



T.C.  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**11-18 YAŞ ARALIĞINDAKİ OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU  
BULUNAN ÇOCUKLAR İLE ZİHİNSEL YETERSİZLİĞİ OLAN  
ÇOCUKLARIN CİNSEL GELİŞİM ÖZELLİKLERİNİN  
KARŞILAŞTIRILMASI**

**Burak Emre KADAK**

**Tez Danışmanı**

**Dr. Öğr. Üyesi Mine ELAGÖZ YÜKSEL**

**İSTANBUL-2022**

T.C.  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**“11-18 YAŞ ARALIĞINDAKİ OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU  
BULUNAN ÇOCUKLAR İLE ZİHİNSEL YETERSİZLİĞİ OLAN  
ÇOCUKLARIN CİNSEL GELİŞİM ÖZELLİKLERİNİN  
KARŞILAŞTIRILMASI”**

**Burak Emre KADAK**

**Tez Danışmanı**

**Dr. Öğr. Üyesi Mine ELAGÖZ YÜKSEL**

**İSTANBUL-2022**

## YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “11-18 Yaş Aralığındaki Otizm Spektrum Bozukluğu Bulunan Çocuklar ile Zihinsel Yetersizliği Olan Çocukların Cinsel Gelişim Özelliklerinin Karşılaştırılması” adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Burak Emre KADAK

Tarih ..../..../...

## TEŞEKKÜR

Tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Mine Elagöz Yüksel'e bu zorlu süreçte her türlü desteği sağladığı için teşekkür ederim.

Maddi manevi her türlü destek sağlayan yanımda olan kıymetli babama, kıymetli anneme, ablalarım Yasemin Kadak ve Merve Kadak'a sonsuz teşekkür ederim.

Beni bu süreçte yalnız bırakmayan ve her türlü zorlukta destek olan değerli yol arkadaşım Reyhan Tüzün'e teşekkür ederim.

Bu zorlu süreçte moral motivasyonumu yüksek tutan değerli arkadaşım Cengiz Altınışik'a teşekkür ederim.

Bu süreçte her türlü yardımı sunan değerli arkadaşım Ecem Tarhan'a teşekkür ederim

Çalıştığım kurumda desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen değerli Saadet Özkan'a teşekkür ederim.

Manevi desteklerini her zaman hissettiğim, tez sürecimde bana daima yardımcı olan değerli Semiha Artuç'a, Belgin Öner'e ve Emel Aydoğan'a teşekkür ederim.

İlkokul, lise, lisans ve yüksek lisansta üzerimde emeği olan, bugün burada olmama vesile olan tüm hocalarıma yürekten teşekkür ederim.

## ÖZET

### “11-18 Yaş Aralığındaki Otizm Spektrum Bozukluğu Bulunan Çocuklar ile Zihinsel Yetersizliği Olan Çocukların Cinsel Gelişim Özelliklerinin Karşılaştırılması”

Bu çalışmada Otizm Spektrum Bozukluğu bulunan bireylerin ergenliğe giriş dönemi ile birlikte cinsel gelişim özelliklerini zihinsel yetersizliği bulunan bireyler ile karşılaştırmak amaçlanmıştır. Araştırmaya 11’i kız 39’u erkek olmak üzere 50 birey katılmıştır. Bu bireylerden 27’si Otizm Spektrum Bozukluğuna sahip, 23’ü ise Zihinsel Yetersizliğe sahip özel çocukların anket sonuçları alınmıştır. Araştırmaya katılan tüm ebeveynlere onam formu verilmiş olup ardından sosyodemografik bilgi formu, Otizm Spektrum Tarama Ölçeği (ASSQ), Ergenlik Dönemindeki Zihin Yetersizliği Olan Bireylerin Cinsel Gelişim Özellikleri Ölçeği uygulanmıştır. Araştırmada Otizm Spektrum Bozukluğu Bulunan Bireylerin ergenliği, cinselliği anlamlandırışı ile Zihinsel Yetersizliğe sahip olan bireylerin ergenliği anlamlandırışı karşılaştırılmıştır. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Pearson yada Fisher Kesin Ki Kare testleri uygulandı. Ergenlik Dönemindeki Zihin Yetersizliği Olan Çocuklarının Cinsel Gelişim Özellikleri Ölçeği (EDZYOÇCGÖ) ölçeği ve Otizm Spektrum Tarama Ölçeği (OSTÖ) ölçeğinin birbiriyle ilişkisi Pearson’s korelasyon analizi ile değerlendirildi. OSB ve zihinsel yetersizliğin, doğum şekli, konuşma düzeyi, beslenme problemi, eğitime devam ettikleri okul düzeyi, yeni kararlar alma becerisi, tek başına kıyafet giyme becerisi, tek başına duş alma becerisi, kısıtlayıcı tekrarlayıcı davranışlar, sosyal etkileşim ve iletişim problemleri, mahremiyet, cinsel istismar ve cinsel doyum açısından anlamlı farklar bulunmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Otizm, Otizmlilerde Cinsel Problemler, Zihinsel Yetersizlik.

## **ABSTRACT**

### **“Comparison of Sexual Development Characteristics of 11-18 Years Old Children with Autism Spectrum Disorder and Children with Intellectual Disabilities”**

In this study, it was aimed to compare along with the sexual development characteristics of individuals with ASD and the puberty entry period individuals with intellectual disability. Fifty individuals, 11 girls and 39 boys, participated in the study. The survey results were obtained from special children, 27 of whom had Autism Spectrum Disorder and 23 of whom had Intellectual Disability. Consent form was given to all the parents who's participating in the study, and then the sociodemographic information form, the Autism Spectrum Screening Scale (ASSQ), and the Scale of Sexual Development Characteristics of Individuals with Intellectual Disabilities in Adolescence were applied. In the study, the adolescence and sexuality interpretation of individuals with Autism Spectrum Disorders and the interpretation of adolescence of individuals with Intellectual Disability were compared. Pearson or Fisher exact chi-square tests were used to compare categorical variables. The relationship between the Sexual Development in Intellectual Disabilities scale and the ASSQ scale was evaluated with Pearson's correlation analysis. ASD and intellectual disability; in terms of birth type, speech level, nutritional problem, the level of education they attend, the ability to make new decisions, the ability to wear clothes alone, the ability to take a shower alone, restrictive repetitive behaviors, social interaction and communication problems, privacy, sexual abuse and sexual satisfaction. significant differences were found between these terms.

**Keywords:** Autism, Intellectual Disability, Sexual Problems in Autistic Individuals.

**Keywords:** Autism, Mental Retardation, Sexual Problems in Autistic Individuals,

# İÇİNDEKİLER

<b>YEMİN METNİ</b> .....	<b>i</b>
<b>TEŞEKKÜR</b> .....	<b>ii</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>iii</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>iv</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>v</b>
<b>TABLolar DİZİNİ</b> .....	<b>viii</b>
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ</b> .....	<b>ix</b>
<b>SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ</b> .....	<b>x</b>
<b>1. GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
1.1. Problem Cümlesi.....	3
1.2. Araştırmanın Amacı.....	3
1.3. Alt problemler:.....	3
1.4. Araştırmanın Önemi .....	4
1.5. Sınırlılıklar .....	4
1.6 Sayılıtlar.....	5
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>6</b>
2.1. Engellilik:.....	11
2.2. Zedelenme.....	12
2.3. Yetersizlik.....	12
2.4. Özur/Engel .....	12
<b>3. OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU</b> .....	<b>14</b>
3.1. DSM-5 OSB Bozukluğu Tanı Kriterleri.....	16
3.2. Otizm Spektrum Bozukluk Görülme Sıklığı .....	17
3.3. Otizm Spektrum Bozukluğu Nedenleri.....	18
3.4. Otizm Spektrum Bozukluğu Gösteren Bireylerin Akademik Özellikleri.....	20

3.5. Otizm Spektrum Bozukluğu Gösteren Bireylerin İletişim Özellikleri .....	21
3.6. OSB Bozukluğu Gösteren Bireylerin Sosyal ve Davranışsal Özellikleri .....	21
3.7. Tıbbi ve Eğitsel Değerlendirme .....	22
<b>4. ZİHİNSEL YETERSİZLİK.....</b>	<b>23</b>
4.1.Zihinsel İşlevler .....	24
4.2 Uyumsal Davranışlar .....	25
4.3 Destek Sistemleri .....	25
4.4 Zihinsel Yetersizliğin Sınıflandırılması .....	25
4.5. Zihinsel Yetersizliğin Nedenleri .....	26
4.6. Zihinsel Yetersizliği Olan Bireylerin Genel Özellikleri .....	26
4.6.1. Bellek: .....	26
4.6.2. Dikkat: .....	27
4.6.3. Dil: .....	27
4.6.4. Akademik Başarı: .....	27
4.6.5. Biliş Ötesi Özellikler .....	28
4.6.6. Motivasyon .....	28
4.6.7. Sosyal Özellikleri.....	28
4.6.8. Uyumsal Davranışlar .....	28
4.6.9. Duygusal Özellikleri .....	29
<b>5.ERGENLİK.....</b>	<b>30</b>
5.1. Ergen Gelişimi ile İlgili Kuramlar .....	30
5.1.1. Psikanalitik Kuram .....	30
5.1.2. Psikososyal Kuram .....	32
5.1.3. Piaget'in Bilişsel Gelişim Kuramı .....	32
5.1.4. Davranışçı ve Sosyal Bilişsel Kuramlar .....	33
5.1.5. Skinner'ın Edimsel Koşullaması: .....	33
5.1.6.Bandura Sosyal Bilişsel Kuram .....	34

5.2. Ergenlik Belirleyicileri .....	34
<b>6. CİNSEL EĞİTİMİN ÖNEMİ.....</b>	<b>39</b>
6.1. Engellilerde Cinsel Eğitim.....	40
<b>7. GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>43</b>
7.1. Çalışma Grubu .....	43
7.2. Veri Toplama Araçları .....	43
7.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı .....	45
7.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi .....	45
7.5. Verilerin Analizi .....	45
<b>8. BULGULAR.....</b>	<b>46</b>
<b>9. TARTIŞMA.....</b>	<b>63</b>
<b>10. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>68</b>
<b>KAYNAKLAR .....</b>	<b>71</b>
<b>EKLER .....</b>	<b>89</b>
Ek 1. ....	90
Ek 3. ....	95

## TABLULAR DİZİNİ

<b>Tablo 1.</b> Çocuk, anne ve babaların yaş ortalaması (N=50) .....	<b>46</b>
<b>Tablo 2.</b> Demografik verilerin dağılımı (N=50) .....	<b>47</b>
<b>Tablo 2.</b> Demografik verilerin dağılımı (Devamı) .....	<b>48</b>
<b>Tablo 2.</b> Demografik verilerin dağılımı (Devamı) .....	<b>49</b>
<b>Tablo 3.</b> Çocuğun gelişim ve sosyal becerilerine ve anneye ait pre-klinik verilerin dağılımı .....	<b>50</b>
<b>Tablo 3.</b> Çocuğun gelişimsel ve klinik verilerin dağılımı (Devamı) .....	<b>51</b>
<b>Tablo 4.</b> Ölçeklerin ve alt boyutlarının genel ortalama puanları (N=50).....	<b>52</b>
<b>Tablo 5.</b> Otizm ile zihin engeli olan çocuklar arasında kategorik demografik değişkenlerin karşılaştırılması .....	<b>53</b>
<b>Tablo 6.</b> Otizm ile zihin engeli olan çocuklar arasında kategorik gelişim durumuna ait değişkenlerin karşılaştırılması .....	<b>54</b>
<b>Tablo 6.</b> Otizm ile zihin engeli olan çocuklar arasında kategorik gelişim durumuna ait değişkenlerin karşılaştırılması (Devamı) .....	<b>55</b>
<b>Tablo 7.</b> Otizm ile zihin engeli olan çocuklar arasında kategorik sosyal durum değişkenlerinin karşılaştırılması .....	<b>56</b>
<b>Tablo 8.</b> Otizm tanısı konmuş olan çocuklar ile zihin engeli olan çocukların yaş değişkenlerinin karşılaştırılması .....	<b>57</b>
<b>Tablo 9.</b> Otizm ve zihin engeli olan çocuklar arasında ölçek ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması.....	<b>58</b>
<b>Tablo 10.</b> Otizm ile zihinsel engeli bulunan çocukların OSTÖ ve alt boyutların ayırt etme başarısının incelenmesi .....	<b>59</b>
<b>Tablo 11.</b> Otizm ile zihinsel engeli bulunan çocukların EDZYOÇCGÖÖ ve alt boyutların ayırt etme başarısının incelenmesi .....	<b>60</b>
<b>Tablo 12.</b> OST ve EDZYOÇCGÖ ölçekleri arasında korelasyon analizi .....	<b>62</b>

## ŞEKİLLER DİZİNİ

- Şekil 1.** Otizm ile zihinsel engeli bulunan çocukların OSTÖ ve alt boyut puanlarında ROC analizine göre grupları ayırt etme başarısı ..... **59**
- Şekil 2.** Otizm ile zihinsel engeli bulunan çocukların EDZYOÇCGÖÖ ve alt boyut puanlarında ROC analizine göre grupları ayırt etme başarısı ..... **61**



## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

**OSB:** Otizm Spektrum Bozukluğu

**MR:** Metal Retardasyon

**WHO:** DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ

**DSM:** The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)

**AMMR:** Amerikan Zihinsel Yetersizlik Birliği

**WISC-R:** Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği

**ASSQ (OSTÖ):** Otizm Spektrum Anketi – Türkçe Versiyonu

**EDZYOÇCGÖÖ:** Ergenlik Dönemindeki Zihin Yetersizliği Olan Çocukların Cinsel Gelişim Özellikleri Ölçeği

**CDC:** Amerika Hastalıkları Kontrol Etme ve Önleme Merkezi

**ICD-10:** Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması (International Classification of Diseases)

# 1. GİRİŞ

Cinsellik temel bir içgüdüdür. Bireyin cinsel davranışlarının gelişiminde toplum, bireyin yetiştiği kültürel yapı çok önemli bir alan kapsar. Toplumumuz, cinselliğin bir tabu olduğu ve çok konuşulmadığı topluluklardan biridir. (Torun ve Özaydın, 2011).

Cinsellik bireyin bedensel, toplumsal, sosyal ve fiziksel yönden sağlığını etkileyen bir konudur. (Çakmak, 2011)

Cinsel gelişim pek çok kişi tarafından ergenlikle gelişen bir süreç olarak görülmüştür fakat anne karnında cinsiyetimizin belli olması ile başlayan bu süreç hayatın sonuna dek devam etmektedir. (Çakmak, 2011)

Yetersizliğe sahip bireylerin ergenlik dönemi ile uygunsuz davranışlar ortaya çıkarabilecekleri gözlenmiştir. Bu nedenle yetersizliğe sahip bireylerin cinsel gelişimleri ve yaşadıkları sorunlar dikkatle incelenmesi gerekir. (Madi, 2016)

Yetersizliğe sahip bireyler geçmişten günümüze birçok alanda zorlanmalar ile karşılaşmaktadırlar. Bu alanlar sosyal kabul, fiziksel aktiviteler, akran ilişkileri gibi sıralanabilir. Yetersizliğe sahip bireyler kendilerinde bulunan yetersizliklerden dolayı özgüven problemleri yaşadıkları görülmüştür. Kendilerini kabul etmeleri için toplumun damgalamalarına maruz kalmaktadırlar. Ergenlik ile yaşlıları, onların daha farklı olduklarını idrak etmekte ve onları daha fazla dışlamaktadırlar.

Ebeveynler çocuklarının, gelişimleri hakkında yeteri kadar bilgileri yoksa bu bilgisizliklerinin sonucunu yetiştirdikleri bireyler ödemektedir. (Akbaba, 2004).

