktur. Isırığın insan veya hayvana ait olduğu ayırt edilmelidir. Hayvan dişleri dardır, deride ufak bir delik oluştururlar.

**Düşme ve iskelet travması:** Kısa yüksekliklerden düşmeler sonucu (<3 metre) gelişen ağır ve fatal lezyonlarda istismar olasılığı yüksektir. Süt çocuklarında kafatası, kaburga ve metafiz kırıkları, bir yaşından büyük çocuklarda ise uzun kemik kırıkları istismara bağlı kırıklarda ilk sırada yer alır. İstismara uğrayan çocuklardaki iskelet zedelenmesi sıklıkla sallanmış bebek sendromuna bağlıdır. İstismar sonucu meydana gelen kafatası kırıkları genellikle çok sayıda, iki yanlı, kompleks, depresyon tipinde, 3 mm'den geniş olma eğilimindedir ve birden fazla kafatası kemiğinin tutulumu söz konusudur.

**Künt karın travması:** Tacize uğrayan çocuklarda kranyal travmadan sonra mortalitenin ikinci nedenidir. Bu çocuklarda içi boş organlara ait travma sıktır. Açıklanamayan şok, peritonit, safralı kusma, anemi varlığında istismardan şüphelenmelidir.

**Nörolojik bulgular:** Süt çocuklarında sallama veya başa vurma sonucu kafa içi zedelenme görülebilir. Bu durumda yaygın beyin ödemi gelişebilir veya subdural hematoma nedeniyle kafa içi basıncı artabilir. Kafa içi basıncının artışına bağlı huzursuzluk veya letarji, hipotoni, fontanel bombeliği, baş çevresinin artışı, kafa içi kitleye bağlı fokal bulguların varlığı, koma, konvülsiyon saptanabilir.

**Oküler bulgular:** İstismara uğrayan çocuklarda fundoskopik muayene mutlaka olmaz. Tek bulgu retina kanaması olabilmektedir. Retinal kanama görüldüğünde

BT çekilmelidir. Retinal kanama çoğu vakada sekel bırakmaksızın kendiliğinden düzelir.

Ağız ve diş bulguları: Çocuğun zorla beslenmeye çalışılması sonucu üst dudak, frenulum ve ağız tabanında morarma ve laserasyon, dişlerde kırıkve avulsiyon, yüz ve çene kemiklerinde kırıklar gözlenebilir. Çocuklarda oral kavite cinsel istismara da sık maruz kalan bir bölgedir. Oral veya perioral gonore veya sifiliz varlığı prepubertal bir çocukta cinsel istismar için patognomoniktir.

Cinsel istismarda; muayene odasında sosyal hizmet uzmanı veya hemşire olmasına mutlaka dikkat edilmelidir. Fizik muayene ayrıntılı genel muayene ile başlar, genel durum, hijyen ve duygusal durum değerlendirilir. Genital muayenef fizik muayenenin son evresi olmalıdır. Genital muayenede kız çocuklarda uyluk iç yüzleri, labialar, klitoris, üretra, himen, vestibül, posterior forşet, fossa navikularis ve anüs; erkek çocuklarda uyluklar, penis ve skrotum ekimoz, ısırık izi, skar, akıntı açısından tanımlanmalıdır. Anal bölge her iki cinste de supin, lateral veya diz göğüs pozisyonunda gözlenmelidir. Sfinkterin gevşek olması önemli bir bulgudur. Belirgin genitalzedelenme kanıtı varsa genel anestezi altında bir cerrah veya jinekolog tarafından yapılacak değerlendirme daha uygundur. Muayenede himen çapının ölçümü önemlidir + 2 SD'den daha fazla açıklık şüphe uyandırır. Himenin noktasal, aya benzer ve konsantrik şekillerinin normal olabileceği bilinmelidir. Öykü olmasa bile semen, sperm veya asit fosfataz varlığı, gonore açısından kültür pozitifliği, sifiliz veya HIV serolojisi pozitifliği cinsel istismar tanısı koydurur.

Laboratuvar;

- a. Radyografi:** Mahkemeler genellikle istismar kararına varırken kırık varlığını önemli bir kanıt olarak kabul ederler; bu nedenle kırık varlığı mutlaka araştırılmalıdır. 5 yaş altında tüm iskelet taraması önerilmektedir.
- b. Sintigrafi:** Direkt grafilere yardımcı olarak sintigrafi önerilmektedir. İstismar şüphesi çok fazla olmasına karşın ilk çekilen radyografilerde kırık lehine bulgu yoksa sintigrafi yapılmalıdır.
- c. Kranial Bilgisayarlı Tomografi (BT):** Klinik olarak kafa içi hasar şüphesi, özellikle de retinal kanama varsa kranial BT, Manyetik Rezonans (MR) veya her ikisi birden endikedir.

- d. Ultrasonografi (USG):** Hasta başında yapılabilme avantajı vardır. Batındaki yaralanmaları göstermede yardımcı olabilir.
- e. Sperm ve Seminal Sıvı Analizleri:** Adli delillerin cinsel istismarı izleyen 72 saat içinde toplanması gerektiği, tipik olarak seminal sıvı ve yabancı maddelerin çocukların cinsel istismarında bulunamadığı bildirilmektedir.
- f. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıkların (CYBH) Aranması, Kültür Alınması:** CYBH tanısı için genital ve rektal akıntıdan gram boyama; N. gonorrhoeae ve Chlamydia trachomatis için genital ve rektal kültürler; herpes simpleks şüphesinde lezyondan kültür ve endikasyon varsa HBV, Sifiliz ve HIV için serolojik çalışmaları içeren rutin laboratuvar testleri yapılmalıdır.
- g. Gebelik Tahlihi Yapılması**
- h. Kanama ve Toksikoloji Taramaları:** Kolay kanama veya morarma öyküsü varsa kanama diyatezi açısından tarama yapmak gerekir. Bu tarama tam kan sayımı, kanama zamanı, trombosit sayısı, fibrinojen, trombin zamanı, protrombin zamanı ve parsiyel tromboplastin zamanını içermelidir. Zehirlenmeden şüpheleniliyorsa özellikle evlerde sık kullanılan parasetamol, aspirin ve sedatif-hipnotikler açısından tarama yapılması önerilmektedir.
- i. Fotoğraflar ve Video Çekimleri:** Vücudun herhangi bir yerinde travmaya ait bir lezyon varsa mutlaka görüntü kaydı yapılmalıdır. Tüm fotoğrafların arkasına çocuğun adı, tıbbi kayıt numarası, tarih, saat, anatomik bölge, fotoğrafçının adı-soyadı ve imzası ile hukuki görevlilerin adı-soyadı ve imzası kaydedilmelidir (32).

#### 2.2.5. Çocuk İstismarı ve İhmal Risk Faktörleri

Tablo....'de gösterildiği gibi Dünya Sağlık Örgütü bu risk faktörlerini “kişisel, ailesel ve toplumsal” olmak üzere üç ana başlık altında toplamıştır.

Tablo....

KİŞİSEL		AİLESEL	TOPLUMSAL
Anne Babaya İlişkin	Çocuğa İlişkin		
Genç yaş	Cinsiyet	Geniş Aile	Çocuğun değerinin azalması
Yalnız anne baba	Yaş	Düşük sosyo ekonomik durum	Sosyal eşitsizlikler
İstenmeyen gebelik	Prematürite	Sosyal izolasyon	Toplumda şiddete hoşgörü ile bakılması
Deneyimsiz anne baba	Engellilik	Yüksek stres düzeyleri	Medya şiddeti
Erken yaşta şiddete maruziyet	İstenmeyen çocuk	Aile içi Şiddet	Kültürel Normlar
Madde kullanımı			Organize şiddet (Savaşlar,Kavgalar)
Yetersiz Doğum Öncesi Bakım			
Fiziksel ya da Ruhsal Hastalık			

Dünya Sağlık Örgütü tarafından ifade edilen risk faktörlerine ek çocuk istismarı ve ihmalindeki risk faktörleri istismarcıya ait risk faktörleri, mağdura (Kurbana) ait risk faktörleri olarak iki grupta incelenmiştir (48).

İstismarcıya ait risk faktörleri;

- a. Ebeveynlerin sorunlarla başa çıkma becerilerinin yeterince gelişmemiş olması,
- b. Aile bireylerinde psikolojik, psikiyatrik bozukluklar,
- c. Annenin dışarıda bir işi olması,
- d. Annenin gece çalışmak zorunda olması çocuklara akşam baba ya da üvey babanın bakması,
- e. Annenin pasif, bağımlı cinsel engellemeleri olan ve çocuklarını korumaktan aciz biri olması,
- f. Çocuğun babadan sevgi alamaması,
- g. Anne ve babanın iyi ve yeterli bir cinsel hayatların olmaması,

- h. Yetişkinlerin çocukla aynı oda ya da yatağı paylaşmaları,
- i. Şizofrenik karakter ya da depresyon durumunun ebeveyne hakim olması,
- j. Ebeveynin geçmişinde suç ya da intihar girişimlerinin olması,
- k. Anneden genç üvey babanın olduğu durumlarda, ergenlik çağındaki genç kız ile anne arasında gizli ya da açık bir rekabetin olmasıdır (48).

Çocuk istismarında istismarcıya ait risk faktörleri olduğu gibi istismara uğrayan çocuğa ait risk faktörleri de mevcuttur.

Mağdura ait risk faktörleri;

Araştırmalar, fiziksel, zihinsel veya gelişimsel bir engeli bulunan, sosyal olarak yalnız, kolay itaat eden çocukların ayrıca erken yaşta cinsel olgunluğa erişmiş olan, üvey babaları ile yaşayan kız çocuklarının istismara uğrama ihtimalinin fazla olduğunu göstermiştir. Yine pasif, içedönük, kaygılı, korkulu, güçsüz, endişelerini dile getiremeyen, tehlike içeren davranışı tanımayan ve ifade edemeyen, özellikle aşırı hareketli, davranış sorunları olan çocukların yüksek risk grubunda olduklarını göstermektedir (26).

### **2.2.6. Koruma ve Önlem**

Bir halk sağlığı sorunu olan şiddetten korunmada diğer hasar ve hastalıklarda olduğu gibi sistematik, bilimsel tabanlı, multidisipliner ve kalıcı bir yaklaşım izlemek gereklidir. Çocuk istismarına bağlı ölümlerin %61'i korunulabilir bulunmuştur (42). Çocuk istismarında önleme, tedavi etmekten daha kolay ve başarılıdır. Çocukların istismardan korunmasında genel olarak 3 basamaktan söz edilir.

Birincil önleme: Tüm çocukların ve ailelerin içinde buldukları koşullar iyileştirilebilir, ailelerin eğitimleri ve yaşam kaliteleri artırılır, yani risklerin oluşması önlenbilirse çocuklar istismara uğramayacaktır. Bu aşamada yapılabilecek çalışmalar arasında; hukuksal reformlar yapılması ve ÇHS'de belirtilen hakların ulusal yasalara da alınması, kültürel ve sosyal değerlerin çocuğa yönelik şiddeti

azaltacak yönde değişmesi konusunda çalışmalar yapılması, ekonomik eşitsizliklerin giderilmeye çalışılması sayılabilir.

İkincil önleme: Yüksek risk gruplarının belirlenmesi, bu kişilerin var olan hizmetleri kullanmasını sağlayacak stratejiler ve bu ailelere gerekli ek hizmetlerin sunulmasıdır.

Üçüncül önleme: Günümüzde ocuk istismarı ve ihmalinin giderek önem kazanması bu konuda verilmesi gereken tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin profesyonel ve işlevsel olarak planlanmasını gerektirmektedir Özellikle fiziksel ve cinsel istismar vakalarında ilk muayene ve tıbbi tedavi sonucunda, ocuk ya bir Aile alışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı ocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğüne yerleştirilmekte ya da ailelerine teslim edilmektedir. Bu da çocukların ve ailelerin bir anlamda kendi kaderlerine terk edilmeleri sonucunu doğurmaktadır. Oysa fiziksel ya da cinsel istismara uğramış çocuklara ve ailelere yönelik rehabilitasyon programları hazırlanmalı ve uygulanmalıdır.

İstismara uğrayan çocuklar iyi bir değerlendirme yapılmadan evlerine geri gönderildiklerinde, ilerleyen dönemde % 5-10'unun öldürüldüğü, % 35- 50'sinin ise ciddi olarak hasara uğratıldığı gözlenmiştir (32).

#### ÇOCUK İZLEM MERKEZİ

Çocuklara Yönelik Cinsel İstismar ile mücadele kapsamında çeşitli bakanlıkların imzaladığı protokol çerçevesinde pilot il olarak Ankara'da ve daha sonra pek çok ilde ocuk İzlem Merkezi (ÇİM) oluşturuldu. Bu merkezler sayesinde istismara uğrayan çocukların defalarca muayene eziyeti çekmeleri ve deşifre olmalarının önüne geçmektedir. Merkezlerde, özel eğitimi uzmanlar ve her tür donanım da hazır bulundurulacak ve yeni yapılanma, istismar mağduru çocuğun ifadesinin alınması, muayenesinin yapılması ve raporunun hazırlanmasına kadar olan süreçte çocuğun yüksek yararını gözetmeyi içermektedir.

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Tipi**

SBÜ İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi genel pediatri, heyet polikliniği ve psikiyatri polikliniklerine başvuran otizm spektrum bozukluğu tanılı hasta yakınlarına Türkiye de geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış, Uluslararası Çocuk İstismarı ve İhmalini Önleme Derneği (ISPCAN) tarafından hazırlanan Çocuk İstismarı Tarama Aracı (ICAST-P) ebeveyn anketi uygulandı. OSB şiddeti, hastalar çocuk psikiyatrisine yönlendirilerek CGI-S (Clinical Global Impression Score) ile değerlendirildi. Araştırmaya 21.3.2019-21.06.2019 tarihleri arasında mesai saatleri içinde başvuran 3-18 yaş arası OSB tanılı hastaların yakınları dahil edildi. Çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili öz- rapor çelişkisini minimize indirmek için, anket formlarında isim kullanılmadı ve anketi dolduran kişinin kendi başına bu anketleri doldurması istendi. Kesitsel Analitik bir çalışmadır. Çalışmamız Helsinki bildiri prensiplerini kapsamaktadır.

#### **3.2. Çalışma Grubu**

Çalışmaya SBÜ İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi genel pediatri, heyet polikliniği ve psikiyatri polikliniklerine başvuran otizm spektrum bozukluğu tanılı hastaların ebeveynleri veya bakımını sağlayan kişiler dâhil edildi. Önce demografik özellikleri içeren olgu rapor formu araştırmacı tarafından ailelere sorarak dolduruldu. Sonrasında ICAST-P ebeveyn anketini kendilerinin doldurması istendi.

#### **3.3. Çalışmaya Dahil Edilme kriterleri**

1. Otizm Spektrum Bozukluğu tanısı olan hastalar
2. 3-18 yaş arası hastalar
3. Türkçe okuma yazma bilen hasta yakınları

#### **3.4. Çalışmadan Dışlama Kriterleri**

1. Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen aileler
2. Okuma yazma bilmeyen aileler
3. Yabancı uyruklu hastalar

### 3.5. İzinler

Çalışmaya alınmadan önce aileler ayrıntılı bilgilendirildi. Çalışma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'nda onaylandıktan (Onay tarihi:21.3.2019 Onay numarası: 2019/05-10) sonra başlatıldı.

### 3.6. Yöntem

Birleşmiş Milletler Çocuk Fonuna (UNICEF) bağlı olarak çalışan, Uluslararası Çocuk İhmal ve İstismarını Önleme Birliği (ISPCAN) tarafından ISPCAN Çocuk İstismarı Tarama Araçları (ICAST) geliştirilmiştir. Bu tarama araçları çocuk/genç erişkin (ICAST-CH), ebeveyn (ICAST-P) ve geçmişe yönelik (ICAST-R) olarak hazırlanmıştır ve hepsi çok sayıda dile çevrilmiştir.

Çalışmamızda ICAST-P ebeveyn anketini kullandık. Ankette çocuğa uygulanan istismar ve ihmale yönelik 47 tane soru mevcuttu. 47 sorunun 6 tanesi şiddet içermeyen disiplin, 11 soru orta düzeyde fiziksel istismar, 6 soru ağır fiziksel istismar,16'sı duygusal istismar,5'i ihmal ve 3 soru da cinsel istismar içeriyordu. Her soru için sıklığı belirlemek adına 8 seçenek mevcuttu (yılda bir iki defa-yılın bazı zamanları-ayda ya da iki ayda bir-ayda birkaç kez haftada bir ya da daha sık-geçen yıl olmadı ama daha önce olmuştu-hiçbir zaman-cevap vermek istemiyorum). Sadece cinsel istismarı sorgulayan 3 soru evet, hayır ve cevap vermek istemiyorum olmak üzere 3 seçeneğiydi. Anketi dolduranlardan hem kendileri için, hem de çocuğa bakım veren başka birey için bu soruları doldurmalarını istedik. Ancak bu 47 sorunun sadece 39 tanesi ikinci bakım veren için de oluşturulduğu için geri kalan 8 (ihmal ve cinsel istismar soruları) soruya anket dolduran yalnızca kendi için cevap verdi. ICAST-P ebeveyn anketinde bulunan 39 sorunun cevaplarını 4 kategoride değerlendirildi. Sonuçlar ayda birden daha sık yapanlar, ayda birden az yapanlar hiç yapmayanlar ve cevap vermek istemeyenler olarak sınıflandırıldı. ICAST-P ebeveyn anketi ihmal ve istismar soruları aşağıdaki tablo ..... verilmiştir.

Tablo ICAST-P Şiddet içermeyen disiplin yöntemleri soruları

Ona yaptığı bir şeylerin neden yanlış olduğunu açıkladınız mı? Ona güzel bir davranışı için ödül verdiniz mi ? Ona bir şeye başlamasını ya da bırakmasını söylediniz mi?
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Ona dikkatini dağıtmak için başka bir şey verdiniz mi?  
İzni olmadan günlüğünü mesajlarını okudunuz mu?  
İzni olmadan çantasını karıştırdınız mı?