Cinsellik, iki karşı birçok farklı duyguyu beraberinde taşıyan (sevgi, arzu, istek, zevk) duygusal, davranışsal bir birlikteliktir. Cinsellik, yaşamın ilk dönemlerinden başlayıp gelişim düzeyleriyle beraber komplike bir hale gelen yapıdır. Cinsellik, tüm insanların en temel ve en normal ihtiyacıdır. Cinsellik, sadece cinsel ilişkiyi kapsamamaktadır, içerisinde duygu paylaşımı, düşünce biçimi gibi birçok farklı duygudurumu barındırmaktadır. Yetersizliğe sahip bireylerinde cinselliği yaşamak en doğal haklarıdır. Çevrenin algısı sebebiyle bu durumu hiç yaşamamaları gerektiği hakkında basmakalıp düşünceler bulunsa da yetersizliğe sahip bireyler de aynı normal gelişim gösteren bireyler gibi cinsel isteklerde bulunmaları son derece normaldir.

Otizm spektrum bozukluğuna sahip olan bireylerin ergenlik dönemiyle beraber cinsel olarak zorlanmalar çektikleri gözlenmiştir. (Uygunsuz cinsel davranışlar, sarılmalar, öpmeler, ani duygu patlamaları, bağırmalar v.b.) Bu zorlanmalar genel olarak bir kavram karmaşasını ortaya çıkarmış ve ergenin duygudurumunun huzursuzluk olduğu gözlenmiştir. Aynı zaman da otizm spektrum bozukluğu çeken ergenlerin tekrarlayıcı konuşmalar (ekolali) sebebiyle özel eğitim süreçlerinde de ergenlikle beraber tıkanmalar olduğu gözlenmiştir. Bu zorlanmalar sonucunda duyguları ve tepkileri agresifleşmiş olduğu gözlemlenmiştir. Bu duygu ve davranışların sebebinin dilden kaynaklı olabileceği düşünölmüştür. Otizm spektrum bozukluğuna sahip ergenlerin dilde uzun süreli iletişim kuramamasından dolayı sosyal olarak daha fazla izole oldukları gözlemlenmektedir. Cinselliğin getirdiği bedensel ve ruhsal değişimleri algılamakta zorluk çektikleri düşünölmüştür. Otizmde ekolaliden sebep cinsiyet kavramını öğrenmekte ekstra zorluk çekerler ve bu da istismara sebep olabilecek bir durum olabilir. Cinsel tatmin sağlanamadığı için enerjileri biriken engelliler de davranışsal problemler gözlenebilir. İpucuyla öğrenilme gerçekleşemediği için, özel bölge, mahremiyet, cinsiyet gibi kavramlarda karışıklıklar gözlenebilir. Cinsiyet bilinci edinemeyen ergen daha kolay istismara uğrayabilir.

**Bu araştırmalar neticesinde:**

Ergenlik döneminde otizm spektrum bozukluğu bulunan ergenler ile zihinsel yetersizliği bulunan ergenlerin cinsellik sorunlarına ilişkin araştırma yapılmasına ihtiyaç duyulmuştur. Yetersizliğe sahip ergenlerin, gelişim dönemlerinin aynı “normal gelişim gösteren” bireylerdeki gibi olmasına rağmen, çok fazla göz ardı edildikleri gözlemlenmiştir. Bunun sonucunda ise yetersizliğe sahip ergenler özellikle ergenlik döneminden sonra keskin bir biçimde ergenliğin de getirdiği ruhsal bunalımlar ile baş etmekte güçlük çektiği ve yalnızlaştıkları, ie dönökleştikleri gözlemlenmiştir. Yetersizliğe sahip ergenlerin yaşam kalitesini yükseltmek amacı ile böyle bir çalışma yapılma ihtiyacı hissedilmiştir.

### **1.1.Problem Cümlesi**

Bu çalışmada ergenliğe giren otizmlı bireylerin cinsel problemleri ile zihin engeli bulunan bireylerin cinselliği algılayışına bakılacaktır. Bu nedenle araştırmanın problemini, otizm spektrum bozukluğu bulunan ergenlerin durum ve davranışları / cinselliğe karşı tutumları incelenecektir.

### **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu çalışmada ergenliğe giren otizmlı bireylerin cinsel problemleri ile zihin engeli bulunan bireylerin cinselliği algılayışına bakılacaktır. Bu nedenle araştırmanın problemini, otizm spektrum bozukluğu bulunan ergenlerin durum ve davranışları / cinselliğe karşı tutumları incelenecektir. Bu durumlar araştırılırken sosyoekonomik durum ölçeği, otizm spektrum tarama ölçeği ve cinsel gelişim ölçeği ile sorulara cevaplar aranmak istenmiştir.

### **1.3. Alt problemler:**

1. Otizm spektrum bozukluğu bulunan ergenler ergenliği nasıl anlamlandırır, anlamlandırabilir mi?
2. Otizm spektrum bozukluğu bulunan ergenlerin davranışları ile zihinsel engeli bulunan ergenlerin davranışları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?
3. Otizm spekturum bozukluğu bulunan bireylerdeki ekolaliden dolayı cinsellikle ilgili bilgiye ulaşmak zorlaşır mı?
4. Yetersizliğe sahip bireylerin cinsel gelişimi “gelişim süreci normal” ergenler gibi algılayamadıkları için cinsel tatminde anlamlı bir farklılık var mıdır?
5. Yetersizliğe sahip bireylerin cinsel gelişimi “gelişim süreci normal” ergenler gibi algılayamadıkları için mahremiyet kavramını öğrenmekte zorluk çekerler mi?
6. Yetersizliğe sahip bireylerin cinsel gelişimi “gelişim süreci normal” ergenler gibi algılayamadıkları için daha kolay istismara uğrayabilir mi?
7. Yetersizliği bulunan birey ergenlikle beraber toplumdan soyutlaşır mı?
8. Ebeveynin doğum yaşı yetersizliğe yol açmakta mıdır?

#### 1.4. Araştırmanın Önemi

Bu araştırmada ergenlik dönemindeki otizm spektrum bozukluğuna sahip bireyler ile zihin engeli bulunan bireylerin cinsel gelişim, davranışları ebeveynleri (anne-baba) görüşleriyle değerlendirilmektedir. Türkiye’de yetersizliği bulunan bireyler hakkında cinsel eğitim konusunda çok az sayıda araştırma yapılmıştır. Türkiye’de genel olarak cinsel eğitim geri planda bırakıldığı araştırma sonuçlarında görülmüştür. Yapılan bu çalışmada otizm spektrum bozukluğu bulunan bireyler ile zihinsel engelli bireyler hakkında cinselliği algılamaları ve yaşamaları ergenlik döneminden itibaren bizlere karşılaştırma konusunda önemli bilgiler verecektir. Bu çalışma ile sosyodemografik formdaki sorular, cinsel gelişim özellikleri ölçeği ve otizm tarama ölçeği ile farklı durumlardaki ergenlerin durumunu gözlemlemek için önemli bir alan çalışması olacaktır. Bu çalışma sayesinde yetersizliklerin ergenlikle beraber oluşturduğu farklı durumları anlamlandırmak için önemli bir alan çalışması olacaktır.

#### 1.5. Sınırlılıklar

1. Araştırma, İstanbul ilinde bulunan Özel Eğitim ve Rehabilitasyon merkezlerindeki;

a) Zihinsel yetersizlik tanısı almış bireylerin öğretim gördüğü (Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezlerinde) öğretim gören öğrencilerin ebeveynleriyle sınırlıdır.

b) Otizm Spekturum Bozukluğu tanısı almış (**Yaygın Gelişimsel Bozukluk, Atipik Otizm**) öğrencilerin eğitim gördüğü Özel Eğitim ve Rehabilitasyon öğretim gören bireylerin ebeveynleri ile sınırlıdır.

3. Araştırma, İstanbul ilinde yaşayan/öğrenim gören bireyler ile sınırlı tutulmuştur.

4. Yapılan bu çalışmada “normal gelişim gösteren çocuk” grubunun olmaması, ergenlik çağındaki çocukların gözlemiyle alakalı kısıtlılık yaratmaktadır.

5. Örneklem grubundaki sayının azlığı ve çalışmanın tek bir merkezde yapılmasında araştırmanın kısıtlayıcı özelliklerindedir.

6. Örneklem grubunun yaş aralığının geniş alınması araştırmanın kısıtlayıcı özelliklerindedir.

## 1.6 Sayılılar

Ebeveynlerin formlarda yer alan bütün soruları tek seferde ve doğru cevapladıkları varsayılmaktadır.

Otizm spektrum bozukluğuna sahip olan bireylerin ergenlik dönemiyle beraber cinsel olarak zorlanmalar çektikleri gözlenmiştir. Bu zorlanmalar genel olarak bir kavram karmaşasını ortaya çıkarmış ve tekrarlı, yineleyici ekolaliye sebep olmaktadır. Bu zorlanmalar sonucunda duyguları ve tepkileri agresifleşmiş olduğu gözlemlenmiştir. Bu duygu ve davranışların sebebinin dilden kaynaklı olabileceği düşünülmüştür

Otizm Spektrum Bozukluğuna sahip olan ergen bireylerin ergenlik ile beraber cinselliğe karşı bir takıntıları olduğu gözlemlenmiştir. Öfke nöbetleri, cinsel organlarına karşı takıntılar, başka insanlara sarılmalar ve vurma davranışlarında buldukları ve bunların belli bir tekrarı olduğu gözlemlenmiştir. Gerek özel eğitim alırken gerek ailesi beraber vakit geçirirken bu davranışları sergilemektedirler. Buldukları yerin ve durumun çok bir önemi olmadığı gözlenmiştir. Bazı durumlarda otizimli ergenin istemediği bir durum ya da davranış var ise tepki olarakta bu davranışları yaptıkları gözlenmiştir. Otizimli ergenlerin ailelerinin söylediklerine göre; ergenlik dönemi öncesinde bu krizleri, agresif davranışları olmadığı fakat son aylarda öfke nöbetleri geçirdiklerini söylemişlerdir. Ergenliğin gelişiyile birlikte otizimli ergenler bu değişimi anlamlandıramadıkları ve bununla beraber değişimleri reddedikleri düşünülmektedir

## 2. GENEL BİLGİLER

Otizm spektrum bozukluğu (OSB) olan çocukların ve ergenlerin cinsel gelişimi aynı yaşlıları gibi normal bir şekilde devam etmekte ve OSB bulunan bireylerin cinsel sorunları ihmal edilmiştir, bu ihmal yüzünden bu durum bilimsel ve klinik bir sorun olmuştur. Aynı normal gelişim gösteren bireyler gibi OSB gösteren bireylerin de cinsel arzuları, cinsel ihtiyaçları vardır. (osvan Bourgondien, Reichle ve Palmer, 1997).

Tipik insanlara gelince, cinsellik yoğun bir zevk kaynağı veya sorunların ve hayal kırıklığının nedeni olabilir. OSB alanında uzmanlığa sahip klinisyenlerden kurumlar ve ebeveynler tarafından sık sık cinsel davranış ve cinsel sorunlar konusunda tavsiyelerde bulunmaları istenir. (Ruble ve Dalrymple 1993) (van Son-Schoones ve vanBilsen 1995) tarafından otizmlı çocukların ebeveynlerine anketler yapılmış ve bu anket sonucunda; otizmlı bireylerin ebeveynlerinin yardım aradığı başlıca endişeler listesinde cinselliğin yüksek olduğunu gösterdi.

Cinsel ihtiyaçlar genellikle, bazen başka kişilerin varlığında gerçekleşen mastürbasyonla ifade edilir. Kişi odaklı cinsel aktivite meydana gelir, ancak genellikle dokunma, el ele tutuşma ve öpüşmeyle sınırlıdır. Çoğunlukla "ortak" bu faaliyetlere gereğinden fazla ilgi gösterir. İlişki nadiren rapor edilir

Bu çalışmalar, cinselliğin OSB'li kişiler için, bazen kendine zarar verme veya alışılmadık nesnelere kullanılmasına yol açan sapkın mastürbasyon biçimleri, orgazma ulaşamama nedeniyle hipermastürbasyon, diğer insanların varlığında soyunma veya mastürbasyon ve istenmeyen başlama gibi sorunlara yol açabileceğini göstermektedir.

Son 15 yılda, ASDin Flanders (Belçika'nın Hollandaca konuşulan kısmı) olan kişilerin bakımı, dikkatin cinsel konulara odaklanmasına izin verdi. ebeveynler ve bakıcılar için konu düzenlenmiştir. OSB'li çocuklar ve ergenler için kurumlar ve okullar cinsel eğitim kursları düzenler. Birçok kurum ve okul, HFA ve AS'li kişiler için evlat edinme danışmanlığına (bireysel danışmanlık) sahiptir. Cinsel konular, mentor tarafından sağlanan danışmanlığın düzenli bir özelliğidir. HFA ve AS'li yetişkinlerin cinsel ve ilişkisel sorunları için yardım almaları sağlanır ve AS'li kişilerin ortakları bu konular hakkında konuşmak için bir araya gelebilir. Sonuç, henüz bilimsel olarak incelenmemiş bir deneyim ve bilgi külliyyatının oluşmasıdır (Hellemans, 1989, 1996).

Literatür taramalarında görülen araştırmalarda otizmli bireylerin cinsel davranım problemleri yaşadıkları görülmüştür. Wing (1972) yılında yaptığı araştırmalarda otizmli çocukların diğer çocuklara göre daha sık mastürbasyon davranışında bulunduğu gözlemlenmiştir.

Yakın tarihlerde 89 OSB bulunan bireylerde yapılan ankette, yaşları 16 ila 59 yaş arası olan OSB bulunan bireylerin %68'inin sıklıkla mastürbasyon yaptığı bildirilmiştir. Mastürbasyon davranışının nadiren dışarıda yaptığı bildirilirken, genellikle her ortam da ve her an cinsel uyarılma (erekte) durumu meydana gelebilmektedir. Deneklerin yaklaşık %25'i insanlara bakarak erekte hale geldi.

Otistik bozukluğu olan bireylerin çocuklara ilgi duyduğu veya onları uyandırdığı bildirildi (van Bourgondien, Reichle ve Palmer, 1997). Ergenlerde Dalldorf (1983) mastürbasyonun özellikle erkek çocuklarda yaygın bir davranış olduğunu ancak zeka geriliği veya otizmli ergenlerde daha yaygın olmadığını bildirmiştir.

Ruble ve Dalrymple' (1993)'ın çalışmasındaki ebeveynlerin çocukları hakkında yapılan araştırmalar sonucu uygunsuz cinsel davranışlar sergiledikleri bildirilmiştir. Bir dizi uygunsuz cinsel davranış, kamusal alanda özel bölgelerine dokunmak, kamusal alanda giysileri çıkarmak, toplum içinde mastürbasyon yapmak, karşı cinsle uygunsuz bir şekilde dokunmak ve ebeveynlere uygunsuz bir şekilde dokunma. Davranış tipolojisi, normal olarak gelişen çocuklarda bulunan davranışlarla uyumlu değildir (Gil, 1993).

Otizm ve cinsellik anlayışımızın sınırlılıkları göz önüne alındığında, cinsel bir davranışı kabul edilemez, uygunsuz veya sapkın olarak tanımlamak zordur. Çalışmaları otizme tam olarak değinmese de özellikle, (Hingsburger, Griffiths ve Quinsey, 1991) uygunsuz cinsel davranışın sapkın cinsel davranıştan farklı olduğu hakkında fikir vermektedir. Cinsel konular söz konusu olduğunda, rahatsızlık, olumsuz yargı ve destek eksikliği, bu bireylerin sosyal izolasyonunu ve damgalanmasını artırabilir.

Son yıllarda yapılmış çalışmalarda OSB teşhisi olan bireylerin cinsel gelişiminin özel bir ilgi gerektiren konu olduğu farkına varılmıştır. Bir çeşit eğitim programları, bireylere özel bir cinsel eğitim, bireylere özel müdahale eğitimi ve sosyoseksüel eğitim programları oluşturulması, OSB bulunan bireylerin cinselliğin karmaşıklığından kurtulacakları savunulmuştur. (Griffiths vd., 1989).

Tatmin olmuş ve uyarlanmış bir cinsellik ve cinsel yaşam tarzı, sağlık gelişiminin önemli bir bileşeni ve yaşam kalitesinin iyi bir göstergesidir (Hollomotz, 2011).