#### Tablo ICAST-P Orta şiddette fiziksel istismar soruları

Elbiselerini ya da vücudunu çekip sarstınız mı?  
Sopa süpürge kemer gibi cisimlerle kaba etine vurdunuz mu?  
Sopa süpürge kemer gibi cisimlerle kaba etinden başka yere vurdunuz mu?  
Kulaklarını çektiniz mi?  
Kafasına ya da ensesine vurdunuz mu?  
Saçını çektiniz mi?  
Acı çekmesi için ağzına biber sürdünüz mü?  
Acı çekmesi için diz çökme ve ya ayakta durması için zorladınız mı?  
Poposuna çıplak elle vurdunuz mu?

#### Tablo ICAST-P Ağır şiddette fiziksel istismar soruları

Onu ittiniz tekmelediniz yada ona vurdunuz mu?  
Kibrit, sıcak su ya da benzeri maddeyle canını yanmasına sebep oldunuz mu?  
Nesne ya da yumrukla arka arkaya vurdunuz mu?  
Bıçak ya da silahla tehdit ettiniz mi?  
Karanlık ya da küçük bir odaya kitlediniz mi?  
Onu bağladınız mı ya da bir şeye zincirlediniz mi?

#### Tablo ICAST-P Duygusal istismar soruları

Bırakmak ve ya terk etmekle tehdit ettiniz mi?  
Yüksek sesle bağırdınız mı?  
Hayalet, öcü çağırarak tehdit ettiniz mi?  
Beddua ettiniz mi?  
Evden atmakla tehdit ettiniz mi?  
Eve almadığınız oldu mu?  
Parasını elinden aldığınız oldu mu?  
Sevdiği bir şeyi ona yasakladınız mı?  
Evden çıkmasını yasakladınız mı?  
Aptal, tembel benzeri hakaretler ettiniz mi?  
Sözlerini dinlemeyerek görmezden geldiğiniz oldu mu?  
Kendinizi kötü hissetmeniz yüzünden onu suçladığınız oldu mu?  
Keşke dünyaya hiç gelmeseydi diye düşündünüz mü?  
Öldürmekle tehdit ettiğiniz oldu mu?  
Aşağılayarak başkalarıyla karşılaştırdınız mı?  
Başkalarının önünde aşağılayarak utandırdınız mı?

## ICAST P ihmal soruları

Hastalık ya da yaralanmada tıbbi yardım almama durumu oldu mu?  
İhtiyacı olmasına rağmen yeterli gıda vermediğiniz oldu mu?  
Ceza amacıyla uygunsuz kıyafet giydirdiğiniz oldu mu?  
Yanında yetişkin olmaması nedeniyle zarar gördüğü oldu mu?  
Evde yaşayan başkaları tarafından kötü davranıldığından haberdar olduğunuz oldu mu?

## ICAST-P cinsel istismar soruları

Başkasının çocukla cinsel içerikli konuşmasına şahit oldunuz mu?  
Başkasının çocuğa mahrem yerlerini gösterdiğinden haberdar oldunuz mu?  
Başkası tarafından zorla cinsel içerikli şeyler yaptırılmasında haberdar oldunuz mu?

Anketin geri kalanı kısmında ve olgu rapor formunda ise;

1.Çocuğa ait yaş, cinsiyet, kardeş sayısı, eşlik eden başka psikiyatrik ya da kronik hastalığı olup olmadığı, OSB bulguların başladığı yaş, hekime başvuru yaşı, tanı yaşı eğitim durumu sorgulayan sorular,

2. Ebeveynlerin yaşları, medeni durumları, aile tipi (çekirdek-geniş), ikamet ettikleri yer, eğitim seviyesi, meslekleri, ekonomik durumları,

3.Anketi dolduranın çocukluk çağı deneyimlerini öğrenmeye yönelik sorular bulunuyordu.

Önce demografik özellikleri içeren olgu rapor formu (Ek-1) araştırmacı tarafından ailelere sorarak dolduruldu. Sonrasında ICAST-P ebeveyn anketini (Ek-2) kendilerinin doldurması istendi. Sonrasında hasta yakınları OSB şiddeti değerlendirmesi için Klinik Global İzlemi Ölçeği (CGI-S) yapılması üzere çocuk psikiyatrisine yönlendirildi.

.....  
.....



Klinik Global İzlemi Ölçeğın de 1 ile 7 arasında otizm şiddeti değeriendirilen hastalar hafif orta ve ağır olarak 3 kategoriye ayrıldı. 1-2-3 puan alanlar hafif, 4 puan alanlar orta; 5-6-7 puan alanlar ağır olarak değeriendirildi. Sonrasında hafif orta ve ağır olarak değeriendirilen hastalar DSM 5 otizm destek gereksinimi gruplandırmasına göre sınıflandırıldı. Hafif otizm saptanan hastalar destek gerektiren, orta saptanan ciddi destek gerektiren, ağır saptanan ise çok ciddi destek gerektiren grubuna dahil edildi.

Sosyal ve kültürel seviyesini değeriendirmek için Borotav K. tarafından geliştirilen Sosyo-Kültürel Durum Ölçeğı kullanıldı (50). Anneler, eğitim düzeylerine göre üç gruba ayrıldı. Okuma yazma bilmeyen veya okuryazar ancak ilkokuldan mezun olmayanlara 1 puan; ilkokuldan mezun ancak ortaokuldan mezun olmayanlara 2 puan, ortaokul ve üzeri mezunlara 3 puan verildi. Sosyal sınıflar hane

halkının meslekleri tarafından belirlendi. Ebeveynler kendi iş yerinde ya da bir başkasının alt veya orta düzey çalışanı olarak çalışıyorsa 3 puan verilerek yüksek sosyal sınıf statüsü belirlendi. Küçük beyaz işletmeli kişiler ve küçük işletme sahibi olan mavi yakalı işçiler ise orta sosyal sınıf statü kabul edildi ve 2 puan verildi. Ebeveynlerin vasıfsız günlük işçi veya işsiz olması durumunda 1 puan verilerek düşük sosyal sınıf statüsü kabul edildi. Sosyokültürel statü (SCS), anne eğitim düzeyi ve sosyal sınıf tayinine verilen toplam puan üzerinden belirlendi. 2-3 puan, düşük SCS; 4-5 puan, orta SCS; ve 6-8 puan, yüksek SCS olarak değerlendirildi.

#### 4. İSTATİKSEL DEĞERLENDİRME

Verilerin istatistiksel değerlendirmesinde "SPSS 20.0 Microsoft Word for Windows" programının kullanılması planlanmıştır. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare analizi kullanılacak, risk etkenleri ve etki büyüklükleri Spearman'ın korelasyon testi kullanılarak değerlendirilecektir, sürekli değişkenler için t testi kullanılacaktır. P değeri <0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilecektir.

#### 5. BULGULAR

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi polikliniklerine başvuran ve OSB tanısı olan 130 çocuğun hasta yakınının ICAST –P ebeveyn anketini doldurması istendi. Bu bakım veren kişilerden 4 tanesi anketi doldurmak istemedi. 8 kişide eksik ve/ veya hatalı doldurduğu için çalışma dışında bırakıldı. Geri kalan 118 hasta çalışmaya dahil edildi. Çalışmaya dahil edilen hastaların genel klinik özellikleri tablo... gösterilmiştir.

Tablo OSB tanılı çocuklardaki genel klinik özellikler

Genel özellikler	Mean (SD)	min	max
------------------	-----------	-----	-----

<b>Yaş (yıl)</b>	8 (3,8)	3	17
Semptomların başlangıç yaşı (ay)	25,3 (9,4)	12	48
Hekime başvuru yaşı (ay)	28,2 (9,7)	12	49
Tanı alma yaşı (ay)	37,9 (5,9)	21	60
<b>Cinsiyet</b>	n	%	
Erkek	90	76,3	
Kız	28	23,7	
<b>Hastalığın şiddeti</b>			
Çok ciddi destek gerektiren	18	15,3	
Ciddi destek gerektiren	28	23,7	
Destek gerektiren	72	61	
<b>Çocuğun eğitim alma durumu</b>			
Özel eğitim	100	84,7	
Özel + Örgün eğitim	9	7,6	
Eğitim almayan	9	7,6	
<b>Kaçıncı çocuk olduğu</b>			
1.Çocuk	62	52,5	
2.Çocuk	35	29,7	
3. Çocuk	18	15,3	
4. Çocuk	3	2,5	
<b>Eşlik eden psikiyatrik hastalık</b>			
DEHB	10	8,4	
Duygudurum bozuklukları	9	7,6	
Anksiyete bozuklukları	4	3,2	
Anksiyete bozukluğu +DEHB	2	1,6	
<b>Eşlik eden kronik hastalık</b>			
Mental retardasyon	18	15,2	
Epilepsi	10	8,4	
Diğer	21	17,7	

Çalışmaya katılan OSB tanılı hastaların 90'ı (%76,3) erkek, 28 (%23,7) tanesi kız cinsiyetteydi. Erkek/kız oranı 3,2 / 1 olarak saptandı. Çocukların yaş ortalaması 8 saptanmış olup en büyük çocuk 17 yaşında en küçük çocuk ise 3 yaşında görüldü. Semptomların başlangıç yaşının ortalaması 25 ay çocukların hastaneye başvuru yaşı ortalaması 28 ay ve tanı yaşı ortalaması da yaklaşık olarak 38 ay izlendi.