OSB cinsel gelişimlerinin davranışları üzerindeki farklı etkileri üzerine yapılan son araştırmalar, OSB bulunan ergenlerin “normal” ergenlerden daha az cinsel eğitime, daha uygunsuz cinsel davranışlara ve daha az olumlu sosyal etkileşime sahip olduklarını bildirmektedir (Ginevra, Nota ve Stokes, yayınlanmamış). Bu davranış faktörleri, açıkça bu gençlerin sosyal izolasyonunu ve savunmasızlığını artırmaktadır.

OSB sahip olan ergenler, sanki OSB cinsel hayatı engelliyormuş gibi genelde aseksüel olarak görülürler. Bu durum aileleri ve arkadaşları tarafından da cinsel gelişimlerinin reddedilmesine yol açar ve sosyal olarak içe dönükleşme ergenlikle beraber iyice artar.

Bu önemli bir konuyu gündeme getiriyor: Cinsel deneyimlerini (veya yokluklarını) ve cinsel duygularını kiminle tartışabilirler? Akranlar ve ebeveynler cinsellik konusunda garip hissedersen, genç, cinsellikle ilgili daha sonraki sosyal ilişkilerinden hızla çekilebilir. Cinsellikle ilgili uygun bir eğitim verilmezse cinsel eğitim yoksunluğu istismar ihtimalini artırır. Özellikle günümüzde yetersizliği bulunan bireyler istismar konusunda mağduriyet çekmektedir.

Özellikle özel eğitime ihtiyaç duyan OSB bulunan ergenlerin cinsel eğitimle ilgili bir norm eksikliğinden dolayı genellikle cinsel davranışları cezalandırılıyor, bu durum neticesinde daha sorumlu bir davranış geliştirme fırsatı da azalıyor.

OSB bulunan bireylerle çalışan uzmanlar, cinsel istismar konusunda iyi bir bilgi sahibi olmalı ve cinsel eğitime teşvik etmelidir. Cinsel temasın / iyi ve kötü dokunuşun ayrımlarının ergenlere öğretilmesi büyük önem kazanmaktadır. (Griffiths, 2002).

OSB bulunan ergenlerin bir cinsel ilişki fırsatları olabilir ancak bu cinsel ilişki çok daha sağlıksız sonuçlara yol açabilir. Bu bireylerin kendi yaş grubundaki bireyler ile sağlıklı, samimi ilişkiler kurması, gençlerle zaman geçirmesi ve bu fırsatların yaratılması gerekmektedir. Bu durumlar olduğu sırada yakınlığın başka yönlerini de keşfetme şansı doğabilir, gelişimin içerisinde olduğu gibi fakat burada da ailelerin aşırı korumacı yapısı ortaya çıkmaktadır.

İnsanlar genellikle OSB kişilerin haklarıyla ilgili basmakalıp tavırlar sergilerler. Bu bireylerin normal bir cinsel yaşam hakkına sahip olduklarını kesin bir şekilde belirtmek önemlidir.

Bu, her bireyin ihtiyaçları ve cinsel arzular dikkate alınmalıdır. Cinsellikle ilgili eğitim ve müdahale programları, ancak bu hakka tam olarak saygı gösterildiğinde devreye girer.

Ritüeller ve rutinler ergenlere bir anlam kazandıran davranış biçimlerini oluşturur. OSB bulunan bireylerin sosyal etkileşimi çok sınırlıdır. Ergenler genelde gördüklerini taklit etme eğilimindedir. Bu durum sonucunda gördüğü bir davranışı tekrar edebilirler. Örneğin sokakta öpüşen iki sevgiliyi gördükten sonra gidip ilk gördüğü kız bireyi öpme eğilimine girebilir. Uygunsuz bir cinsel davranış sergileyebilirler.

Aileler için en önemli tabu konusu mastürbasyondur. Ancak, bu önemli konuyu ele almayı ihmal etmek, uygunsuz davranışlara (örn. kamuya açık yerlerde mastürbasyon) veya materyalin kötüye kullanılması (örneğin, telefonda pornografik içeriklere girmek). Mastürbasyon OSB bulunan bireyler arasındaki en yaygın cinsel davranıştır. Bireyin kendi kendini uyarması eğer sıklık ve davranış olarak çok yoğun değilse sorun oluşturmamaktadır. Ancak davranışsal mastürbasyon ile ilgili sorunlar OSB bulunan ergenlerde sıklıkla görülmektedir.

OSB sahip ergen mastürbasyonu sürekli yapma eğiliminde olabilir, bu durum dikkat dağınıklığına ve cinsel organda bir takım deri problemlerine yol açabilir. Bazı bireyler öyle bir zevke ulaşırlar ki, onu sürekli olarak yeniden bu aktiviteyi yapmaya devam etmek isterler.

Ergenler OSB ile, genellikle resmi olmayan geniş akran gruplarından yoksundur. (Mehzabin, Stokes, 2011) (Stokes vd., 2007). Örgün eğitim dışında kalmaları ise çok olasıdır. Bu durumla birlikte OSB bulunan bireyler yetersiz cinsel bilgilere sahiptirler ve genelde yaşlarına göre oldukça dezavantajlı durumlardadırlar. OSB'li kişiler özellikle sömürü ve istismar riski altındadır (Koller, 2000) (Murphy, 2005) (Hellemans ve Deboutte, 2002), halka açık mastürbasyonun en sık uygunsuz davranış olduğunu bulmuştur.

Gelişim süreci içerisinde bireyleri zorlayacak birçok durum olabilir. Ergenlik dönemi de bunlardan biridir. Normal bireyde olduğu gibi yetersizliği bulunan bireylerde de zorlayacak süreçler olması çok normaldir. Cinsel eğitim olmadığı durumlarda yetersizliği bulunan bireyler tehlike içerisinde kalacaklardır. (Ruble; 1993, Realmuto; 1999, Bourgondien; 1997).

OSB bulunanlar kendi dünyalarında yaşadıkları ve sosyal olarak izole oldukları için cinsel bilgiler edinme eksik kalmaktadırlar. Bu alanda alabilecek tek bilgi kaynağı verilecek olan cinsel eğitimidir. OSB bozukluğu bulunan bireylere uygun olarak eğitim verilmesi gerekmektedir. (Semerci, 2008). Bu yüzden topluma, eğitim verenlere ve ailelere yönelik eğitimler ve bilgilendirmeler (seminerle v.b.) yapılması gerekmektedir. (Tufan; 2003). OSB bulunan ergenlerin cinsel gelişimlerinde normal ergenler gibidir hiçbir fark yoktur. OSB bulunan ergenlerde biyolojik hazırbulunuşlarının getirdiği gibi ergenlik dönemini yaşamaktadırlar fakat OSB bulunan ergenlerin algılama, muhakeme ve kavrama becerilerindeki eksiklikler dolayısıyla cinselliği algılamaları zorlaşmaktadır. (Yoruköğlü; 1994, Madi; 2005, Korkmaz; 2001, Ruble; 1993).

OSB bulunan bireyler cinsellikle ilgili değişimleri anlamakta sıkıntı çekmektedir. Bu sıkıntıların kaynağı olarak cinsel uyarılma (erekte) halde ne yapılacağını bilmemekten kaynaklanan bir öfke durumu olmasıdır. (Korkmaz; 2001, Realmuto; 1999).

OSB bireylerin ergenlik dönemine giriş halinde ve ergenlik dönemindeki sıkıntıları için bir cinsel eğitim programı hazırlanması gerekmektedir. Bu yöntemlerin başında bakımverenlerin ve eğitim verenlerin bu olayı gelişimin içerisinde süre gelen normal bir süreç olduğunun farkına varmaları gerekmektedir (Korkmaz; 2001, Realmuto; 1996).

OSB bulunan ergen erekte halini keşfettikten sonra mastürbasyon davranışını bir takıntı haline getirebilir. Bu davranışın yapıldığı ortamın kontrol altına alınması ve bireyin başka bir alana yönlendirilmesi gerekmektedir. Bu alanlar bireye uygun olan, bir spor aktivitesi olabilir. (Madi; 2005, Korkmaz; 2001).

OSB bireyin mastürbasyon yapacağı zamanlarda, uygun mekan konusunda bireyin “uygun olan” alanın belirlenmesi gerekmektedir. Bu alanlar genellikle bireyin kendi odası ya da tuvalet olarak tanımlanabilir. Cinsel istismar riskini azaltmak için çocukların iletişim kurdukları kişiler ve vakit geçirdikleri yerler dikkatle takip edilmelidir. (Madi; 2005, Ruble; 1993, Realmuto; 1999).

Cinselliğin, ayıp, yasak, günah olarak algılandığı toplumlarda cinsellik konusuna özellikle önem gösterilmelidir. Toplumun “kültürüne”, “normlarına” uygun olarak bir cinsel eğitim programları yapılmalıdır. (Tuğrul, Artan, 2001). Ülkemizde yaşayan çocuk ve ergenler ile ilgili bir cinsel eğitim planlaması ve bu plan doğrultusunda bir cinsel eğitim programı hazırlanması gerekmektedir. (Çalışandemir, Bencik ve Artan, 2010).

Cinsel eğitim ile yapılacak olan bu programın içeriğindeki odak “fiziksel rahatlama” olmamalı, çocuklukta ve ergenlikte ortaya çıkabilecek duygusal ihmal, fiziksel ihmal, fiziksel istismar, duygusal istismar ve cinsel istismardan koruyacak önleme çalışmasını içerecek bir program olmalıdır. Özel eğitime ihtiyacı olan özel bireylerin de bu eğitimi almaları sonucu, eğitim verenler, bakım verenler ve çevreleri için süreç biraz daha kolaylaşacaktır. (Konuk-Er, Büyükbayraktar ve Kesici, 2016).

Zihinsel yetersizliği olan bireylere uygun bir cinsel eğitim verilirken bu noktada bireylerin yaşları değil IQ puanları esas alınmalıdır. Çünkü bireylerin algılama, biliş ve duygusal düzeyleri bireylerin takvim yaşındaki gibi olmayabilir. Zihinsel yetersizliği bulunan bireyin düzeyine (hafif, orta, ağır, çok ağır) uygun eğitim verilmelidir. (Çetin,2002).

Zihinsel yetersizliği bulunan bireyler, cinsel organıyla oynayabilir, bazı yerlere sürtebilir, hemcinsini veya karşı cinsini öpmeye ya da ellemeye çalışabilir. Dışarıda, mastürbasyon yapabilir. Bu gibi aktivitelerinin sonucu olarak cinsel istismar riski oluşan durumlarda ortaya çıkabilir. Bu gibi durumlardan korunmak için cinsel eğitim ihtiyacı ortaya çıkmaktadır. (Kök, 2010)

## **2.1. Engellilik:**

Herkes hayatının bir döneminde ya da tümünde kalıcı bir biçimde engelli olabilir. İnsanoğlu yaş aldıkça, yaşı ilerledikçe organlarında işlev kaybı oluşacaktır.

Yetersizlik ve özrürlük(engellilik) kavramları birbirleriyle iç içe geçmiş gözükse de birbirinden farklı kavramlardır ve her birinin farklı bir anlamı vardır taşımaktadır (Çağlar, 2011).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), bu alanda yapılan tanımlamalardaki karışıklıkları önlemek için ve ortak bil dil oluşturabilmek için sınıflandırmalar geliştirmiştir. (WHO, 2001)

Ülkemizde ise engellilik ifade edilirken "hasta, sakat, âmâ, özürü, sağır" gibi deyimlerin kullanılması, engelliliğın bireye özgü tıbbi bir sorun olarak kabul edildiğini, etiketlendiğini ve olumsuz olarak anlaşıldığını göstermektedir.

DSÖ, ICF sınıflandırmasına ve BM Engelli Hakları Sözleşmesi'ne göre, engellileri aşğılamanın ilk olarak dilden geçtiği ve bilinçli olarak etiketlemeden kaçınılması gerektiği vurgulanmasına rağmen, "Özörlölük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özörlölere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik" ve eklerinin ICF sınıflama sistemiyle tam uyumlu olmaması nedeniyle 2005 yılında kabul edilen Özörlölüler Yasası'nda ve Türkiye'deki mevzuatta hâlâ engelli kavramı yerine özörlölü kavramı kullanılmaktadır. Bu sebeplerden dolayı ölkemizde Özörlölüler Araştırması Sınıflandırılması'nda (2002) engellilik ortopedik özörlölü, görme özörlölü, dil ve konuşma özörlölü, zihinsel özörlölü ve süreğen hastalık olarak 6 grupta sınıflandırılmıştır (Çağlar, 2011).

## **2.2. Zedelenme**

Bireyin bir bütün olarak sürekli veya bir süreliğine kayıp olması veya işleyişinin bozulmasıdır. (Özsoy, Özyürek ve Eripek, 1989; WHO, 1993)

## **2.3. Yetersizlik**

Bir şeyi yapma halinde yeterli olmama, kapasitesinin sınırlı olma durumudur. (Eripek, 2005).

Özyürek (2006) ya göre, zedelenmenin sonucu organın görevini yerine getirememesidir.

Zedelenme; bireyin fiziksel ve zihinsel olarak davranışlarının sınırlanmasıdır. Örnek olarak, bacağında zedelenme olan bireyin iyi yürüyememesidir.

## **2.4. Özür/Engel**

Bireyin yetersizliği sebebiyle akranlarının yaptığı ama kendisinin yapamadığı olay ve durumlara özür/engel denir. (Cavkaytar ve Diken, 2005; Özsoy, Özyürek ve Eripek, 1989).

Özyürek (2006)'ya göre özür, bireyin yetersizlikleri sebebiyle kendisine verilen rolleri toplumsal veya duygusal olarak yerine getiremediği takdirde özür durumu oluşur.

Yetersizlik; yeni doğan, çocuk ve ergenlerin yaklaşık olarak %10'unu etkilediği düşünölmektedir. (Turnbull, Turnbull ve Wehmeyer, 2007).

Türkiye Özürlöler Araştırması tarafından yapılan çalışmada Türkiye'de özürlölük oranı %12,29 olarak verilmiştir. (DİE, 2002).

WHO (Dünya Sağlık Örgütü) Dünya Yetersizlik Raporunda, Dünya nüfusunun %10 kadarının yetersizlikten etkilendiğini ve bu oranın da yaklaşık 200 milyon olduğu belirtilmektedir. Yetersizlikten etkilenen bireylerin çoğunun fakir ölkelerden olduğu belirlenmiştir. (WHO, 2007).

UNICEF'in 2008 de yaptığı bir araştırmada yetersizlik oranı en düşük ölkede %2 ile Özbekistan iken, en yüksek oran %31 ile Merkez Afrika Cumhuriyeti olduğu saptanmıştır. Türkiye'de yapılan araştırmalara göre, Türkiye Özürlöler Araştırması'nın yaptığı çalışmalar neticesinde, Türkiye'de özürlölü nüfusu %12,29 olarak verilmiştir. Ortopedik, görme işitme dil ve konuşma ile zihinsel engellilerin oranı yaklaşık %3 iken (1,8 milyon) süreğen hastalığı olanların oranı %9 (6 milyon) civarında olduğu saptanmıştır.

Bir başka araştırmada ise; OECD-AB ve Türkiye verilerine göre dünya nüfusunun yüzde %15'ini engelli bireyler oluşturmaktadır. Bu orana göre dünyada kabataslak 1 milyara yakın engelli birey olduğu görölmektedir. Türkiye Ulusal Engelli Veri Tabanına bakıldığında engelli sayısının resmi olarak 1.5 milyon civarında olduğu görölmektedir, resmi olmayan rakamlara göre bu sayı 9 milyonu bulmaktadır. Bu sayının %25'i 0-21 yaş iken, %35'i 22-49 yaş, %40'ı ise 50-64 yaş arasındadır. Avrupa birliği ölkelerinde ise 20-34 yaş arası %6 iken, 35-49 yaş arasında iki katı yani %12, 50-64 yaş arası ise %25'i bulmaktadır. Avrupa ve Türkiye rakamlarına göre yaşla beraber, engel oranı arttığı görölmektedir. Bunun sebeplerinden bir tanesi yaş ilerledikçe vücutta meydana gelen yıpranmalar olduğu söylenebilir.