Psikiyatri tarafından değerlendirilerek CGI-S ile hastalık şiddeti saptanan ve DSM V şiddet düzeyine göre destek gereksinimi belirlenen hastaların %18'i çok ciddi düzeyde destek gereken (ağır) kategorisinde görüldü. Hastaların %23,7'si ciddi destek gereken (orta) ve geri kalan %72'si de destek gereken (hafif) sınıfta saptandı.

Hastaların 9 (%7,6) tanesi hiç eğitim almıyor olarak görüldü. Yalnızca özel eğitim alan 100 (%84,7) hasta izlenirken, hem özel eğitim hem örgün eğitim alan da 9 (%7,6) hasta saptandı.

OSB tanılı hastaların 62 tanesi (%52,2 ) ailenin ilk çocuğuydu. Bu 62 hastanın 35 (%29,7) tanesi tek çocuk olarak görüldü. Toplamda 2 (%1,7) ailenin ise ikiz otizmlili çocuğu mevcuttu.

Anketi dolduran hasta yakınına çocuğun OSB tanısına ek olarak eşlik eden psikiyatrik ve kronik hastalıkları soruldu. Toplamda 27 hastada yani %22,7'sinde eşlik eden bir psikiyatrik hastalık olduğu ifade edildi. Bunların 12 (%10,1) tanesinde DEHB mevcutken, hastaların 9'una (%7,6) duygudurum bozukluğu ve 6'sına (%5,0) da anksiyete bozuklukları eşlik ediyordu. Eşlik eden kronik hastalıklara da yeterli cevap alınmadığı düşünülse de hastaların %15,2 sinde mental retardasyon %8,4 ünde epilepsi olduğu ifade edildi.

Tablo Çalışmaya katılan ailelerin sosyo - demografik özellikleri

Yaş (yıl)	mean	Min-max
Anne	36,5	19-56
Baba	39,2	21-63
	n	%
Aile yapısı		

Çekirdek	106	89,8
Geniş	12	10,2
Medeni durum		
Evli	112	94,9
Bekar	6	5,0
Eğitim düzeyi anne		
Okur yazar değil	6	5,0
İlkokul	32	27,1
Ortaokul	13	11,0
Lise	38	32,2
Üniversite	29	24,5
Eğitim düzeyi baba		
Okur yazar değil	0	0
İlkokul	28	23,7
Ortaokul	19	16,1
Lise	37	31,3
Üniversite	34	28,8
Sosyo kültürel statü (SCS)		
Düşük	10	8,5
Orta	81	68,6
Yüksek	27	22,9
İkamet edilen yer		
Şehir	94	79,7
Kasaba	17	14,4
Köy	7	5,9

Çalışmaya katılan hastaların anne babasına ait demografik veriler incelendiğinde anne yaşı ortalaması 36,5 baba yaşı ortalaması 39,2 saptandı. En küçük anne 19 yaşında en küçük baba ise 21 yaşında görüldü. Ailelerin %89,8'i çekirdek aile geri kalan %10,2'lik kısmı ise geniş aile olarak yaşıyordu. Çiftlerin 112 tanesi (%94,9) evli iken 5 tane boşanmış çift görüldü. Hastalardan 1 tanesinin ise babası exitus olarak ifade edildi.

Annelerin eğitim düzeyine bakıldığında sadece %32,2'si lise mezunuydu. Babalarında benzer şekilde %31,3'ü lise mezunu %28,8'i de üniversite mezunu olarak görüldü. Çalışmamıza katılan ebeveynlerin SCS sosyo- kültürel seviyesi %8,5 ailede düşük, %68,6'sın da orta , %22,9'un da ise yüksek saptandı. Hastaların

94'ü (%79,7) şehirde yaşıyorken 17 (%14,4) aile kasaba da 7 (%5,9) aile ise köyde ikamet etmekteydi.

Tablo OSB tanılı çocuğa bakım veren kişi

Bakım verenin yakınlık derecesi	Bakım veren 1. Kişi n(%)	Bakım veren 2. Kişi n(%)
Anne	<b>88 (74,6)</b>	22 (18,6)
Baba	20 (16,9)	<b>67 (56,8)</b>
Kız kardeş	5 (4,2)	3 (2,5)
Erkek kardeş	4 (3,4)	0 (0)
Büyükanne	0 (0)	9 (7,6)
Diğer akraba	1 (0,8)	3 (2,5)
Diğer	0 (0)	6 (5,1)
Toplam	118 (100)	110(93,1)

Çalışmaya katılan 118 kişiden hem kendileri için hem de varsa başka bir bakım veren için soruları doldurması talep edildi. Anketi dolduranlar birinci bakım veren olarak değerlendirildi. Toplamda 110 kişi (%93,2) ikinci bir bakım veren için de anket sorularını yanıtladı. 8 kişi ise çocuğa yalnızca kendisinin baktığını ifade etti. OSB tanılı çocuğu hastaneye getiren yani anketi dolduranların %74 anne %20 si baba idi. Anne baba dışında çocuklarına bakım veren ikinci kişi olarak büyükanne %7,6 diğer akrabalar %3,3 oranında saptandı.

Tablo Çalışmamızda OSB tanılı hastalarda görülen ihmal ve istismar sıklığı

	n	%
Fiziksel istismar	71	60,2
Duygusal istismar	86	72,9
Cinsel istismar	2	1,6
İhmal	29	24,6
Şiddet içermeyen disiplin	100	100

Çalışmaya katılan 118 hasta yakının verdiği yanıtlar doğrultusunda hayatında bir kez de olsa OSB tanılı çocuğa duygusal istismar uygulama sıklığı %72,9 saptandı. Aynı zamanda bu en sık rastlanan istismar türü olarak görüldü. Bunu yanında fiziksel istismar %60,2 oranında, cinsel istismar %2 ve ihmal %24,6 oranında saptandı. Şiddet içermeyen disiplin yöntemlerini de her ailenin kullandığı görüldü.

#### Şiddet içermeyen disiplin

OSB tanılı hasta yakınlarının şiddet içermeyen disiplin kullanım sıklığı aşağıdaki tablo ... verilmiştir.

Tablo ...Bakım veren birinci kişinin uyguladığı şiddet içermeyen disiplin yöntemi sıklığı

	Ayda birden sık n(%)	Ayda birden az n(%)	Hiç n(%)	Yanıt yok n(%)
<b>ŞİDDET İÇERMİYEN DİSİPLİN</b>				
Yaptığı yanlışları ona açıklama (s8.1)	<b>57(48,3)</b>	<b>57(48,3)</b>	3(2,5)	1(0,8)
Ödül verme(s8.2)	<b>73 (61,9)</b>	<b>43(36,5)</b>	2(1,7)	0(0)
Bir şeye başlamasını/ bırakmasını söyleme (s9)	<b>68(57,6)</b>	<b>42(35,8)</b>	8(6,8)	0(0)
Dikkatini dağıtmak için bir şey verme (s13)	<b>38(33,2)</b>	<b>26(22,1)</b>	54(45,7)	0(0)
İzinsiz mesajlarını okuma (s22.2)	0(0)	10(8,4)	108(91,5)	0(0)
İzinsiz çantasını karıştırma (s22.3)	6(5,1)	15(12,6)	97(82,2)	0(0)

Hasta yakınlarının %48,3'ü bakım verdiği OSB tanılı çocuğa yaptığı şeyin neden yanlış olduğunu aydan birden daha fazla açıkladığını söylemiştir. Aynı

şekilde %48,3'ü ayda birden daha az açıklama yapmıştır. Katılımcıların %2,5'u ise çocuğa hiç açıklama yapmadığını belirtmiştir. OSB tanılı çocuklara 73 hasta yakını ayda birden daha sık güzel bir davranışı için ödül verdiğini ifade etmiştir. 43 hasta yakını da ayda birden daha az ödüllendirmeden bahsetmiştir. Hastalara daha çok ödeve başlamak ve ya televizyon izlemeyi bırakmak gibi müdahale eden ve bunu ayda birden daha fazla yapanlar %57,6 oranında görülmüştür. OSB tanılı çocuğun dikkatini dağıtmak için uygulanan yöntem (örneğin televizyon izlemeyi bırakması ve başka bir şey yapmasını söylemek gibi ) hasta yakınlarının yarısından fazlasının yaptığı bir şey olarak görülmüştür. Katılımcıların %45,7 si bunu hiç yapmadığını ifade etmiştir. Bakım verenlerin 10 u ayda birden az da olsa çocuklarının izni olmadan onların günlük, e posta ve ya mesajlarını okuduklarını belirtmişlerdir. Ankete katılan 118 kişinin 97 si çocuğun izinsiz çantasını karıştırmadıklarını söylemiş, 15 i se ayda birden az da olsa bunu yaptığını ifade etmiştir. Ayda birden sık yapan 6 kişi görülmüştür.

#### Tablo

Çalışma grubunda Disiplin yöntemi olarak ödül vermeyi kullanmayı etkileyen değişkenler

	Ayda birden sık N=72	Hiç yada ayda birden az n=44	P değeri
Hastanın yaşı			
Hastanın cinsiyeti Erkek Kız			
Anne yaşı (yıl)	38,	39	
Baba yaşı (yıl)	39	41	
Başka psikiyatrik hastalık Var yok			
Başka kronik hastalık Var Yok			
Medeni durum Evli Bekar			

İkamet yeri şehir kasaba köy			
CGI_S Hafif Orta ağır			
SCS Düşük Orta Yüksek			

Çalışmamızda bir aydan fazla yapanlarda anne yaşı ortalaması 35,6 bir aydan az yapanlarda 38,4 saptanmış olup çocuğuna yaptığı şeyin yanlış olduğunu açıklama ile bağlantı görülmemiştir. Bunu yanı sıra çocuğu tanı yaşı büyüdükçe çocuğa verilen ödül hediye sıklığında azalma anlamlı saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Anne baba yaşı genç olanların OSB tanılı çocuklarını ayda birden daha sık ödüllendirdiği görülmüştür ( $p<0,05$ )

Eşlik eden kronik hastalığı olanlarda aydan birden daha fazla bir şeyleri açıklama yapıldığı anlamlı bulunurken( $p=0,014$ ), eşlik eden psikiyatrik hastalıklılarla şiddet içermeyen disiplin yöntemleri arasında ilişki görülmemiştir. Evli çiftlerin çocukların aydan birden daha fazla izinsiz mesajlarını okuması istatistiksel olarak anlamlı görülmüştür ( $p=0,003$ ).

Köyde yaşayanlar kasabada ve şehirde yaşayanlara göre ayda birden az da olsa daha fazla çocuklarını çantasını karıştırdıklarını söylemişlerdir ( $p<0,006$ ).

Otizm şiddetini belirlemek üzere bakılan CGI-S göre ağır OSB tanılı çocukların orta ve hafif şiddete göre aydan birden daha sık eşyalarının ve mesajlarının karıştırılması anlamlı bulunmuştur. ( $p=0,001$ )( $p=0,006$ ).

Sosyo kültürel düzey için bakılan SCS düşük olanlar orta ve yüksek olanlara göre ayda birden daha sık çocukların dikkatini dağıtmak için başka bir şey verdiklerini söylemişlerdir ve istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ( $p=0,02$ ).

### Orta şiddette fiziksel istismar

	Ayda birden sık n(%)	Ayda birden az n(%)	Hiç n(%)	Yanıt yok n(%)
<b>FİZİKSEL İSTİSMAR (ORTA)</b>				
Elbiselerini ya da vücudunu çekip sarsma (s10)	2(1,7) 0(0)	<b>52(44,1)</b> 9(7,6)	55(46,6) 109(92,3)	2(1,7) 0(0)
Sopa süpürge kemer gibi cisimlerle kaba etine vurma (s11)	0(0)	0(0)	118(100,0)	0(0)
Sopa süpürge kemer gibi cisimlerle kaba etinden başka yere vurma (s12)	1(0,8)	<b>31(26,3)</b>	86(72,8)	0(0)
Kulaklarını çekme (s14)	2(1,7)	21(17,8)	95(80,5)	0(0)
Kafasına ya da ensesine vurma (s15)	2(1,7)	15(12,7)	101(85,6)	0(0)
Saçını çekme (s16)	0(0)	0(0)	118(100,0)	0(0)
Ağızına biber sürme (21)	0(0)	0(0)	118(100,0)	0(0)
Diz çökme ve ya ayakta durması için zorlama (22.1)	3(2,5)	7(5,9)	108(91,5)	0(0)
Poposuna çıplak elle vurma (s24)	0(0)	<b>31(26,2)</b>	87(73,7)	0(0)
Çimdikleme (s30)	0(0)	<b>28(23,7)</b>	89(75,4)	1(0,8)
Sarsma (s31)				

Araştırmaya katılan hasta yakınlarının %1,7 si ayda birden daha fazla çocukların elbiselerinin ya da vücudunun bir kısmını çekip sarstığını , %44 ü ise ayda birden daha az yaptığını belirtmiştir. Çalışmaya katılan 118 hasta yakınının 109 (%92,3) tanesi hiçbir zaman çocuğa sopa süpürge kemer gibi sert cisimlerle kaba etine vurmadığını belirtmiştir. 9 (%7,6) kişi ise bunu ayda birden daha sıklıkla yapmış olduğunu ifade etmiştir. Anketi dolduran kişiler; çocuğun kaba etinden başka yere sert cisimlerle vurmadığını ifade ederken, diğer bakım verenlerin bunu yapmış olduğunu belirtmiştir. Toplamda 2 kişinin ayda birden daha az bunu yaptığı anketi dolduranlar tarafından iddia edilmiştir.

Araştırmaya katılanların %72,8'i hiçbir zaman hastaların kulağını çekmediğini söylemiştir. Bununla birlikte %26,3 oranında da ayda birden daha az sıklıkla kulak çekme cezasının verildiği belirtilmiştir. Katılımcıların %80 i

çocukların kafasına ya ensesine vurmadıklarını ifade etseler de %17,8 i bunu ayda birden daha az da olsa yaptığını belirtmiştir. Ayda birden daha sık yapma bakım veren iki kişi içinde aynı oranda görülmüştür. Yine orta düzeyde fiziksel istismardan sayılan çimdikleme 31 (%26,2) kişi tarafından disiplin yöntemi olarak kullanılmıştır.

.....

.....

.....

.....

.....

Anne baba yaşıyla orta şiddette fiziksel istismar uygulama arasında ilişki bulunmadı. Evli çiftlerin ayda birden az da olsa ayrı anne babalara göre daha çok çocuklarının vücutlarını çekip sarstığı saptandı ( $p<0,001$ ). Yine daha düşük nüfuslu yerlerde yaşayan ailelerin bu fiziksel istismarı daha çok yaptığı istatistiksel anlamlı görülmüştür ( $p=0,039$ ). CGI-S yüksek olanlar yani şiddetli otizmi olan çocukların ve düşük sosyoekonomik düzeye sahip ailelerin çocuklarında vücudunu çekip sarmanın daha sık yapıldığı istatistiksel anlamlı bulunmuştur ( $p=0,06$ )( $p=0,04$ ). Yine köy ve kasabada yaşayanların şehirde yaşayanlara göre diğer orta şiddetli fiziksel istismarları da daha sık yaptığı görülmüştür. Bunların yanında CGI –S yüksek olanlar ve sosyoekonomik düzeyi düşük olanlar orta düzey fiziksel istismarı ayda birden az da olsa diğerlerine göre daha çok yapmaktadır. Aileler çocukların ağzına biber sürme ve yine acı çekmesi için diz çökmesini isteme gibi davranışlarını hiç yapmadıklarını belirtmiştir. Kulak çekme, kaba etinden başka yere vurma ve şiddetli sarsma ile değişkenlerimiz arasında istatistiksel anlamlılık görülmemiştir.

#### Ağır şiddette fiziksel istismar

	Ayda birden sık n(%)	Ayda birden az n(%)	Hiç n(%)	Yanıt yok n(%)
--	-------------------------	------------------------	-------------	-------------------

<b>FİZİKSEL İSTİSMAR (AĞIR)</b>				
İtme, tekmeleme ve ya vurma (s20)	0(0)	0(0)	118(100,0)	0(0)
Kibrit, sıcak su ya da benzeri maddeyle canını yakma (s35)	0(0)	0(0)	118(100,0)	0(0)
Nesne ya da yumrukla arka arkaya vurma (s36)	0(0)	<b>3(2,5)</b>	115(97,5)	0(0)
Bıçak ya da silahla tehdit etme (s37)	0(0)	0(0)	118(100,0)	0(0)
Karanlık ya da küçük bir odaya kitleme (s38.1)	0(0)	0(0)	118(100,0)	0(0)
Onu bağladınız mı ya da bir şeye zincirleme (s38.2)	0(0)	0(0)	118(100,0)	0(0)

Hasta yakınlarının tamamı çocuklarını itme tekmeleme ve ya vurma gibi fiziksel şiddetin olmadığını söylemiştir. Ağır fiziksel istismar sorularından sadece arka arkaya vurma pataklama davranışını 3 kişi (%2,5) çocuğa uyguladığını belirtmiştir. Çalışmaya katılan hasta yakınları geri kalan ağır fiziksel istismarları uygulamadığını söylemiştir. Bu nedenle istatistiksel anlamlılık bakılamamıştır.???????????

.....