### 3. OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU

Otizm spektrum bozukluğu (OSB), sosyal-duygusal etkileşim ve iletişimde bozulma, sınırlı kısıtlı ve tekrarlayıcı davranışlarla karakterize nörogelişimsel bir bozukluktur. (National Autisim Center, 2015)

Otizm spektrum bozukluklarının temel özelliği, sosyal gelişimdeki anormallikler olduğu belirtilmektedir. (Volkmar, Chawarsla ve Klin, 2005)

Otizm terimi ilk kez 1943 yılında Leo Kanner tarafından kullanılmıştır. Leo Kanner (1943) yaptığı araştırmalarda 11 vaka inceleyip bu vakaların şizofreniden farklı olduğunu değerlendirmiştir. Bu çocuklar, ilişki kurmakta güçlük çektiği, aynı davranışları tekrar etme ve dil becerilerinin çok düşük olması, zamirleri anlamakta güçlük çektikleri belirtilmiştir. (A Parent's Handbook, 2013; Williams ve Williams, 2011). Kanner'a göre çocuklar; gecikmiş dil ve konuşmada, dili iletişimsel amaç olarak kullanmada yetersizlik, normal fiziksel büyüme ve gelişim özellikleri, normal fiziksel büyüme ve gelişim özellikleri, aynılığa karşı aşırı bağlılık ve kendini uyarıcı tekrarlayan davranışlar olarak belirlemiştir. (Fein ve Dunn, 2007; Kanner, 1943; Volkmar, Klin ve Cohen 1997; Webber ve Scheuermann, 2008)

Tırnak gelişim gösteren bebekler ikinci günleri itibariyle dışarıdaki hareketlere dikkat edebilirken otizmliler bebekler 2 yaşlarını doldursa bile bu becerilerden eksiktirler. (Klin, Lin, Gorrindo, Ramsay ve Jonas, 2009). Otizm spektrum bozukluğuna sahip bireyler, doğumlarından itibaren bir nesneye dikkatle bakabilmekte güçlük çektiği gözlemlenmiştir. (Aydın, 2008)

Kanner'a göre, bu çocuklar kendilerine has bir kişiliğe, tavra sahiptirler. Kanner bu çocukların dikkatle incelenmesi gerektiğini savunmuştur. Çocuklarda incelediği bu durumu daha sonralarda; "bebeklik otizmi" veya "erken çocukluk otizmi" olarak adlandırmıştır. (Fein ve Dunn, 2007; Kanner, 1943; Volkmar, Klin ve Cohen 1997; Webber ve Scheuermann, 2008).

Otizm spektrum bozukluğuna sahip çocuklar, iletişim başlatmazlar, neşelerini paylaşamazlar ve empatik becerilerden yoksundurlar. (Bishop, Gahagan ve Lord, 2007).

Kanner'ın otizm tanımı yıllarca güncelliğini korumuş ve DSM IV'de kullanılmıştır. (Fein ve Dunn, 2007).

1950 ila 1960'lı yıllar arasında Freud'un psikanaliz yaklaşımını kullanan Kanner (1943) bu yaklaşımdan etkilenildiği düşünülerek, otizmin sebebinin çocuklarına sert, ilgisiz, künt, donuk annelerden kaynaklanabileceğini savunmuştur. Bu özellikleri de refrigerator mother (buzdolabı anne) kavramı ile tanımlamıştır. (Heflin ve Alaimo, 2007; Kanner, 1943; Kırcaali-İftar, 2012; Öztürk, Sayar ve Tüzün, 2000; Pehlivantürk, Bakkaloğlu ve Ünal, 2003; Webber ve Scheuermann, 2008; Williams ve Williams, 2011).

1960'lı yıllarda "buzdolabı anne" kavramından hoşnut olmayan aileler, bu kavramı kabul etmemişlerdir. Bu aileler topluluklar oluşturmaya başlamışlardır ve bunun sonucunda otistik bir erkek çocuğu olan Bernard Rimland, bu hareketin öncüsü olmuştur. (Kırcaali-İftar, 2012; Williams ve Williams, 2011)

1964 yılında Bernard Rimland OSB üzerine bir kitapta yazmıştır. 1965 yılında ise Amerika Otizm Cemiyeti kurulmuştur. (Schreibman, 2005, Akt. Kırcaali-İftar, 2012, s. 20.).

Rimland'ın bu çabalarında etkilenen Michael Rutter 1968 yılında yapmış olduğu araştırmalarda OSB sahip çocukları olan ailelerin, çocuklarını diğer ailelerden farklı yetiştirmediğini yapılan araştırmalarla gözler önüne sunmuştur.

1980'li yılların başından itibaren otizm spektrum bozukluğu; genetik olarak aktarılan nörobiyolojik bir bozukluk olarak kabul görmeye başlanmıştır. (Diken, 2015, s. 411)

1980 yılında DSM- III'de OSB bozukluğu, "yaygın gelişimsel bozukluk" kategorisinde ayrı bir tanı durumu olarak yer almıştır ve bu durum "bebeklik otizmi" olarak tanımlanmıştır. (APA, 1980)

Ülkemizde Özel Eğitim Hizmetleri Yönetmeliğinde (2012) otistik birey" terimi kullanılmakta ve "Otistik birey; sosyal etkileşim, sözel ve sözel olmayan iletişim, ilgi ve etkinliklerdeki sınırlılığı erken çocukluk döneminde ortaya çıkan ve bu özellikleri nedeniyle özel eğitim ile destek eğitim hizmetine ihtiyacı olan birey" olarak tanımlanmaktadır."

Yeni doğan bebeklerde sözlü iletişim olmadığı için OSB tanısı için klinik özellikleri tam olarak karşılamamaktadır. (Bodur ve Soysal, 2004).

Günümüzde OSB tanılayacak tıbbi bir test bulunmamaktadır. Tanılamada davranış kontrol listeleri, DSM-5 tanı kriterleri ve aile bilgi formları kullanılmaktadır.

### **3.1. DSM-5 OSB Bozukluğu Tanı Kriterleri**

#### **3.1.1. DSM 5 Tanı Kriterleri Başvuru El Kitabına göre (2013);**

A. O sırada ya da öyküden alınan bilgilere (ayrıntılılamaktan çok örnekleyen) göre, aşağıdakilerle kendini gösteren, değişik biçimleriyle toplumsal iletişim ve toplumsal etkileşimde süregiden eksiklikler:

1. Sözelimi, olağandışı toplumsal yaklaşım ve karşılıklı konuşamadan, ilgilerini, duygularını ya da duygulanımını paylaşamamaya, toplumsal etkileşimi başlatamamaya ya da toplumsal etkileşime girememeye dek değişen aralıkta, toplumsal-duygusal karşılıklık eksikliği.

2. Sözelimi, sözel ve sözel olmayan tümleşik iletişim yetersizliğinden, göz iletişimi ve beden dilinde olağandışılıklara ya da el-kol devinimlerini anlama ve kullanma eksikliklerine, yüz ifadesinin ve sözel olmayan iletişimin hiç olmamasına dek değişen aralıkta, toplumsal etkileşim için kullanılan sözel olmayan iletişim davranışlarında eksiklikler.

3. Sözelimi, değişik toplumsal ortamlara göre davranışlarını ayarlama güçlüklerinden, imgesel oyunu paylaşma ya da arkadaş edinme güçlüklerine, yaşlılarına ilgi göstermemeye dek değişen aralıkta, ilişkiler kurma, ilişkilerini sürdürme ve ilişkileri anlama eksiklikleri.

B. O sırada ya da öyküden alınan bilgilere (ayrıntılılamaktan çok örnekleyen) göre, aşağıdakilerden en az ikisi ile kendini gösteren, sınırlı, yineleyici davranış örüntüleri, ilgiler ya da etkinlikler:

1. Basmakalıp ya da yineleyici devinsel (motor) eylemler, nesne kullanımları ya da konuşma (örn. yalın devinsel basmakalıp davranış örnekleri, oyuncakları ya da oynar nesnelere sıraya dizme, yankılama [ekolali], kendine özgü deyişler).

2. Aynılık konusunda direnme, sıradanlık dışına esneklik göstermeme ya da törensel sözel ya da sözel olmayan davranışlar (örn. küçük değişiklikler karşısında aşırı

sıkıntı duyma, geçişlerde güçlükler yaşama, katı düşünce örüntüleri, törensel selâmlama davranışları, her gün aynı yoldan gitmek ve aynı yemeği yemek isteme).

3. Yoğunluğu ve odağı olağandışı olan, ileri derecede kısıtlı, değişkenlik göstermeyen ilgi alanları (örn. alışılmadık nesnelere aşırı bağlanma ya da bunlarla uğraşıp durma, ileri derecede sınırlı ya da saplantılı ilgi alanları).

4. Duyusal girdilere karşı çok yüksek ya da düşük düzeyde tepki gösterme ya da çevrenin duyusal yanlarına olağandışı bir ilgi gösterme (örn. ağrı/ısıya karşı aldırıssızlık, özgül birtakım seslere ya da dokulara karşı ters tepki gösterme, nesnelere aşırı koklama ya da nesnelere aşırı dokunma, ışıklardan ya da devinimlerden görsel büyülenme).

C. Belirtiler erken gelişim evresinde başlamış olmalıdır (toplumsal gerekler sınırlı yeterliğin üzerine çıkana dek tam olarak kendini göstermeyebilir ya da daha sonraki yıllarda, öğrenilen yöntemlerle maskelenebilir).

D. Belirtiler, toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında klinik açıdan belirgin bir bozulmaya neden olur.

E. Bu bozukluklar, anlıksal yetiyitimi (anlıksal gelişimsel bozukluk) ya da genel gelişimsel gecikme ile daha iyi açıklanamaz. Anlıksal yetiyitimi ve otizm açılımı kapsamında bozukluk sıklıkla bir arada ortaya çıkar. Otizm açılımı kapsamında bozukluk ve anlıksal yetiyitimi eştanı tanısı koymak için, toplumsal iletişim, genel gelişim düzeyine göre beklenenin altında olmalıdır.

Not: DSM-IV otistik bozukluk, Asperger bozukluğu ya da başka türlü adlandırılmayan yaygın gelişimsel bozukluk kesin tanısı almış olan kişilere otizm açılımı kapsamında bozukluk tanısı konmalıdır. Toplumsal iletişimde belirgin eksiklikleri olan, ancak belirtileri, otizm açılımı kapsamında bozukluk için başka türlü tanı ölçütlerini karşılamayan kişiler, toplumsal iletişim bozukluğu açısından değerlendirilmelidirler.

### **3.2. Otizm Spektrum Bozukluk Görülme Sıklığı**

Otizm spektrum bozukluğunun yaygınlığı hakkında kesin ve net bilgi olmamakla birlikte, yapılmış birkaç farklı araştırmalar vardır. DSM-IV TR (2000)'e göre, 10.000'de 5 görülme sıklığı olduğu belirtilmiştir. (Friend, 2006). Fombonne (2003) yılında 1996-2001 yılları arasında yapılmış çalışmalarını incelemiş olup, Osb görülme sıklığının 10.000'de 10 olduğunu bildirmiştir. (Turnbull vd., 2007).

CDC (Amerika Hastalıkları Kontrol Etme ve Önleme Merkezinin) 2014 yılında yapmış olduğu araştırmalara göre son 10 yılda en fazla görülen bozukluk olduğunu bildirmiştir. CDC'nin raporuna göre OSB'nin görölme sıklığının 68'de 1 olduğu belirtilmiştir. (NAC, 2015).

OSB erkeklerde kızlara göre 5 kat fazla görölmektedir (NAC, 2015).

Önemli belirtiler, bebeğin annesi ile yakınlaşamamasıdır. Örnek verecek olursak, annesi bebeğini kucağına almak istediğinde bebeğin ellerini ona uzatmamasıdır. (Allen ve Chowder, 2005).

Otizmin ortaya ıkma durumu ve sıklığı genellikle (2.5 yaş) yaşından önce görölmektedir. Çocukların konuşmasında ve dili kullanma becerisinde gecikmeler olduğu gözlenmiştir. Zihinsel yetersizlikten ziyade sosyal becerilerde problemler/yetersizlikler gözlenmektedir. Örneğin, Çocukların fiziksel temas içeren sevgi eylemlerini gerekleştirmedeği ya da onlara bu aktiviteler gerçekleştirilirken künt olarak kalmaları. Döner nesnelere karşı aşırı ilgi ve odaklanmada problemler olduğu bilinmektedir. Gün içerisindeki rutinlerine karşı aşırı hassasiyeti ve bağlılığı olduğu bilinmektedir. (Darıca, Abidoğlu ve Gümüşçü, 2000).

Otizm ortaya ıkması genelde 30. Aydan sonra ortaya ıkmaktadır. Çocukların konuşmasında ve dil gelişimin bir gecikme olmaktadır. Gecikmelerin nedeni zihin ile ilgili değil genelde sosyallikle ilgili yetersizliklerden kaynaklanmaktadır. (Danca, Abidoğlu ve Gümüşçü, 2000).

### **3.3. Otizm Spektrum Bozukluğu Nedenleri**

Bugün hala OSB bozukluğunun tam olarak nedenleri bulunamamıştır. Biyolojik ve nörolojik olarak beyindeki işlevlerde bozulmalar ya da yitimlerden kaynaklanabileceği düşünölmektedir. (Friend, 2006; Heward, 2003; NAC 2015)

OSB Bozukluğu Gösteren Öğrencilerin Genel Özellikleri (Smith, 2007, s.439)  
(Diken, 2015)

Aşağıda OSB gösteren bireylerin genel özellikleri verilmiştir.

## **Sosyal Etkileşimdeki Yetersizlikler:**

Aşağıdaki genel özellikler, sosyal etkileşimdeki yetersizlikler ya da sınırlılıklar olarak OSB gösteren öğrencilerde gözlenebilmektedir:

- Anne babaya, diğer aile üyelerine ya da birincil bakıcılara normal bağlanma sürecinde sınırlılıklar
- Akranlarla ilişki kurmada yetersizlikler
- Akranlarla ilişki kurmada yetersizlikler
- Akranlarla birlikte oyun ya da iş birliğine dayalı oyun becerilerinde sınırlılıklar
- Duygusal ifade edicilik ve empati kurmada yetersizlikler
- Fiziksel dokunma, mimik ve jestler, gülümseme gibi sözel olmayan iletişim çabalarını kullanmada sınırlılıklar
- Göz kontağı kurmayı başlatmada ya da sürdürmede yetersizlikler
- Hayali oyunlar oynamada sınırlılıklar
- Başkalarının duygularını, görüşlerini ve inanışlarını ya da motivasyonlarını anlamada sınırlılıklar

Aynı etkinlik ya da oyun sırasında diğerleri ile iş birliği yapmada ya da ortak ilgi ya da dikkat kurmada yetersizlikler

## **Dil ve İletişim Becerilerindeki Yetersizlikler**

Aşağıdaki genel özellikler, dil ve iletişim becerilerinde yetersizlikler ya da sınırlılıklar olarak OSB gösteren öğrencilerde gözlenebilmektedir:

- İşlevsel dil becerilerini tam olarak edinmede yetersizlikler
- Ekolali (Stereotipik ve tekrarlayıcı sözel ifadelerin kullanımı)
- Jest ve mimikler gibi sözel olmayan ipuçlarını anlamada sınırlılıklar
- Sohbet becerilerinde yetersizlikler
- Kendiliğinden sohbet başlatmada sınırlılıklar

Zamirlerin doğru ve yerinde kullanımına ilişkin sınırlılıklar (Özellikle “Ben” zamiri kullanımı)

## Sıradışı Davranış Örüntüleri

Aşağıdaki genel özellikler, sıra dışı davranış örüntüleri olarak OSB gösteren öğrencilerde gözlenebilmektedir:

- Çevredeki önemsiz ya da küçük değişikliklerde bile stres yaşama
- Günlük rutinlerin alışkanlıklara, takıntılara dönüşmesi
- Saplantılı ve zorlayıcı davranış örüntüleri
- El çırpma, öne ve arkaya sallanma, nesnelere çevirme ve sallama gibi sıradışı, stereotipik, kendini uyarıcı davranışlar
- Görsel, dokunsal ya da işitsel uyaranlara ilişkin aşırı hassasiyet ve/veya tutarsız davranışlar
- Özellikle itaat edilmesi istendiğinde, saldırgan davranışlar
- İtme, vurma, ısırma, başını vurma gibi kendi kendine ya da başkalarına zarar verici davranışlar
- İtme, vurma, ısırma, başını vurma gibi kendi kendine ya da başkalarına zarar verici davranışlar
- Yabancılara, kalabalığa, sıradışı ve yeni durumlara ya da ortamlara karşı sosyal korkular
- Uyku problemleri

### 3.4. Otizm Spektrum Bozukluğu Gösteren Bireylerin Akademik Özellikleri

OSB, gösteren bireylerin çoğunda eş tanı olarak zihinsel yetersizlikler görülmektedir. Fombonne (1999)' a göre ABD'de yapılan araştırmalara göre yaklaşık %20'si normal zekaya sahipken, %30'u hafif ve orta düzeyde zihinsel yetersizliğe ve %42'si ise ağır ve çok ağır zihinsel yetersizliğe sahiptir. (Turnbull, Turnbull, Shank, Smith ve Leal, 2002).

OSB gösteren bireyler başkalarının görüş ve düşüncelerini anlamakta yetersiz oldukları görülmüştür. (Turnbull vd., 2007).

OSB olan bireyler, başkalarının duygularını anlamada ve anlamdırmada, kendi düşüncelerinin başkalarında ne ifade edeceğini anlamada, aktif bir sohbetin içerisine girmede ve yer almada zorlatılar çekmektedir. (Friend, 2006)

OSB bozukluğu çeken bireylerin genelde çözüm yolları tektir ve bu yolları farklı durumlar için uygulamaya devam ederler. Çok fazla ödül, ödüle olan ilgiyi arttıracak ve öğrenmeye ilişkin motivasyonu düşürebilecektir. (Friend, 2006)

### **3.5. Otizm Spektrum Bozukluğu Gösteren Bireylerin İletişim Özellikleri**

Dil gelişimi genellikle geç olduğu görülürken, dili etkin bir biçimde kullanmada ve iletişimi anlamlandırmada sıkıntılar çektiği gözlenmiştir. İletişim kurarken çok yakında veya çok uzakta durma yani sınırları korumada sıkıntılar, güçlükler çektikleri görülmüş. Aktif bir konuşma içerisinde boş gözlerle bakma, tepkisiz kalma ya da gözlere bakmama gibi durumlar gözlemlenmektedir. Osb gösteren bireyler, amaçlı iletişim başlatmakta güçlük çekmektedirler ve neredeyse yarısına yakını ifade edici dil becerilerinden yoksundurlar. İfade edici dil becerilerine sahip olan kısım ise, sıklıkla ekolali (tekrarlayıcı konuşmalar) yapmakta bu durum sebebiyle öğrenim/davranım kazandırmada güçlükler çektikleri görülmüştür. (Diken, 2015)

Ekolali hakkında bazı uzmanlar bir iletişim çabası olduğu görüşünü savunmaktadırlar, bir başka uzman görüşü ise amaçsız otomatik bir davranış şekli olduğunu ifade etmektedirler. (Diken, 2015)

En temel sıkıntı “ben” zamirini kullanmadaki problemlerdir. (Friend,2006; Turnbull, vd., 2002).

### **3.6. OSB Bozukluğu Gösteren Bireylerin Sosyal ve Davranışsal Özellikleri**

Sözel olmayan davranışlardaki, ilgi eksikliği, akranlarıyla ilişki kuramama, jest ve mimikleri anlamlandıramama gibi sıkıntılar başlıca sosyal etkileşimdeki yetersizliklerdir. (Turnbull vd., 2002). OSB gösteren bireylerin en temel problemleri, kendini uyarıcı davranışlar göstermektir. Bir anda öne arkaya sallanmak, elleri çırpma ve veya şıklatma, herhangi bir işlevi olmadan tekrarlayıcı davranışlar, kendini uyarıcı davranışlar arasında yer almaktadır. Bu davranışlar Osb gösteren bireylerin etiketlenmesine/damgalanmasına neden olmaktadır. Bunun sonucunda ise sosyal ortamlara kabulü güçlenmektedir. Friend,2006; Turnbull vd., 2002).

Daha az görülen davranışlardan; kendine vurma, kendine zarar verme davranışı özellikle ergenlikle beraber krizlerde görülmektedir.

### 3.7. Tıbbi ve Eğitsel Değerlendirme

Tanılamada ICD-10 ve DSM-5 tanı kriterleri kullanılır. Tanılamadaki birçok ölçek (anne, baba, birincil bakım verenler, öğretmen ve uzman görüşleri) ICD-10 ve DSM-5'e göre standardize edilmiş ve geliştirilmektedir. ABD'de en yaygın kullanılmakta olan ölçek Gilliam Autism Rating Scale(GARS2) (Gilliam OSB Derecelendirme Ölçeği-2, Autism Diagnostic Interview Revised, ADI-R (Yeniden Gözden Geçirilmiş OSB Tanılayıcı Görüşme yer almaktadır. (Diken, 2015)

Tedaviler için genel olarak antipsikotikler ve antidepresanlar başta olmak üzere pek çok tedavi metodu denenmiştir. (Palermo ve Curatolo, 2004). Bu ilaçlar stereotipik motor hareketleri, saldırganlığı, kendine zarar verme eğilimini ve hiperaktiviteyi kontrol altına aldıkları söylenebilmektedir. (Sung, Fung, Cai ve Ooi, 2010).

Temel terapotik yaklaşım ise, davranışsal terapilerdir. Davranışçı terapiler, OSB bulunan bireyin bilişsel becerilerini, öz bakım becerilerini, dili ve olumlu sosyal davranışlarını önemli ölçüde geliştirdiği gözlenmektedir. (Remington, Hastings, Kovshoff, Espinosa, Jahr ve Brown, 2007)

OSB bulunan bireylerin ebeveynleri büyük bir stresle mücadele etmektedir. Fazladan ekonomik yükler ve semptomların zorlaşması ve yoğun tedaviler aileleri zorlayabilir. OBS bozukluğuna sahip bireylerin ebeveynlerinin iki kat daha fazla boşanma riski bulunmaktadır. (Hartler, 2010).

## 4. ZİHİNSEL YETERSİZLİK

Bazı çocuklar yaşlılarından akademik, sosyal, dil ve özbakım becerileri olarak yaşlılarından bariz bir şekilde gerilikler göstermektedir. Bu bireyler dışarıdan farkedilebilir şekilde geride kalmaktadırlar. (Heward, 2003).

Zihinsel yetersizlik gösteren çocuklar hafif, orta ve ağır şeklinde sınıflandırılmaktadır. Bu sınıflandırma içerisinde hafif zihinsel yetersizliğin popülasyonu %90'lardadır. Geri kalan %10'luk kısım orta ve ağırdır. (Eripek, 2003).

Özel eğitim ismi geçtiğinde çoğu kişinin aklında yer alan çağrışım zihinsel yetersizliği bulunan bireylerdir. (Diken, 2015).

İlk özel sınıf 1896 yılında zihinsel yetersizliği olan bireyler için açılmıştır. Zihinsel yetersizliğin tek bir tanımı olmamakla beraber; tıp doktorları, psikologlar ve eğitimciler birden farklı tanım ve yaklaşımla bu alanı güncel tutmaktadırlar. (Heward, 2003)

AAMR (Amerikan Zeka Geriliği Birliği) 1959 yılında bu alandaki tanım karışıklarına son vermek için ve yeni bir tanım oluşturabilmek için bir komite kurulmuştur. (Eripek, 2003). Bu komitenin 1973 yılında Grosman'nın yapmış olduğu tanım kabul edilmiştir. Grosman'ın tanımı; zihinsel yetersizliği, gelişim dönemi içerisinde zihinsel işlevlerde önemli derecede normal altı olma durumu ve davranışlarda ve uyumda yetersizlik gösterme durumu olarak tanımlamıştır. (Eripek, 2005; Turnbull vd., 2002). Grosman'ın yapmış olduğu bu tanım 3 ölçütte incelenmiş ve tartışılmıştır.

1. Zihinsel işlevlerde belli bir ölçüte normal altı kalmak
2. Uyumsuz davranışlar göstermek
3. Gelişim dönemi içerisinde ortaya çıkması (Heward,2003)

Zihinsel yetersizlik; Bireyde kalıcı yetersizlikler bırakan, yaşam boyu devam edecek bir dizi bakım, sürekli ya da aralıklarla gözlem, eğitim ve rehabilitasyon gerektiren bir bozukluktur.

AMMR 1992 yılında yaptığı tanımda zihinsel yetersizliğin, öz bakım, akademik başarı, iletişim, sosyal beceriler, boş zamanları değerlendirme konularının en az birinde sıkıntılar yaşadığını tanımlamışlardır. 18 yaş altında ortaya çıktığı belirtilmektedir.

AMMR 2002 yılında yapmış olduğu tanımda, zihin işlevlerinde bulunma ve kavramada, sosyal ve pratik uygulama becerilerinde kendisini gösteren bir yetersizlik olarak tanımlamıştır. (Eripek, 2005).

AMMR bu tanımla beraber 5 varsayım öne sürmüştür;

Mevcut işlevlerdeki sınırlılıklar, bireyin yaşlıları ve kültürü için toplumsal çevrede beraber ele alınmalı. Bireyin kültür farkı göz önünde bulundurulduğu gibi aynı zamanda motor becerileri, duygusal, iletişim ve davranışsal hareketleri de göz önünde bulundurulmalıdır. Sınırlılıklar belirlenirse, gereksinim duyulan yardım ihtiyaçlarının şemaları hazırlanabilir. Belirli süre bireyselleştirilmiş, kişiye özel eğitim devam edildiği takdirde zihinsel yetersizliği olan bireylerin hayatlarında ilerlemeler kat edilecektir. (Luckason, Borthwick-Duffy, Buntinx, Coulter, Craig ve Reeve, 2002; Smith, 2007).

AMMR'nin yapmış olduğu tanımlarda zihinsel yetersizlik bireyin var olan bir eksikliği olmaktan ziyade, toplum içerisinde desteğe ihtiyaç duyan bireylerin zihinsel yetersizliği olan bireyler olduğu vurgulanmıştır. (Smith, 1995)

Genel zihinsel yetersizlik tanımında bireyin zekâ seviyesinin düşüklüğünden, yapamadıklarından bahsedilirken son yapılan tanımlarda, bireyin çevreden ne tür destek alması gerektiğinin üstünde durulmuştur.

AMMR temel olarak 3 nokta üzerinde durmuşlardır. Bunlar, zihinsel işlevler, uyumsal davranışlar ve destek sistemleri.

#### **4.1.Zihinsel İşlevler**

AMMR' nin 2002 tanımında zihinsel yetersizlikte, zihinsel işlevler normalin altında kalmaktadır. Ortalama zekâ puanının (WISC-R'a göre) 90-110 olduğu kabul edildiğinde, zihinsel engeli bulunan grubun genelde 70 puanda kaldığı görülmüştür.

## 4.2 Uyumsal Davranışlar

Uyumsal davranışlar insanların günlük yaşamlarında pratik işlevlerde bulunmak için kullandıkları becerilerin tümüdür. Grossman'a göre, (1983) uyumsal davranışları bireyin bağımsız olabilmesi için kendi akranlarından ve içinde bulunduğu sosyal çevreden beklenen davranışları gösterme becerisidir. Zihinsel yetersizliği olan bireyler bu noktada bazen bu davranışları anlamlandıramayabilir veya uygulayamayabilirler. (Smith,1995)

## 4.3 Destek Sistemleri

Zihinsel yetersizliği bulunan bireylerde orta ve ağır derecede olanlar her alanda desteğe ihtiyaç duyarken hafif derecede olanlar daha sınırlı alanlarda desteğe ihtiyaç duyarlar. (Smith, 1995)

Zihinsel yetersizliği bulunan bireyler genelde özbakım, yasalara uyma, anlamlandırma açısından desteğe ihtiyaç duyabilirler.

Özel destek, özel eğitim ve rehabilitasyon gibi süreçlere yardımcı olmaktadır. (Smith, 1995)

## 4.4 Zihinsel Yetersizliğin Sınıflandırılması

Tarihsel süreç içerisinde zihinsel yetersizlik birçok farklı şekilde sınıflandırılmıştır. Bunlar, moron, idiot, gerizekalı, embesil şeklinde oldukça etiketlendirici şekilde ifade edilmiştir.

AMMR'nin zeka bölümü temel alarak yapmış olduğu, hafif, orta, ağır uzun süre kullanılmıştır.

50-70 hafif, 35-50 orta, 25-40 ağır, 20 ve altı çok ağır

Bu sınıflandırmalara göre bireyler, uygun destek ihtiyaçlarına göre sınıflandırılmış ve buna uygun programlar hazırlanmıştır.

Aralıklı Desteğe İhtiyaç Duyan: Birey belirli sürelerde kısa süreli desteğe ihtiyaç duyar.

Sınıflı Desteğe İhtiyaç Duyan: Birey belirli zaman içerisinde tutarlı yardım ihtiyaçları bulunmaktadır.

Kapsamlı Desteğe İhtiyaç Duyan: Birey genelde desteğe ihtiyaç duyar, birey düzenli bir şekilde belirli alanlarda desteğe ihtiyaç duymaktadır.

Yaygın Desteğe İhtiyaç Duyan: Bireyin yaşam boyu desteğe ihtiyacı vardır.

### **Zihinsel Yetersizliğin Tanımlanması**

Bireyin zihinsel yetersizliğinin tanımlanması için genelde Stanford Binet ve WISC-R (Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği) kullanılmaktadır.

WISC-R'da 70 puan, Stanford Binet'te ise 68 puan ve aşağısı zihinsel yetersizlik olarak tanımlanmıştır. Bu testler genelde psikolog, psikolojik danışmanlar ve klinisyenler tarafından yapılmaktadır. Bu objektif testler uygulandıktan sonra çıkan sonuçlara göre bireyin nasıl bir eğitim alması gerektiği hakkında öneriler yapılır ve uygun destek programına geçişi sağlanır.

### **4.5. Zihinsel Yetersizliğin Nedenleri**

Zihinsel yetersizliğin birden çok nedeni olduğu düşünülmektedir. Ortalama sayı olarak 250'den fazla neden olduğu söylenilmektedir. (Heward,1996) Zihinsel yetersizliği olma aşamasına göre AMMR (2002) doğum öncesi, doğum anı ve doğum sonrası ve oluş şekline göre, tıbbi, sosyal, davranışsal ve eğitsel nedenlere göre sıralanmıştır. (Heward, 1996, Turnbull vd., 2002, Wehmeyer, 2007).

### **4.6. Zihinsel Yetersizliği Olan Bireylerin Genel Özellikleri**

#### **4.6.1. Bellek:**

Hem uzun hem kısa süreli bellekte bilgileri toplama ve işleme sürecinde problemler yaşamaktadırlar. Bellekte programlanmış bilgiyi, başka bir durumda ortaya çıkarmada, o bilgiyi kullanmada güçlük çekmektedirler. Yetersizlik ne kadar fazla ise bu problemi yaşamaları da bir o kadar artmaktadır. (Werts, Culatto ve Tompkins, 2007).

#### **4.6.2. Dikkat:**

Bireylerin dikkatlerini belirli bir süre belirli bir odakta tutma konusunda güçlük çekmektedirler. Dikkatlerini bir uyarana belirli bir şekilde yöneltmede problem yaşadıkları görülmüştür. Birden fazla uyarının olduğu durumlarda o uyarıların içerisinde kendisine yararlı olanı çekip alma konusunda da sorunlar yaşamaktadırlar. (Werts vd., 2007)

#### **4.6.3. Dil:**

Zihinsel yetersizliği bulunan bireyler yetersizliğin durumuna göre dili anlamada da sıkıntılar çekmektedirler. Dil gelişimlerinde gecikmeler, telaffuz da problemler, konuşmadaki akıcılık gibi akranlarından daha karmaşık bir dile sahiptirler. Dili işlevsel bir biçimde kullanmada konuşmayı sürdürürken konular arası geçiş yapmalar oldukça yaygındır. Alıcı dil ve ifade edici dil becerileri sınırlıdır. (Friend., 2006; Hunt ve Marshall, 1995)

Zihinsel yetersizliği bulunan bireylerin dil, konuşma konusundaki yaşadıkları zorluklar sebebiyle sosyal ve duygusal olarak soyutlanmış hissedebilirler. Bu durum istismar riskini arttırabilir ve bu durumda istismarı tespit etmekte zorlaşabilir. (Browne ve Mcmanus, 2010).