#### Duygusal istismar

	Ayda birden sık n(%)	Ayda birden az n(%)	Hiç n(%)	Yanıt yok n(%)
<b>DUYGUSAL İSTİSMAR</b>				
Bırakmak ve ya terk etmekle tehdit (s17)	0(0)	16(13,6)	99(83,9)	3(2,5)
Yüksek sesle bağırma (s18)	17(14,4)	<b>57(48,3)</b>	44(37,3)	0(0)
Hayalet, öcü çağırma ile tehdit (s19)	3(2,5)	13(11,0)	101(85,6)	1(0,8)
Beddua etme (s23)	0(0)	11(9,3)	105(88,9)	2(1,7)
Evden atmakla tehdit (s25)	0(0)	13(11,0)	104(88,1)	1(0,8)
Eve almama (s26)	0(0)	1(0,8)	117(99,2)	0(0)
Parasını alma (s27)	0(0)	25(21,2)	93(78,8)	0(0)
Sevdiği bir şeyi yasaklama (s28.1)	2(1,7)	<b>41(34,7)</b>	75(63,6)	0(0)
Evden çıkmasını yasaklama (s28.2)	6(5,0)	<b>40(33,9)</b>	72(61,0)	0(0)
Aptal, tembel benzeri hakaret etme (s29)	0(0)	9(7,6)	107(90,6)	2(1,7)
Sözlerini dinlemeyerek görmezden gelme (s32.1)	13(11,0)	<b>42(35,7)</b>	59(48,0)	4(3,4)
Kendinizi kötü hissetmeniz yüzünden onu suçlama (s32.2)	0(0)	16(13,5)	87(73,7)	<b>15(12,7)</b>
Keşke dünyaya hiç gelmeseydi diye düşünme (s33)	0(0)	5(4,2)	106(89,8)	7(5,9)
Öldürmekle tehdit etme (s34)	0(0)	0(0)	118(100,0)	0(0)
Aşağılayarak başkalarıyla karşılaştırma (s38.3)	0(0)	1(0,8)	117(99,1)	0(0)
Başkalarının önünde aşağılayarak utandırma(s39)	0(0)	0(0)	118(100,0)	0(0)

Araştırmacıların büyük çoğunluğu hastayı bırakmak ya da terk etmekle tehdit etmediğini belirtmiştir. Bunun yanında %13,6 oranında ayda birden az da olsa böyle bir tehdit edilmenin yaşandığı ifade edilmiştir. Duygusal istismar olarak ayda birden az da olsa en sık yüksek sesle bağırma %48,3 hastaya uygulanmıştır. Sevdiki şeyleri yasaklama, sözlerini dinlemeyerek görmezden gelme diğer yöntemlere göre daha sık kullanılmıştır. Hem birinci bakım veren hem de ikinci bakım veren için kötü hissetmelerinden çocuğu sorumlu tutma sorusuna yanıt vermek istemedikleri görölmüştür.

### İhmal

	Ayda birden sık n(%)	Ayda birden az n(%)	Hiç n(%)	Yanıt yok n(%)
İHMAL				
Hastalık ya da yaralanmada tıbbı yardım almama (s40)	0(0)	14(11,9)	104(88,1)	0(0)
İhtiyacı olmasına rağmen yeterli gıda vermeme (s41.1)	0(0)	2(1,7)	116(98,3)	0(0)
Ceza amacıyla uygunsuz kıyafet giydirme (s41.2)	0(0)	11(9,2)	107(90,7)	0(0)
Yanında yetişkin olmaması nedeniyle zarar görme (s42.1)	0(0)	12(10,1)	106(84,7)	0(0)
	Evet	Hayır	Cevap vermek istemiyorum	
İHMAL				
Evde yaşayan başkaları tarafından kötü davranılmadan haberdar olma (s42.2)	<b>23(19,7)</b>	92(78,0)	3 (2,5)	

İhmale yönelik sorulara yalnız kendi için cevap veren hasta yakınlarının %19 u evde yaşayan başkaları tarafından çocuğa kötü davranıldığını bildirmiştir.

### Cinsel istismar

	Evet	Hayır	Cevap vermek istemiyorum
<b>CİNSEL İSTİSMAR</b>			
Başkasının çocukla cinsel içerikli konuşması (s43.1)	<b>2(1,7)</b>	115(97,5)	1(0,8)
Başkasının çocuğa mahrem yerlerini göstermesi (s43.2)	0(0)	115(97,5)	3(2,5)
Başkası tarafından zorla cinsel içerikli şeyler yaptırılması (s44)	0(0)	115(97,5)	3(2,5)

Cinsel istismar sorularına ise 2 kişi çocuğunun başka kişilerle cinsel içerikli konuştuğundan haberdar olduğunu belirtmiştir. Onun dışında 115 kişi çocuğuna cinsel istismar uygulandığına şahit olmadığını belirtmiştir.

Tablo Çocukta olumlu davranış değişikliğine yol açmak için kullanılan ikna yöntemleri

	n	%
Onunla karşılıklı konuşma	<b>85</b>	72
Onu sözlü ödüllendirme	78	66,1
Ona birşeyin niye doğru niye yanlış olduğunu açıklama	73	61,9
Ödül için söz verme	69	58,5
Kuralları onunla birlikte koyma	57	48,3
Onu bir şeyden mahrum bırakma	<b>37</b>	31,4
Ona öğüt verme	19	16,1
Onu bir şey yapmaya ikna etmeye çalışma	18	15,3
Eylemlerinin muhtemel sonuçları hakkında uyarma	<b>13</b>	11,0
Davranışının açıklaması konusunda onu dinleme	12	10,2
Bağırma /azarlama	12	10,2
Tavsiye de bulunuyor gibi yapma	12	10,2
Belirli/tutarlı kurallar koyma	7	5,9

İstenmeyen bir şey yaptığında onunla konuşmayı kesme	6	5,1
Onu diğer çocuklarla karşılaştırmak	5	4,2
Fiziksel olarak cezalandırma (vurma, tokat)	2	1,7
Katı kurallar koyma	1	0,8
Hatalarından ders çıkarması için acı veren sonuçlarına katlanmasına izin verme	0	0
Yemek içmekten kesme ya da eve kitleme	0	0

Hasta yakınlarına OSB tanılı çocuğun davranışını değiştirmek için kullandığı ikna yöntemleri soruldu. En sık kullanılan ikna yöntemi karşılıklı konuşma olarak görüldü. Katılanların %31,4 ü çocuğu bir şeylerden mahrum bırakarak ikna ettiğini belirtti. Onun dışında 2 (%1,7) kişide fiziksel olarak cezalandırdığını ifade etti.

Tablo Ebeveynlerin dayak cezasına ilişkin görüşleri

	n	%
Dayak atmanın etkili olduğunu düşünüyor musunuz ?		
Hayır asla etkili değil	65	55,1
Çoğu zaman etkili değil	42	35,6
Çoğu zaman etkili	11	9,3
Evet her zaman etkili	0	0
Ülkemizde çocuklara dayak cezasını yasaklayan bir kanun olduğunu biliyor musunuz?		
Hayır böyle bir kanun yok	42	35,6
Evet böyle bir kanun var	36	30,5
Bilmiyorum	40	33,9

Çalışmaya katılan hasta yakınlarının %55,1'i dayak cezasının asla etkili bir yöntem olmadığını düşünürken; çoğu zaman etkili olduğunu düşünen %9,3 oranında katılımcı saptandı. Bununla birlikte ülkemizde dayak cezasını yasaklayan bir kanun

varlığı hakkında bilgileri olup olmadığı sorulduğunda %33,9 u bilgi sahibi olmadığını ifade etti. Yine %35,6 ise böyle bir kanunun olmadığını belirtti. Kanundan haberi olan ise 36 (%30,5) kişi saptandı.

Tablo Ebeveynlerin toplumdaki dayak cezası sıklığına ilişkin görüşleri

Kaç anne babanın çocuğuna doğru davranışı öğretmek için dayak cezası uyguladığını düşünüyorsunuz? n(%)					
	Hemen herkes	Yarisından fazla	Yarisına yakın	Yarisından az	Hemen hiç/hiç
Ülkemizde?	17(14,4)	<b>48(40,7)</b>	33(28,0)	18(15,3)	2(1,7)
Sizin belediyeinizde?	14(11,9)	<b>45(38,1)</b>	39(33,1)	17(14,4)	3(2,5)
Şehrinizde/köyünüzde?	8(6,8)	<b>42(35,6)</b>	39(33,1)	26(22,0)	3(2,5)
Sizin mahallenizde?	6(5,1)	30(25,4)	43(36,4)	33(28,0)	6(5,1)
Arkadaşlarınız arasında?	6(5,1)	9(7,6)	26(22)	46(39)	31(26,3)
Aile üyeleri arasında?	6(5,1)	2 (1,7)	15 (12,7)	24(20,3)	<b>71(60,1)</b>

Araştırmaya katılanların %40,7'si ülkemizde yarıdan fazla ailenin dayak cezasını uyguladığını düşündüğünü ifade etti. Bunun yanı sıra aile üyeleri arasında hemen hiç dayak atılmadığını söyleyen kişi sayısı 71 olarak (%60,1) görüldü.

Tablo Çalışmaya katılanların kadın erkek ilişkilerine dair görüşleri

Ülkemizde kaç çifte aşağıdaki gibi davranışların bulunduğunu düşünüyorsunuz? n(%)					
	Hemen herkes	Yarisından fazla	Yarisına yakın	Yarisından az	Hemen hiç/hiç
Erkek kadına hakaret ya da küfür eder	15(12,7)	<b>41(34,7)</b>	<b>38(32,2)</b>	20(16,9)	4 (3,4)
Erkek kadına vurur	8(6,8)	<b>47 (39,8)</b>	<b>34(28,8)</b>	27(22,9)	2(1,7)
Erkek kadını cinsel ilişkiye zorlar	5(4,2)	<b>40(33,9)</b>	<b>39(33,1)</b>	29(24,6)	5(4,2)

Kadın erkeğe hakaret ya da küfür eder	3(2,5)	17(14,4)	24(20,3)	49(41,5)	25(21,2)
Kadın erkeğe vurur	0(0)	7(5,9)	8(6,8)	36(30,5)	67(56,8)
Kadın erkeği cinsel ilişkiye zorlar	0(0)	5(4,2)	1(0,8)	21(17,8)	91(77,1)

Hasta yakınlarının genel anlamdaki kadın erkek ilişkilerine dair görüşleri soruldu. Ülkemizdeki erkeklerin yarısından fazlasının kadına hakaret ya da küfür ettiğini düşünen 41 (%34,7) kişi görüldü. Yine fiziksel şiddet uygulamanın da yarından fazla olduğunu ifade eden 47 (%37) kişi saptandı. Buna ek olarak erkeklerin yarısından fazlasının kadınları cinsel ilişkiye zorladığını düşünen 40(%33,9) hasta yakını görüldü.