#### **4.6.4. Akademik Başarı:**

Hafif ve orta düzeyde bilişsel özelliklerdeki yetersizlik akademik başarılarında etkiler yaratmaktadır. Bu etkiler bireyin benlik saygısını düşürebileceği gibi, çocukluk çağı depresyonlarına da yol açabilmektedir.

Akademik başarı için akranlarından çok daha fazla tekrar ve egzersizler yapmaları gerekmektedir. Normal sınıflarda akranlarıyla birlikte eğitim gören çocukların, özel eğitim sınıflarında ve özel eğitim okullarında eğitim gören çocuklara göre daha fazla ilerleme kat ettiği belirtilmektedir. (Friend, 2006).

Buradaki araştırma bireylerin, kendinden daha iyi seviyede olan çocuklarda onları yakalamak için bir motivasyon geliştirdikleri de düşünülebilir.

#### **4.6.5. Biliş Ötesi Özellikler**

Biliş ötesi özellikler, problem çözme becerileri, planlama, uygulama ve kontrol etme yetileridir. Bu alanlarda zihinsel yetersizliği bulunan bireyler zorluk çekmektedirler. (Friend, 2006., Werts vd., 2007).

#### **4.6.6. Motivasyon**

Zihinsel yetersizliği bulunan bireylerde önemli kaygı problemleri bulunmaktadır. Geçmişteki başarısızlıkları onların yeniden başarısız olacaklarına yönelik inançlar edinmiş olup motivasyonlarını olumsuz etkilemektedir. Motivasyonları düşük olduğu için yeni bilgilere de açık olmamakla birlikte var olan görevlerini de bitirememektedirler. (Diken, 2015)

#### **4.6.7. Sosyal Özellikleri**

Zihinsel yetersizliği bulunan bireyler sosyal olarak pek çok problemle karşılaşmaktadırlar. Akranlarının onları kabul etmemesi ya da etiketlemesi nedeniyle sosyal olma konusunda problem yaşamaktadırlar. Dil gelişimi açısından sıkıntıları bulunan zihinsel yetersizliği olan bireyler dili etkin bir biçimde kullanamadıkları için sohbet başlatmada ve sürdürmede de sıkıntı çekmektedirler. Aynı zaman da uygunsuz davranışlar nedeniyle de sosyal ortamlardan izole olmaktadır.

Sosyal ipuçları konusunda da kavramada ve yanlış yorumlama sıkıntıları da gözlenebilir. (Friend, 2006)

Zihinsel yetersizliği bulunan bireylerin dil, konuşma konusundaki yaşadıkları zorluklar sebebiyle sosyal ve duygusal olarak soyutlanmış hissedebilirler. Bu durum istismar riskini artırabilir ve bu durumda istismarı tespit etmekte zorlaşabilir. (Browne ve Mcmanus, 2010).

#### **4.6.8. Uyumsal Davranışlar**

Uyumsal davranışlar bireyin çevresinin isteklerine karşılık verdiği geri bildirimlerdir. Duş alma, öz bakım becerileri, iş sahibi olma, ev yaşamı, sosyal beceriler, güvenlik, akademik beceriler gibi durumları tümüyle kapsamaktadır. Hafif düzeyde zihinsel yetersizliği olan bireyler bu alanların bir ya da bir kaçında sıkıntı yaşarken, yetersizlik düzeyi arttıkça sıkıntı yaşadıkları durumlarda doğru orantılı bir biçimde artacaktır. (Diken, 2015)

#### 4.6.9. Duygusal Özellikleri

Son yıllarda yapılan çalışmalar duygusal problemlere yoğunlaşmakta, depresyon, yalnızlık ve sosyal beceriler alanına yönelmektedirler. Zihinsel yetersizliği bulunan bireylerin olmayan bireylere göre, daha fazla yalnızlık çektikleri bunun sebebiyle daha fazla depresyon yaşadıkları betimlenmiştir. (Friend, 2006).

Zihin yetersizliği bulunan ergenlik başlangıcı ile birlikte uygun olmayan bir takım cinsel davranışlar geliştirebilir. (Madi, 2016).

Zihinsel yetersizliği bulunan ergenlerin cinsel duyguları anlamlandırmaları normal gelişim gösteren bireylere göre daha zor olmaktadır. Bu süreçte desteğe ihtiyaç duyabilirler, özellikle “orta” ve “ağır veya çok ağır” düzeyde zihinsel yetersizliği bulunan bireylerin destek ihtiyacı daha fazla olmaktadır. Yetersizliği bulunan çocukların cinsellikle ilgili isteklerinin olması çok normaldir fakat ebeveynler buralarda fazla korumacı ya da isteksiz olabilirler.

## 5.ERGENLİK

Ergenlik dönemi fizyolojik, psikolojik, cinsel ve sosyal olarak değişimleri içermekte olup ergenlerin tüm bu değişimleri uyum içerisinde tamamlaması beklenir. Ancak bu dönemde fiziksel, cinsel ve sosyal olarak süreçlerden dolayı sorunlar yaşanabilmektedir. (Bilge, Motovalı ve Alyanak; 1998, Haznedaroğlu; 2000, Krenke-Seiffge, 2008)

Gelişim dönemlerinde olduğu gibi ergenlik dönemi de bambaşka bir konudur ve ayrı bir biçimde incelenmesi gereken bir dönemdir. Ergenlik dönemi çocukluk döneminden sıyrılış, yetişkinliğe ise bir adımdır.

Çocukluktan ergenliğe geçiş, bazı biyolojik, bilişsel ve sosyoduygusal değişimler içermektedir. Biyolojik değişimler; büyüme hormonlarının salgılanması ile gerçekleşen cinsel olgunlaşmadır.

Erken ergenlikte, beyinde gerçekleşen birtakım değişimler ileri düzeyde düşünmeyi sağlamaktadır. Ergenlerin geçirdikleri sosyoduygusal değişimler arasında ebeveynleri ile çatışma ve daha fazla arkadaşlarıyla daha fazla vakit geçirme istekleri vardır. Arkadaşlarla yapılan sohbetler çok daha fazla ilgi çekici hale gelmektedir. Bu dönemde aşk kavramı ve cinsellik kavramı da ergenlerin hayatına girmektedir. Genç ergenler, ergenliğe girdiklerinden itibaren birkaç ay öncesine göre duygularında çok fazla dalgalanmalar yaşar. (Santrock 2012).

### 5.1. Ergen Gelişimi ile İlgili Kuramlar

Bu kısımda ergen gelişimi ile ilgili kuramsal yaklaşımların önemli yönlerine bakılacaktır. Yetişkinliğe giden bu süreçte her kuramın önemli noktalarından faydalanmaya çalışılacaktır.

#### 5.1.1. Psikanalitik Kuram

Gelişimi bilinçdışı ve yoğun duygusal dönem olarak tanımlamaktadır. Bu dönemde cinsellik tekrar uyanır ve cinsel haz kaynağı aile dışından birisidir. Psikanalitik kuramcılar gelişimin, ebeveynlerle yaşanan ilişkinin yansıması olarak görmüşlerdir. (Santrock 2012: 27)

Freud (1917) kişiliğimizi 3 yapıya ayırmıştır

**İd:** İd'nin tamamen gerçeklik dışı olduğunu ve gerçeklikle ilişkisi olamayacağını düşünmüştür. Çocuklar gerçekliğin gereklerini ve bakılarını deneyimledikçe, kişiliğin yeni bir yapısı ortaya çıkar. Bu yapıya ise ego denir.

**Ego:** Gerçekci isteklerle başa çıkmakla sorumludur. İd ve Ego bir şeyin doğru ya da yanlış olup olmadığıyla ilgilenmez. Ahlaki bir durumu yoktur.

**Süpego:** Kişiliğin ahlaki tarafıdır.

Ego; arada bir mastürbasyon yapmalıyım çünkü derslerime engel olmasını istemiyorum derken, İd; her an mastürbasyon yapmak istiyorum der. Süpego ise mastürbasyon yapıldığı için suçluluk duyabilir.

Freud (1917) kişiliğimizi buz dağına benzetmiştir. Aynı buz dağı gibi kişiliğimizin büyük bir kısmı da farkındalık düzeyimizin altında kaldığını düşünmüştür. Freud egonun gerçekleri algılamasını, İd'nin hazları ve süperegonun ahlaki ikilemlerini arasındaki çatışmalarını "savunma mekanizmaları" ile çözmektedir.

Freud'a göre bastırma en güçlü savunma mekanizmasıdır. Bastırma id'nin kabul edilemez isteklerini bilinç dışına ötelemektedir.

Freud çocukluk dönemindeki cinsel düşüncelerin çocuk için çok stresli bir durum olduğu için genellikle bastırıldığını ifade etmektedir.

Freud, 'Sevgi ve Cinsellik Üzerine' adlı kitabında; Çocukların cinsellik eğitimleri ile alakalı çocuğun cinsel konuları bilmesini gerektiği ve eğitim gördüğü kurumlarında bu vazifeleri yerine getirmesi gerektiğini savunmuştur. Çocukların derslerde üreme konusunu anlaması gerektiğini, leyleklerden gelme algısının kırılması gerektiğini savunmuştur.

Anna Freud (1966)'a göre, ergenlik problemlerinin kökenlerinde yer alan problemlerin id'in ya da iç güdüsel olayların değil, ergenlik geçmişinde yer alan sevgi nesnelерinin olduğunu düşünmüştür. Sevgi nesneleri bebeklik yıllarında ebeveynlere karşı bağlanma olmuştur, çocukluk yıllarında bu durumun tamamen engellendiğini düşünmüştür. Ergenlik döneminde ise bu durum tekrar uyanabilir.

### 5.1.2. Psikososyal Kuram

Erikson, Freud'un katkılarına katılmış fakat insan gelişimindeki bazı boyutları yanlış ele aldığını düşünmüştür.

Erikson (1950, 1968), Freud'un ileri sürdüğü psikoseksüel dönemlerden çok, psikoseksüel evrelerden geçtiğimizi savunmuştur. Freud'a göre insanın temel motivasyonu cinsellik fakat Erikson'a göre temel motivasyonumuz sosyal olmak ve sosyalleşebilmek, başkalarıyla bir arada iletişim kurabilmemizdir. Freud'a göre kişiliğimiz hayatın ilk 5 yılında gerçekleşirken, Erikson bunun yaşam boyu olduğunu savunmuştur. Freud erken yaşantıların çok daha önemli olduğunu savunurken, Erikson ikisinin de önemli olduğunu savunmuştur.

Erikson'a göre; ergenlik 10-20 yaş arasında yer almaktadır ve bu döneme "Kimlik kazanımına karşı kimlik karmaşası" adı vermektedir. Bu dönemde bireyler ergenlik yıllarında kim olduklarını ve yaşam boyu yolculuklarının nereye gideceğini keşfetmeye, bulmaya çalışırlar. Eğer bireyler, rollerini sağlıklı keşfeder ve bu yolda ilerleyebilirlerse olumlu kimlik oluştururlar; eğer bireyler rollerini sağlıklı keşfedemez ve bu yolda ilerleyemezlerse kimlik karmaşası ortaya çıkar.

Psikanalitik kuramların katkısı, gelişimsel çerçeveye, aile ilişkilerine ve zihnin bilinç dışına vurgu yapmaktadır. Bu konuda diğer araştırmacıların eleştirisi; cinselliğe aşırı önem vermesi, bilimsel desteğin eksik olması ve insanların olumsuz olduğuna dair bir imaj yaratılması olmuştur.

### 5.1.3. Piaget'in Bilişsel Gelişim Kuramı

Bireyler aktif olarak kendi dünya anlayışlarını yapılandırmaya çalışmaktadır. Bireyler dünyalarını yapılandırmaya çalışmasının temelinde organizasyon ve uyum yer almaktadır. Bireyler, dünyayı anlamak için kendi deneyimlerini organize etmektedirler.

Örnek vermek gerekirse; Bireyler önemli düşüncelerle önemsiz düşünceleri birbirinden ayırırlar. Bir düşüncüyü, diğer düşüncelerden ayırabilmektedirler. Gözlemlerini ve deneyimlerini organize etmelerinin yanı sıra, çevrenin yeni taleplerine "adapte" olurlar. (Miller, 2011).

Piaget her bir dönemin dünyayı anlamayla alakalı olduğunu ve bunun yaşlara bağlı olduğunu düşünmektedir. Dünyayı farklı bir biçimde anlamak için farklı bir biçimde düşünmek gerektiğini düşünmektedir.

Piaget, ergenliği Soyut işlemler dönemi olarak isimlendirmiştir. Bu dönemde somut düşünme becerilerini halletmiş olurlar ve daha soyut, idealist ve mantıklı bir biçimde akıl yürütme süreçlerine geçmektedirler. İdeal ebeveynlik hakkında düşüncelere girebilirler, kendi ebeveynlerini karşılaştırabilirler. Bu dönemde gelecekle ilgili hayal kurup, olumlu olumsuz durumlar hakkında düşünceler/hayaller kurarlar.

### **Vygotsky'nin Sosyokültürel Bilişsel Kuramı**

Vygotsky Piaget gibi bireylerin, kendi bilgilerini yapılandırdıklarını vurgulamıştır.

Vygotsky (1962), bilişsel gelişimde sosyal etkileşime ve kültüre daha fazla önem vermiştir.

Vygotsky, gelişimin sosyal ve kültürel etkinliklerden ayrı olamayacağını belirtmiştir. (Daniels, 2011). Vygotsky, ergenlerin daha gelişmiş yetişkinlerle olan sosyal etkileşimlerinin, bilişsel gelişimleri için çok faydalı olacağını belirtmiştir. (Gauvain, 2011).

Genel olarak bilişsel kuramlar, gelişime karşı olumlu bir bakış açısı geliştirmiştir. Anlamanın aktif yapılandırılması üzerine vurgulanmıştır. Olumsuz olarak ise Piaget'in dönemlerinin doğruluğu ve bireyselliğe çok az değinmesi eleştirilmiştir.

#### **5.1.4. Davranışçı ve Sosyal Bilişsel Kuramlar**

Gelişimin çevreyle etkileşimler sonucu öğrenilen, gözlemlenebilir bir davranış olarak düşünülmesi davranışçı gelenekle artmıştır. (Spiegler ve Guevromont, 2010).

#### **5.1.5. Skinner'ın Edimsel Koşullaması:**

Edimsel koşullamanın bir davranışın sonuçlarını davranılın ortaya çıkma olasılığında etkisi olduğunu ileri sürmüştür. Davranışın ödüllendirilmesi yapılmasını arttırırken, cezalandırılması da o davranışın tekrarlanma olasılığını düşürmektedir.

Skinner'a (1938) göre, ödül ve ceza gelişimi etkilemektedir. Sınırlı bir insan olmanın sınırlı olmayı büyürken yaşadıkları deneyimlerden öğrendiğini savunmaktadır. Eğer çevrede değişiklikler yapılırsa, sınırlı bireyin daha uyumlu bir birey haline gelmesini sağlayabildiğini savunmaktadır. Skinner gelişimin en önemli yönünün, düşünce ya da duygular değil, davranışlar olduğunu belirtmiştir. Skinner, gelişimi cezalar ve ödüller ile davranış biçimi olarak yorumlamıştır.

### **5.1.6. Bandura Sosyal Bilişsel Kuram**

Albert Bandura'ya göre, bilişsel süreçlerin, çevre ve davranışla önemli bağlantıları olduğunu düşünmektedir. Bandura ilk araştırma programını, öğrenmenin büyük ölçüde, başkalarının ne yaptığını gözlemleyerek gerçekleştirdiğini, gözlem yoluyla (model alma, taklit) olarak adlandırmıştır.

Davranışçı kuramlar, bilimsel araştırma ve davranışın çevresel belirleyicileri üzerinde durmaktadır. Olumsuz yönleri ise, gelişime çok fazla önem verilmemesi ve bilişin çok fazla üzerinde durulmamasıdır.

### **5.2. Ergenlik Belirleyicileri**

Ergenlik, endokrin sistem, ağırlık, vücuttaki yağ oranı ile ilgili değişiklikler ortaya çıkartmaktadır fakat bu değişiklikler ergenliğin sonucu mu nedeni mi olduğunu tam olarak kesin değildir. (Dorn ve Biro, 2011; Marceau, Ram, Houts, Grimm ve Susman, 2011).

Ergenlik bir çevre kazası durumu değildir. Ergenliğin ortaya çıkma zamanı genlerimize kodlanmıştır. (Mueller, 2010). Ergenlik iki ya da üç yaşında olmayacağı gibi yirmi yaşında da ortaya çıkamaz. Son zamanlarda bilim adamları ergenlerin başlangıç zamanı ve süresi ile ilgili moleküler genetik çalışmalara yoğunlaşmıştır. (Elk ve Ong, 2011).

Çevresel faktörler de ergenliğin başlangıcı ve süresini etkilemektedir. (Belsky, 2011).

Ergenlik süresince inanılmaz bir hormon salgılanması olur.

Erkek cinsiyetinin ana hormonu androjen, kadın cinsiyetinin ana hormonu östrojendir. Bu hormonlar her iki cinsiyette de üretilmektedir.

Testosteron, erkek ergenliğinde önemli bir gelişim rolü olan bir hormondur. Artan testosteron oranı boy uzaması, fiziksel değişimler, tüylenmenin oluşması gibi birçok fiziksel durumla ilişkilidir. (Goji, Dikko, Bakari, Mohammed, Iet ve diğerleri, 2009). Erkek ergenlerde, testosteron düzeyi cinsel arzu ve cinsel aktivitelerle de ilişkilidir. (Cameron, 2004).

Östradiol, kadın ergenliğinde önemli bir gelişim rolü olan bir hormondur. Göğüs gelişimi, rahim gelişimi, doğurganlık, iskelet gelişimleri östradiol seviyesindeki artış ile olur. Ergenlerdeki cinsel arzu ve cinsel aktiviteye katkısı olan hormonların, kızlarda erkeklerden daha az olduğu düşünülmektedir. (Cameron, 2004). Hem kızlarda hem erkeklerde ergenlik sırasında testosteron ve östradiol hormonlarında artış olur.

Yapılan bir araştırmada erkeklerde ergenlikle beraber testosteron düzeyindeki artış 18 kat iken, kızlarda bu durum sadece 2 kat artış gözlemlenmiştir. Östradiol hormonu ise erkeklerde 2 kat artmakta iken kızlarda 8 kat artmakta olduğu gözlenmiştir. (Nottelmann, 1987). Bu araştırmalar ile birlikte ergenliğin erkeklerde daha yoğun geçmiş olduğu söylenebilir.

Ergenlik başlangıcında, büyüme hormonu geceleri salgılanırken daha ileri dönemlerde genel de çok düşüğe olsa gündüzleri de salgılanabilir. (Susman, Dorn ve Schiefelbein, 2003).

Bazı araştırmacılar kızlarda adet göre döneminden önce belli bir vücut kitlesine ulaşması gerektiğini savunurlar. (Ackerman, Watanabe, Tamamaki, Furuta, Ikenaka, Ono, ve diğerleri, 2006). Birçok çalışmacı yüksek kilonun, özellikle obezitenin daha ergen ergenliğe girmeye ilişkili olduğunu bulmuşlardır. (Kaplowitz, 2009). Bazı araştırmacılar ise bebeklikteki doğum ağırlığı ve erken çocukluk dönemindeki kilo artışının ergenliğe giriş ile ilgisi olduğunu düşünmektedir. (Ibanez, 2011).

Gelişmiş şehirlerde yaşayan ergenler, kırsal yerlerde yaşayan ergenlere göre daha erken ergenlik dönemine girmektedirler. (Graham, 2005). Yurtdışında yapılan araştırmalara göre; Afroamerikalı kadınlar, Latin Amerikalı ve Amerika'da yaşayan Latin kökenli olmayan kadınlara göre ergenliğe daha erken girmektedirler. (Biro, 2006; Talpade, 2008).

Erken ergenlik dönemi başlangıcı ile ilişkili olan erken yaşantılar, evlat edinme, baba yoksunluğu, düşük sosyoekonomik düzey, ailesel çatışmalar, ebeveynden şiddet görme, çocuk istismarı ve madde kullanımını kapsar. (Arim, Dahinten, Marshall, Shapka, ve diğerleri, 2011; Deardorff, Young, Ozer, Lahiff, ve diğerleri, 2011; Ellis, 2011).

Büyüme çocukluk boyunca yavaştır fakat ergenliğe giriş itibariyle bebeklikten sonraki en hızlı gelişim bu çağda gözlenir. Kızlar için büyüme atağının başlangıcı 9 yaş iken erkeklerde genelde 11 yaş olarak söylenebilir. Ergenliğin pik noktası kızlarda 11-12 yaş arası iken erkeklerde ise bu durum 13-14 yaş arasıdır. Büyüme atağı sırasında kızlarda ortalama boy uzaması yılda 9 cm iken, erkeklerde 10 cm'dir. (Dorn ve Biro, 2011). Bu dönemde erkeklerdeki kilo artışı 9 kilo civarında iken, kızlarda ise yılda 8 kilo gibi bir kilo artışı gözlenebilir. Bu dönemde yine kızlarda kalça genişlerken, erkeklerde ise omuz genişler. Kızlardaki bu gelişimin sebebi östrojen hormonu iken erkeklerdeki gelişimin sebebi ise testosterondur. (Susman ve Dorn, 2009).

Erkeklerde cinsel olgunlaşmanın en büyük belirtisi penis büyümesi, testisin gelişmesi, yüzde kılların çıkması ve koltuk altının tüylenmesidir. (Tanner,1962).

Kızlarda ise; meme büyümesi, tüylenme başlaması ve kalçaların büyümesidir.

Erken ergenliğe girme kızlarda 8 yaştan önce erkeklerde ise 9 yaşından önce olma durumudur. Erken ergenlik çocukların etiketlenmesini sağlar ve ruhsal olarak zorlantılar çektiği görülmektedir. Erken ergenliğin muhtemel nedenleri; boy kısalığı ve istismar edilme durumlarıdır. (Blakemore, Berenbaum ve Liben, 2009).

Cinsellik ergen gelişiminin normal bir parçasıdır. (Tolman ve McClelland, 2011). Ülkemizde ergenlerin cinselliği ile ilgili genelde istismar ve hamilelik ya da çocuk gelin gibi haberler çıksa da ergenlikte cinsellik oldukça normal, beklenen bir durumdur.

Genelde ergenlerin cinselliği ile ilgili olumsuz, basmakalıp düşünceler bulunmaktadır. (Diamond ve Savin-Williams, 2011).

Bazı toplumlar ergenlikte kız çocuklarını erkek çocuklarına karşı daha fazla korumayı önemser, bazı toplumlar ise erken evliliği desteklemektedir.

Cinsellikle ilgili medyaya sunulan kaynaklar çoğu zaman olması gerektiği gibi değildir. Dar kapsamlı, kapsam dışı ve basmakalıp ifadeler yer almaktadır. Kur yapmak, rekabet etmek, cinsiyetler arası savaş varmış gibi davranışlar, manipüle etmek ve oyun oynamak medyada sıklıkla başvurulan kaynaklardır. Ayrıca medyada cinsiyet rollerine yönelik basmakalıp düşünceler de yer almaktadır. Kadınlar medyada cinsel obje olarak, erkekler ise “skor” alma düşüncesinde sürekli cinsellik düşünen bireyler olarak medyada lanse edilmektedir. (Ward, Friedman 2006).

Cinsellik günümüzde internet, tv şovları, sosyal medya ve internette apaçık güvensiz bir şekilde sunulmaktadır. (Bersamin, 2010; Bleakley, 2011; Strasburger,2010; Tolman ve McClelland, 2011). Amerika’da yapılan bir araştırmada, 12-17 yaş aralığında 1762 ergenle yapılan bir çalışmada, cinsel öğelerin yer aldığı tv programlarını izleyen ergenlerin izlemeyenlere göre takip eden 1 yıl içerisinde daha fazla cinsel aktiviteye girdikleri görülmüştür. (Collins, 2004). Yapılan bir başka araştırmada ise talk Showları ve cinsellikle ilgili kuşaktaki programları izleyen Amerikalı ergenlerin bu programı izlemeyen öğrencilere göre cinsellikle ilgili daha fazla ön yargıları olduğu belirlenmiştir. (Ward, Friedman, 2006).

Cinsel duyguları belirleme, kontrol etme ve cinsel kimliği ortaya koymak karmakarışık bir süreçtir. (Diamond, Savin-Williams, 2011; Tolman ve McClelland, 2011)

Bu karmakarışık süreç cinsel uyarılma ve cinsel çekim gibi cinsel duygularını kontrol edebilmeye öğrenme, yeni biçimlerde yakınlık geliştirme, istenmeyen sonuçlardan kaçınmak için cinsel davranışlarını kontrol etmeyi öğrenmeyi içermektedir. Cinsel kimlik geliştirmek cinsel davranıştan çok daha fazlasıdır. Cinsel kimlik, fiziksel faktörler, sosyal faktörler ve kültürel faktörler ile toplumları çoğunda ergenlerin cinsel davranışlarının sınıflandırmasına bağlıdır. (Potard, Courtois ve Rusch, 2008)

407 Avusturyalı öğrenciyi kapsayan araştırmada, cinsel tutum ve davranışlarının büyük çeşitlilik gösterdiği gözlenmiştir. Öğrencilerden bazılarının cinsel açıdan tecrübeleri yoktur. Bazılarının beden kaygılarının olduğu yine bir diğer grubun ise oldukça fazla deneyimleri olduğu ve vücut benliklerini yüksek algıladıkları gözlenmiştir. (Buzwell ve Rosenthal, 1996)

2009 yılında Amerika’da yürütülen bir çalışmada 12. Sınıfta olan lise öğrencilerinin cinsel ilişkiye girme oranının %32 olduğu görülmüştür. (Eaton, 2010). Amerikalı gençlerin %77’si 20 yaşından önce cinsel aktivitelerden bulunmuştur. (Dworkin ve Santelli, 2007). Bu oran pek tabii kültürler arası değişmektedir.

Kültürün değerleri ve gelenekleri cinsellikle doğrudan ilişkilidir. (Carrol, 2010) Yapılan araştırmalar da kız çocukların 17 yaş öncesi cinsel ilişki yaşama oranı ABD’de %47, Mali’de %72, Tanzanya’da ise %45 olduğu görülmüştür. (Singh ve diğerleri, 2000)

Ergenlikte yaşanan cinsel ilişkiler birtakım riskler taşımaktadır. Ergenlerin büyük bir çoğunluğu cinsel yaşantı yaşamaya duygusal olarak hazır değildirler. Erken cinsel ilişki, madde kullanımı, suça yönelme ve akademik başarılarla doğrudan ilişkilidir. (Jayakody, 2011; Yi, 2010). ABD’de yapılan araştırmalarda madde kullanımının erken dönemdeki cinsel yaşantıyla ilişkili olduğu tespit edilmiştir. (Madkour, 2010).

Mastürbasyon, ergenlerin pek çoğunun özellikle erkek ergenlerin en sık kullandığı boşalım yoludur. Yapılan araştırmalarda erkeklerin %80’i kızların %47’si en az bir kere mastürbasyon yaptıklarını ifade etmişlerdir. (Fortenberry, 2010)

Geçmişte mastürbasyonun vücuda zarar verdiği ile ilgili bir takım basmakalıp düşünceler vardı ve zararlı bir davranış olarak kabul ediliyordu. Bu sebepten dolayı mastürbasyon yapanlar geçmişte suçluluk duygusu hissediyorlardı fakat günümüzde sadece ergenlerin %15’i mastürbasyon ile ilgili suçluluk hissetmedirler. (Hyde ve DeLamater, 2011)

Pek çok ergen cinsellikle ilgili bir şeyler yaşamayı kendileri ister ve tercih eder. Fakat azımsanamayacak kadar bir kısım ise istismar edilir. (East ve Adams, 2002)

Cinsel tacizin bildirilmenin zorluklarından dolayı oranlar tam olarak belirlenememektedir. (Wolitzky- Taylor, 2011). ABD’de yapılan bir araştırmada 9-12 sınıf öğrencilerinin yaklaşık %8’i fiziksel olarak istismar edildiklerini, istemedikleri halde cinsel ilişki zorlandıklarını bildirmiştir. (Eaton vd., 2010).

Son yıllarda literatürde sıklıkla karşılaşılan tanıdık kişi tarafından istismar edilme giderek artan bir problemdir.

Fiziksel istismar, kurban ve kurbanı yakın kişiler için travmatik bir deneyimdir. (Amstadter ve diğerleri 2011; Zinzow ve diğerleri 2011) Fiziksel istismar sonrası yaşanan korku, kaygı, depresyon aylarca yıllarca sürebilir. (Zinzow ve diğerleri 2010)

## 6. CİNSEL EĞİTİMİN ÖNEMİ

Dünya Sağlık Örgütü, Cinsel Sağlığı; cinselliğin bedensel, duygusal, entelektüel ve sosyal yönlerinin hayatı zenginleştiren ve kişilik, iletişim ve sevgiyi güçlendiren bütünlük olarak tanımlamıştır. (WHO, 2011)

Ergenler; cinselliği aileleri, çevreleri, kardeşleri, sosyal medya, akranları gibi birçok kaynaktan öğrenebilirler. Yapılan araştırmalara göre ergenlerin cinselliği öğrendikleri yerler, aileleri, arkadaşları anneleri, öğretmenleri ve medya olduğu görülmektedir. (Bleakley ve diğerleri, 2009)

Ailelerin birçoğu cinsellikle ilgili konuşmaktan oldukça rahatsızdır. Ergenlerin de birçoğu cinsellikle ilgili aileleriyle konuşmaktan çekinmektedirler. (Guilamo-Ramos ve diğerleri, 2008) Yapılan araştırmaların bir tanesinde babaların %94'ünün annelerin ise %76'sının kızlarıyla cinsel istek konusunu hiç konuşmadıklarına ulaşılmıştır. (Feldman ve Rosenthal, 1999)

Ergenlerin büyük bir kısmı cinsel konular hakkında ebeveynleri ile rahat konuşamadıklarını söylemektedir. (Chia-Chen ve Thompson, 2007). Ebeveynleri ile cinsellik hakkında rahat konuşabilen kızların korunma yöntemlerini daha fazla kullandıkları gözlenmiştir. (Fisher, 1987) Yakın zamanda yapılan araştırmalarda anneleriyle cinsellik konusunu rahat bir şekilde konuşan 18 yaşındaki kızların kondom ve kondom kullanmanın güvenilir olduğu hakkında düşünceleri vardır. (Lefkowitz ve Espinosa-Hernandez, 2006)

Ergenler cinsellikle ilgili konuşmalarını daha çok anneleriyle yaptıkları görülmüştür. (Kirkman, Rosenthal ve Feldman, 2002)

ABD'deki ebeveynlerin %90'ı ergenlere cinsel eğitim ve cinsel korunma yöntemleri hakkında kapsamlı bir eğitim verilmesi gerektiğini söylemişlerdir. (Eisenberg ve diğerleri 2008). Ebeveynler çocuklarının cinsel eğitim ile ilgili bilgi almalarının ortaokul çağlarında başlaması gerektiğini belirtmişlerdir ayrıca bu ebeveynlerin büyük bir kısmı okullarda cinsel eğitimin daha kapsamlı verilmesi gerektiğini belirtmişlerdir. (Constantine, Jerman ve Juang, 2007).

Cinsel eğitim, çocuğun doğduğu andan itibaren hayatın her döneminde devam eden bir süreçtir. Bireyin fiziksel, duygusal ve cinsel gelişim süreçlerinin algılanması ve bireyin kimlik geliştirme süreci içerisinde olduğu bir süreçtir. Birey bu dönem içerisinde saygı duyma, değer yargıları geliştirme, hak ve adalet gibi kavramları da içselleştirir. (Bayhan, Artan; 2005).