Başka psikiyatrik hastalık Var yok			
Başka kronik hastalık Var Yok			

	Fiziksel istismar orta düzeyde		
	Ayda birden sık N:9	Ayda birden az N:54	Hiç N:55
Anne yaş (yıl)(mean)(SD)	33,8	37,4	36,1
Baba yaş (yıl) (mean)(SD)	37,1	41,2	39,0

Orta düzeyde fiziksel istismar sorularından herhangi birini bir kez bile yapanlar orta düzeyde fiziksel istismar yapıyor olarak kabul edildi.

		Fiziksel istismar orta düzeyde						
		10	11	15	16	17	24	30
		p değeri						
	n							
Başka psikiyatrik hastalık Var yok		-	-	-	-	-	-	-
Başka kronik hastalık Var Yok		-	-	0,32	-	-	-	-
Medeni durum Evli Bekar		<0,001	-	-	-	-	0,06	-
İkamet yeri şehir kasaba köy		0,039	<0,01	0,026	<0,001	-	0,031	-
CGI_S Hafif Orta ağır		0,06	-	0,023	<0,001	<0,001	0,015	-

SCS								
Düşük		0,04	-		0,046	-	-	-
Orta								
Yüksek								

Elbiselerini ya da vücudunu çekip sarsma (s10)

Sopa süpürge kemer gibi cisimlerle kaba etine vurma (s11)

Sopa süpürge kemer gibi cisimlerle kaba etinden başka yere vurma (s12)

Kulaklarını çekme (s14)

Kafasına ya da ensesine vurma (s15)

Saçını çekme (s16)

Ağızına biber sürme (21)

Diz çökme ve ya ayakta durması için zorlama (22.1)

Poposuna çıplak elle vurma (s24)

Çimdikleme (s30)

Sarsma (s31)

## 6. TARTIŞMA

OSB sosyal iletişim zorlukları ve kısıtlamaları, sık eşlik eden tekrarlayan davranışlar, kimlikteki önemli bozukluklarla tanımlanan da karakterize bir nörogelişimsel bozukluktur (Amerikan Psikiyatri Derneği, 2013)2. OSB çoğu zaman öğrenmeyi de etkileyen, hayat boyu süren, ailenin ve bireyin yaşam ve gelişme sürecinde zorluluklar yaratan bir hastalıktır (17,18 )

Amerika Birleşik Devletleri Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezi OSB sıklığını 2014 yılında 1/68 olarak bildirmiştir (7). Ülkemizde çok az sayıda yapılmış çalışma sonuçlarına göre erkek/kız oranı yaklaşık olarak 5/1 olarak bildirilmiştir (10). Bizim çalışmamızda bu oran 3,2/1 olarak saptandı.

Uluslararası düzeyde yapılan çalışmalar, otizmin belirtilerinin 6-12 aylar civarında görülmeye başlayabileceğini ve 24 ay civarında güvenli ve geçerli bir şekilde tanılabildiğini ortaya koymaktadır (Kleinman vd., 2008; Lord vd., 2006). Amerikan Hastalıkları Kontrol ve Önleme Merkezi'nin 2016 yılı verilerine göre, otizmlı çocukların tanılanma yaşı ortalaması 46 ay civarındadır (Christensen, 2016). Bizim çalışmamıza ise toplam 118 OSB tanılı dahil edildi. Hastaların belirtilerin başlangıç yaşı min. 12 ay saptanmış olup ortalama 25 ay olarak görülmüştür. Çalışmadaki bakım verenlere göre tanı alma yaşı ise min. 21 ay ortalama 37 ay olarak ifade edilmiştir.

OSB takibinde ayrıntılı psikiyatrik inceleme yapılması eşlik eden hastalıklar açısından çok önemlidir. Bu grupta en sık görülen psikiyatrik bozukluklar kaygı bozuklukları, depresif bozukluklar, DEHB, uyku bozuklukları, beslenme bozuklukları, tik bozuklukları ve saldırganlık gibi belirtilerdir (mukaddess..). Son yıllarda yapılan çalışmalarda DEHB'li çocuklarda otistik belirtilerin görülme sıklığının artmış olduğu bildirilmiştir (Gradzinski ve ark., 2011; Kotte ve ark., 2013). OSB olan çocukların %30-50'sinde DEHB belirtilerinin tespit edildiği, DEHB olan çocukların ise yaklaşık üçte ikisinde OSB belirtilerinin tespit edildiği görülmüştür (Davis ve Kollins, 2012: 525). Bizim çalışmamızda veriler ailelerin yorumuna ve bilgisine göre alındığından toplamda 12 (%10) hastada DEHB eşlik ettiği belirtildi. Simonoff ve ark tarafından 2008 de yapılan bir çalışmada OSB tanılı hastalara, Sosyal Anksiyete Bozukluğu (%29) en sık konulan tanı olmuştur. Bizim çalışmamızda ailelerin sadece %5 i çocuğunda ankisyete bozukluğu olduğunu bildirmiştir.

Araştırmamızda eşlik eden hastalıklar açısından kısıtlı bilgi alındığı düşünülse de ailelerin ifadelerine göre %15 hasta da mental retardasyon %10 hastada ise epilepsi mevcuttu. Diğer kronik hastalıklara sahip 21 (%17,7) kişi görüldü.

Macleane ve diğerkleri tarafından 2017 de yapılan bir çalışmada gelişim geriliği olan çocuklar kötü muamele açısından yüksek risk altında görülmüştür. Bunu yanında OSB tanılı çocuklar sağlıklı çocuklara veya sadece zihinsel engelli çocuklara göre daha çok ihmal ve istismara maruz kalmaktadır (3, 4, 5). Yine Maiano ve ark tarafından 17 okulun dahil edildiği Uluslararası bir çalışmadan OSB tanılı çocukların 3 kat daha fazla istismara uğradıkları bildirilmiştir.

Çalışmamızda OSB tanılı çocukların daha sık istismar ve ihmale uğramasının risk faktörlerini araştırıldı. Toplamda 118 kişiye yapılan anketlerde hasta yakınlarının verdiği bilgiler doğrultusunda sonuçlar elde edildi. İstismar türlerinden en sık %48,3 duygusal istismar uygulandığı görüldü. Zoroğlu ve ark tarafından 2001 de yapılan çalışmada da en sık duygusal istismar görülse de oran %15,9 olarak saptanmıştır.

Hoover W. ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada OSB tanılı hastaların OD açısından yüksek risk altında olduğunu belirtmiştir. Ayrıca aile de sosyoekonomik durumunun kötü olması, OSB da istismar ihmali artırttığı ifade edilmiştir. Bizim alışmamızda da özellikle fiziksel ve duygusal istismarda sosyoekonomik durumun kötü olması ile arttığı gösterilmiştir.

Hoover W ve ark yaptığı alışma OSB tanılı çocukların, depresyon, anksiyete ve bir dizi tıbbi sağlık probleminin artan sayıda ODD ile ilişkilendirdi. Ancak bizim çalışmamızda eşlik eden kronik hastalıklar ve psikiyatrik hastalıklar ile ihmal istismar arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunamadı

## **7. SONUÇLAR**

## **8. KAYNAKLAR**

- 1. Birliği, A.P., Mental bozuklukların tanısai ve sayımsai el kitabı, 5. Baskı (DSM 5). 2013, ev. Ed., Ertuğrul Köroğlu. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.*
- 2. Mukaddes, N., Otizm Spektrum Bozuklukları Tanı ve Takip. 2013, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.*
- 3.Kanner L. Autistic disturbances of affective contact. Nervous Child 1943; 2:217-250.*

4. Canan Tanıdır, N.M.M., *Otizm Spektrum Bozuklukları*, in *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları E.S.E. Aynur Pekcanlar Akay Editor. 2016, Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği Yayınları: Ankara. p. 126-149.*
5. Bodur Ş, Soysal AŞ. *Otizmin Erken Tanısı ve Önemi. Sted. Dergisi 2004;13: 394-98.*
6. Kılıc Ekici O. *Otizmi Anlamak ve Yaşamak: Karmaşık Bir Gelişimsel Bozukluk. Bilim ve Teknik Dergisi, 2011;44:70-75.*
7. Wingate, M., et al., *Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years-autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2010. MMWR Surveillance Summaries, 2014. 63(2).*
8. Control, C.f.D. and Prevention, *Mental health in the United States: parental report of diagnosed autism in children aged 4-17 years--United States, 2003-2004. MMWR. Morbidity and mortality weekly report, 2006. 55(17): p. 481.*
9. Baio, J., *Prevalence of Autism Spectrum Disorders: Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 14 Sites, United States, 2008. Morbidity and Mortality Weekly Report. Surveillance Summaries. Volume 61, Number 3. Centers for Disease Control and Prevention, 2012*
10. Doğanun B. *Ozel Eğitim Gerektiren Psikiyatrik Durumlar. Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi. 2008; 62:157-174.*
11. Carpenter, L.A., et al., *Screening and direct assessment methodology to determine the prevalence of autism spectrum disorders. Annals of epidemiology, 2016. 26(6): p. 395-400.*
12. Deslauriers, N. (1967). *The Empty Fortress: Infantile Autism and the Birth of the Self. Archives of General Psychiatry, 17, 510.*
13. Hill, E.L., Frith, U. (2003). *Understanding autism: insights from mind and brain. Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B: Biological Sciences, 385(1430), 281-289.*
14. Korkmaz B. *Bir sendrom, bir belirti, bir hastalık: Otizm. Norobiyolojik temelleri ve norofonksiyonel mekanizmalar. Sendrom Dergisi,*

2000;1243-58.

15 Modabbernia, A., E. Velthorst, and A. Reichenberg, *Environmental risk factors for autism: an evidence-based review of systematic reviews and meta-analyses. Molecular Autism*, 2017. 8(1): p. 13.

16. Hertz-Picciotto, I., *Environmental risk factors in autism: Results from large-scale epidemiologic studies. Autism Spectrum Disorders. Oxford University Press: New York, NY, USA, 2011: p. 827-862.*

17. Troyb E, K.K., Barton M., *Phenomenology of ASD: Definition, Syndrome and Major Features.*, in *The Neuropsychology of Autism*, D. Fein, Editor. 2011, Oxford University Press: New York.

18. Hundley, R.J., A. Shui, and B.A. Malow, *Relationship Between Subtypes of Restricted and Repetitive Behaviors and Sleep Disturbance in Autism Spectrum Disorder. Journal of autism and developmental disorders*, 2016. 46(11): p. 3448-3457.

19. Prizant, B. (1996) *Brief Report: Communication, Language, Social and Emotional Development. Journal of Autism and Developmental Disorders*, 27:265-282

20 Cohen, S., et al., *The relationship between sleep and behavior in autism spectrum disorder (ASD): a review. Journal of neurodevelopmental disorders*, 2014. 6(1): p. 44.

21 Klin, A., et al., *Defining and quantifying the social phenotype in autism. American Journal of Psychiatry*, 2002. 159(6): p. 895-908.

22. Eldevik S, Hastings RP, Hughes JC, Jahr E, Eikeseth S, Cross S. *Metaanalysis of early intensive behavioral intervention for children with autism. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 2009;38:439-450.

23 Virues-Ortega J. *Applied behavior analytic intervention for autism in early childhood: meta-analysis, meta-regression and dose-response meta-analysis of multiple outcomes. Clinical Psychology Review*, 2010;30:387-399.

24.

25.Oral R, Can D, Kaplan S, et al. *Child abuse in Turkey: an experience in overcoming*

*denial and a description of 50 cases. Child Abuse Negl* 2001; 25: 279-290.4

26. Taner Y, Gökler B. Çocuk istismarı ve ihmali: psikiyatrik yönleri. *Hacettepe Tıp Dergisi* 2004; 35: 82-86.
- 27 Cılga İ. Türkiye’de çocuk hakları, çalışmaları, cumhuriyet ve çocuk. In 2. Ulusal Çocuk Kültürü Kongresi Kitabı. Ankara, Ankara Üniversitesi Basımevi, 1999.
28. Polat O. "İstanbul ve Türkiye genelinde güç koşullardaki çocuklar açısından çocuk haklarının durumu". In 1. İstanbul Çocuk Kurultayı Bildiriler Kitabı. İstanbul, Umut Matbaası, 2000.
29. Kepenekci-Karaman, Y. 2001. Hukuksal Açıdan Çocuk İstismarı ve İhmali, *Katkı Pediatri Dergisi – Adli Pediatri ve Çocuk İstismarı*, 22(3): 262-276.
- 30 Kaplan S. Pyhysical abuse and neglect. In: Lewis M, ed. *Child and adolescent psyciatry. A comprehensive textbook. 2nd ed.*Baltimore, MA: Williams&Wilkings, 1996; 1033-1041.
31. Hancı İH. *Adli Tıp ve Ali Bilimler. Seçkin yayıncılık 1. baskı* Ankara 2002; 263-284.
32. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi . Archives Medical Review Journal* 2013; 22(4):591-614
33. *International Journal of Social and Educational Sciences Uluslararası Sosyal ve Eğitim Bilimleri Dergisi Cilt: 1 Sayı: 1 / Volume: 1 Sayı: 1 2014 - Haziran / 2014 –June*
- 34 Hobbs CJ, Hanks H, Wynne JM. *Child abuse and neglect. In: A Clinician’s Handbook, 1st Ed. Edinburg, Churchill Livingstone, 1993.*
- 35 Reece RM. *Child Maltreatment. New York, Mosby, 1997.*
36. Gilbert R, Widom CS, Browne K, et al. *Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. Lancet. 2009; 373:68-81.*
37. UNICEF. *Çocuk İstismarı ve İhmali. İzmir, UNICEF, 2002.*
- 38.. *US Department of Healthand Human Services, Administration on Children, Youth, and Families. Child Maltreatment 2004. Washington, US Government Printing Office, 2006.*
- 39 Glaser D, Svevo K. *Violence against children is a global problem. [http://ispcan.org/ documents/Annual\\_report/ISPCAN](http://ispcan.org/documents/Annual_report/ISPCAN) Access date: May 2013.*
- 40.Nelson *textbook of pediatrics, 19th ed ,2015.*

41. Tercier A. *Child abuse*. In: Maer JA (ed). *Emergency Medicine (4th ed)*. St. Louis: Mosby, 1998: 1108-1118.
42. Rimsza ME, Schackner RA, Bowen KA, Marshall W. *Can child deaths be prevented? The Arizona Child Fatality Review Program experience*. *Pediatrics* 2002; 110: 110-111.
43. *Measles, Mumps, Rubella Vaccination and Autism: A Nationwide Cohort Study*, Anders Hviid, DrMedSci; Jørgen Vinsløv Hansen, PhD; Morten Frisch, DrMedSci; Mads Melbye, DrMedSci 2019 Mar 5. doi: 10.7326/M18-210.
44. Anjali, J., Jaclyn, M., Ami B., Tim; B., ve Jonathan P. K. (2015). *Autism occurrence by MMR vaccine status among US children with older siblings with and without autism*. *The Journal of American Medical Association*, 313(15), 1534-1540.
45. Korkmaz, B. *Otizm: Otizm: Başlıca Davranış Sorunları ve Pratik Yaklaşım*. *Yeni Symposium*. 2001;39:26-34.
46. Cortesi, F., et al., *Sleep in children with autistic spectrum disorder*. *Sleep medicine*, 2010. 11(7): p. 659-664.
47. Koller R. *Sexuality and Adolescents with Autism*. *Sexuality and Disability*, 2000;18:125-135
48. Polat, O. (2007). *Tüm Boyutları ile Çocuk istismarı İstanbul: Seçkin Yayınları*.
49. Gül Sultan Ö, *Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB) ve Hastalığa Kanıt Penceresinden Bakış: Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*  
Cilt: 4 • Sayı: 2 • Nisan 2013
50. Boratav K. *Sınıfların ve grupların sosyoekonomik nitelikleri*. 2.Baskı. Ankara. İmge Kitapevi Yayınları, 2004, s. 33-60.

## 9. ÖZGEÇMİŞ

### I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Duygu Özkerim

Doğum yeri ve tarihi: Diyarbakır 27/01/1989

Medeni durumu: Bekâr

İletişim adresi: duyguozkerim@outlook.com

Yabancı dili: İngilizce

## II- Eğitimi

2015-2019 Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi EAH Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Asistan eğitimi

2007-2014 Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi

2003-2006 Diyarbakır Fen Lisesi

1996-2003 Mehmet Sabri Güzel İlköğretim Okulu

## 10. EKLER

Ek.1

OLGU RAPOR FORMU

Doğum Tarihi:

Cinsiyeti:

Tanısı:

Çocuk ile yakınlık dereceniz:

Bulguların başlangıç yaşı:

Hekime başvuru yaşı:

Tanı yaşı:

Toplam çocuk sayısı:

Kaçıncı çocuk olduğu:

Hastanın Eğitim durumu : Özel eğitim :

Örgün eğitim:

Hastada başka psikiyatrik hastalık:

Hastada ek kronik hastalık:

Bakım veren kişi:

Aile yapısı :

Çekirdek aile

Geniş aile

Evde yaşayan kişi sayısı ve yakınlık derecesi:

1. Normal, hasta değil	
------------------------	--

Klinik Global İzlemi Ölçeği (CGI-S) :  
Hastalığın Şiddeti;

2. Hastalık sınırında	
3. Hafif düzeyde hasta	
4. Orta düzeyde hasta	
5. Belirgin düzeyde hasta	
6. Ağır düzeyde hasta	
7. Çok ağır hasta	

Ek-2