Cinsel eğitim bireyin kendisi için ve içinde bulunduğu toplum için oldukça önemli bir süreçtir. (Akay; 1999, Basaran; 1998).

Çocuk cinsel kimlik geliştirirken genelde çevreden gördüklerini hayatına entegre etme eğilimi içerisindedir. Anne ve babasının konuşmaları, davranış biçimleri çocuğun cinsel kimliğinde önemli etkiler bırakmaktadır. (Binbaşıoğlu; 1992)

Cinsellik eğitimi ilk olarak bireyin içinde bulunduğu aile ile başlar. Bu yüzden cinsellik eğitimi konusunda sürekli tekrarlandığı gibi eğitim aileden başlamalıdır. (Akay; 1999, Adams; 1995).

### **6.1. Engellilerde Cinsel Eğitim**

Fiziksel gelişim olarak ergen bireyler gibi gözükseler de yetersizliğe sahip bireylerin takvim yaşları geride olabilir. Cinsel eğitim programlarında da bu durum dikkate alınmalı ve takvim yaşlarına uygun bir cinsel eğitim programı hazırlanmalıdır. (Artan ve diğerleri, 2005; Çerçi, 2013)

Yetersizliğe sahip bireyler yaşamın pek çok alanında kısıtlandıkları gibi cinsellik konusunda da kısıtlanmaktadır. Yetersizliğe sahip bireylerin yaşam kalitesini arttırabilmek için cinsellik önemli bir etkidir. (Ersoy, 2005; Cangör, Karaca ve Aslan, 2013)

Cinsel eğitim çok önemli bir alandır ve genelde bu alan tabu olarak görülür ve yok sayılır. Ebeveynler, eğitimciler bu konu üzerinde çalışmaktan çekinmişlerdir. Cinsel eğitim konusunda ebeveynlerin veya eğitimcinin yapacağı bir hata, gelecekte daha büyük sorunlara yol açabilir. Böylesine önemli bir konuda hem ailelere hem de eğitimcilere eğitimler verilmelidir. (Aydoğmuş, 2001)

Yetersizliğe sahip olan ergenler, akranları gibi cinselliği sosyalleşerek öğrenemedikleri için, cinselliği anlamlandırma da daha fazla desteğe ihtiyaç duymaktadırlar. Normal gelişim gösteren bireylerde cinsel eğitim bir ihtiyaçtır, alınması gerekir fakat yetersizliğe sahip birey için bu durum bir zorunluluktur. Yetersizliğe sahip bireyler ancak bir eğitim alırlarsa cinselliği daha kolay anlayabilir ve yaşayabilirler. (Ailey, Marks, Crisp ve Hahn, 2003; Mandan-Sürücü, 2009; Yurdakul,1999)

Yetersizliğe sahip bireylere cinsel eğitim verilirken, ebeveynler ve eğitimcilerin tamamen somut ve açık bir dil ile eğitim verilmesi gerekmektedir. Yetersizliğe sahip bireylere anlatımdan çok görseller ile eğitim vermek anlamalarını kolaylaştıracaktır. Soyut, kapalı ve imalı ifadeler bireyin eğitimi yanlış anlamasına veya anlamamasına yol açabilir. (Artan 2003; Mandan-Sürücü, 2009)

Yetersizliğe sahip kız bireylerde oluşabilecek en büyük problem menstürasyon dönemidir. Bu dönemde ergen kızlar konuyla ilgili bilgilendirilmeli ve hazırlanmalıdır. Öz bakım becerileri konusunda eğitim verilmelidir. (Kanbaş, 2008; Mandan-Sürücü, 2009)

Maalesef ülkemizde yetersizliği olan bireyler için uygulanan standart bir cinsel eğitim bulunmamaktadır. Hazırlanacak cinsel eğitim programı ebeveynleri de kapsamalıdır. Bireye verilecek cinsel eğitim bireyin kendisini tehlikelerden koruma, ergenliği anlamasına yardımcı olur. Ebeveynler içinde çocuklarının yaşadıkları bu süreci anlamalarına, sınır koymalarına ve çocuklarının “normal” bir cinsel gelişime sahip olduklarını anlamalarına yardımcı olacaktır. (Mandan-Sürücü, 2009)

Cinsel eğitim programı kapsamlı ve zaman gerektiren bir süreçtir fakat yetersizliği olan bireylere başarılı bir eğitim verilmesini sağlamaktadır. (Çakmak ve Çakmak, 2011)

Cinsel eğitim ile ilgili Türkiye’de ve Dünya’da yapılan çalışmalara bakılacak olursa;

2009 yılında Mandan ve Akçin tarafından kız ergenlerin cinsel bilgi ve istimarı algılamalarına yönelik bir çalışma yapılmıştır. Bu çalışmada kız ergenler cinsel organlarını adlandırmada, menstürasyon dönemi, sevgililik, arkadaşlık, iyi-kötü dokunuş, istenmeyen sarılma ve öpme durumunda neler yapacaklarına dair yeterli bilgileri olmadıklarını ve kendilerini savunmada zorluklar yaşadıkları saptanmıştır.

2007 yılında Marangoz ve Altınok tarafından bir cinsel eğitim paket programı hazırlanmıştır.

2006 yılında Kozan ve arkadaşları tarafından Zorlananlar (Engelliler) İçin Cinsel Sağlık/Üreme sağlığı Projesi (ZOR-CSÜS) ebeveynlere ve yetersizliğe sahip bireylere cinsel sağlık ve üreme ile ilgili bilgiler verilmiştir. (Akt; Bilge ve Baykal, 2008)

İngiltere Aile Planlaması Kurumu cinsel eğitimin amaçlarını şu şekilde belirlemiştir. (Akt; Mandan, 2009)

-Cinsel bölge öğretimi, erkek ve kadın vücudu, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, doğum kontrol, hamilelik, evlilik, ebeveynlik, cinsel davranışlar.

Wolfe ve Blanchett'e göre cinsel eğitim programı; Cinsel istismarı önlemeli, istenmeyen gebelikler hakkında bilgilendirme yapılmalı, olumlu cinsel kimlik geliştirme ihtiyacındaki engelli öğrencilere bilgi ve beceri sağlamalıdır. (Akt; Mandan, 2009)

## 7. GEREÇ VE YÖNTEM

### 7.1. Çalışma Grubu

Araştırmaya, 50 çocukla birlikte ebeveynleri de katılmıştır. Araştırmaya, minimum 11 ve maksimum 18 yaşında çocuk dahil edilmiştir ve araştırma grubundaki çocukların yaş ortalaması  $15,5 \pm 2,1$  yıldır. Annelerin yaş ortalaması  $42,1 \pm 6,3$  ve babaların yaş ortalaması  $45,6 \pm 6,6$  yıl olarak bulundu. Araştırmaya katılan çocuklar OSB tanısı almış ya da Zihinsel Yetersizlik tanısı almış çocuklardan ve ebeveynlerinden oluşmaktadır.

### 7.2. Veri Toplama Araçları

Veri toplama pandemi şartları sebebiyle online ortamdan toplanmıştır. Araştırmaya katılmadan önce katılımcılardan bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır. Katılımcıların ebeveynleri bilgilendirilmiş onam formunu imzaladıktan/onay verdikten sonra Sosyodemografik Bilgi Formu verilmiştir. Ardından Otizm Spektrum Tarama Ölçeği (ASSQ) ve “Ergenlik Dönemindeki Zihin Yetersizliği Olan Bireylerin Cinsel Gelişim Özellikleri” Ölçeği doldurmaları istenmiştir.

#### 7.2.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Sosyodemografik Bilgi Formu, araştırmada katılımcıların sosyodemografik bilgileri şahsımca hazırlanan bilgi formu ile elde edilmiştir. Bu bilgilerde, bireyin cinsiyeti, yaşı, dolduran kişinin yaşı ve yakınlığı, doğduğu ve yaşadığı şehir, ebeveynlerine ait bilgiler, kardeşlere ait bilgiler, evde yaşayan kişi sayısı, ailede engel durumu olan bireyler, anne babanın akrabalığı, evde konuşulan farklı bir dilin olup olmadığı, anlamlı iletişim kurma bilinci, yeni kararlar alabilme becerisi, kendine ait yatak odası bulunup bulunmadığı, göz kontağı becerisi, aileyi etkileyen travmaların varlığı, ekran bağımlılığı, kıyafet giyme becerisi, planlı bir hamilelik olup olmadığı, hamilelik süresince doktora gidilip gidilmediği, hamilelikte bir komplikasyon oluşup oluşmadığı, çocuğun doğum şekli, süt alma süresi, yürüme becerisini ne zaman kazandığı, konuşma becerisini ne zaman kazandığı, tuvalet becerisinin oluşup oluşmadığı, beslenme problemleri, başka herhangi bir gelişimsel problemi, gittiği okul türü gibi bilgiler yer almaktadır. Sosyodemografik Bilgi Formu Ek-1’de yer almaktadır.

### **7.2.2. Autism Spectrum Screening Questionnaire (ASSQ)- Otizm Spektrum Anketi-Ergen Versiyonu Türkçe Formu (OSTÖ-TR)**

Otizm Spektrum Bozukluğu bulunan ergenlerde kullanılan ölçeği, Ehlers ve ark. geliştirmiştir. 27 maddelik bir ölçektir. Her bir madde için çocukların akranlarından farklı göze çarpan özelliği işaretlemeleri gerekmektedir. Otizm Spektrum Anketi-Ergen Versiyonu Türkçe Formunun Oluşturulması AQ-Adolescent gerecinin Türkçeye uyarlama çalışması öncesinde ölçeği geliştiren çalışma grubundan e-mail yoluyla izin alınmıştır. Daha sonra ölçeğin çocuk ve ergen psikiyatrisi alanında çalışan araştırma görevlisi ilk çeviriyi gerçekleştirmiştir. İyi düzeyde İngilizce ve Türkçe bilen üç ayrı çocuk psikiyatristi tarafından çeviri gözden geçirilerek 45 düzeltilmiştir. Türkçeye çevrilmiş olan ölçek anadili İngilizce olan fakat Türkçe dilini de bilen tıbbi İngilizce konusunda profesyonel eğitim veren bir kişi tarafından tekrar İngilizceye çevrilmiştir. İngilizce ve Türkçe çeviri metinleri birlikte tüm ifadeler açısından tek tek incelenerek Türkçe çeviriye anlaşılır ve kültüre uygun olduğu düşünülen son hali verilmiştir. ‘Hayır’ (0 puan=normal), ‘Biraz’ (1 puan=biraz anormallik/olağandışılık), ‘Evet’ (2 puan=kesin anormallik/olağandışılık) şeklinde işaretleme yapılmasıyla 0-54 arasında ASSQ puanı elde edilmektedir. ASSQ orijinal olarak dört faktörü ölçmek üzere tasarlanmıştır: sosyal etkileşim (11 madde), iletişim problemleri (6 madde), kısıtlı ve tekrarlayıcı davranışlar (5 madde), motor sakarlık ve motor ve vokal tikleri içeren diğer ilişkili belirtiler (5 madde). Daha sonraki bazı araştırmalarda ASSQ üç alana ayrılarak (kısıtlı ve tekrarlayıcı davranışlar [2, 3, 9, 10, 18, 20, 21, 22, 23, 24,27. maddeler], sosyal etkileşim problemleri [1, 12, 14, 15, 16, 17, 19, 25,26. maddeler], iletişim problemleri [4, 5, 6, 7, 8, 11, 13.maddeler]) çalışılmış ve bir araştırmada üç faktörlü yapı (sosyal güçlükler, tikler/motor/obsesif-kompulsif bozukluk, otistik stil) ortaya konmuştur. Farklı dillerdeki çevirileri için kesme puanları belirlenmiş olan ASSQ’nun Türkçe uyarlamasının (OSTÖ) psikometrik özellikleri Köse ve ark. tarafından yapılmıştır. Ölçek Ek- 2’de verilmiştir.

### **7.2.3. Ergenlik Dönemi Zihin Yetersizliği Olan Çocukların Cinsel Gelişim Özellikleri Ölçeği (EDZYOÇCGÖÖ)**

Bu Ölçek; Süleyman Gürbüz’ün “Ergenlik Dönemindeki Zihin Yetersizliği Olan Bireylerin Cinsel Gelişim Özelliklerinin Ebeveyn Görüşleri İle Değerlendirilmesi: Bir Ölçek Geliştirme Çalışması” çalışmasındaki ölçek kullanılmıştır. Cinsel Uyarılma, Bilgi gereksinimi, Mahremiyet ve Sosyal Güven, Bedensel Gelişim, Cinsel Taciz, Cinsel

Doyum, Cinsel Konuların Paylaşımı, Duygusal Değişim, Cinsel Özbakım gibi bölümlerden oluşmaktadır. Ölçek Ek-3’de verilmiştir.

### **7.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı**

Araştırma İstanbul ili içerisinde “Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezlerine” giden bireyler ile yapılmıştır. 2020 güz 2021 bahar dönemini kapsamaktadır. Araştırmaya 30 kadar ebeveyn katılmayı reddetti. Araştırmada bulunan anketleri dolduran ebeveynlerin 41 tanesi “anne”, 8 tanesi “baba” 1 tanesi ise “diğer” olduğu görülmüştür.

### **7.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi**

#### **Örneklem Belirleme ve Güç (Power) Analizi**

Örneklem hesaplaması, Epi Info™ 7.2.4.0 programı ile yapıldı. İstanbul İli'nden katılım sağlanacağı için nüfusun genelinden 11-18 yaş arası tahmini 2 milyon bireyin olduğu öngörülerek (<https://www.nufusu.com/il/istanbul-nufusu>) örneklem hesaplanmış aşağıdaki belirlenen örneklem sayısı kadar birey dahil edildi. %95 güven aralığı ile en az 40 birey alınacağı belirlendi.

### **7.5. Verilerin Analizi**

İstatistiksel analizler, IBM® SPSS® 26 (SPSS Inc., Chicago, IL, ABD) yazılımı ile yapıldı. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu analitik yöntemlerle (Kolmogorov-Smirnov/ShapiroWilk testleri) kullanılarak incelendi. Tanımlayıcı analizler, normal dağılım değişkenler için ortalama±standart sapma, normal dağılım göstermeyenler için ortanca (medyan) ve IQR kullanılarak verildi. Sosyodemografik bilgiler ve klinik değişkenlere ait kategorik değişkenler frekans ve yüzde değerleri verilerek tanımlayıcı istatistikleri yapıldı. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Pearson yada Fisher Kesin Ki Kare testleri uygulandı. EDZYOÇCGÖ ölçeği ve OST ölçeğinin birbiriyle ilişkisi Pearson’s korelasyon analizi ile değerlendirildi. Otizm ve zihin engeli olan kişilerde ölçek ve ölçeklerin alt boyut puanlarında kestirim (cut-off) değerleri, sensitifite-spesifite değerleri ile birlikte prediktif değişkenlerin belirlenmesi için ROC analizi kullanıldı. p-değerinin 0,05’in altında olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

## 8.BULGULAR

Araştırmaya, 50 çocukla birlikte ebeveynleri de katılmıştır. Araştırmaya, minimum 11 ve maksimum 18 yaşında çocuk dahil edilmiştir ve araştırma grubundaki çocukların yaş ortalaması  $15,5\pm 2,1$  yıldır. Annelerin yaş ortalaması  $42,1\pm 6,3$  ve babaların yaş ortalaması  $45,6\pm 6,6$  yıl olarak bulundu.

**Tablo 1. Çocuk, anne ve babaların yaş ortalaması (N=50)**

Yaş Değişkeni	Min.	Maks.	Ortalama	Std. Sapma
Çocuk Yaşı	11	18	15,5	2,1
Annenin Yaşı	30	56	42,1	6,3
Babanın Yaşı	30	58	45,6	6,6

Araştırmaya, 39 erkek 11 kız hasta katılmıştır. 27 otizm ve 23 zihin engeli olan hasta çalışmada yer almıştır. 39 kişi ebeveyni ile birlikte hayatını devam ettirirken kalan 11 kişi ya annesi ya da babası veya diğer aile yakınlarından birisi ile hayatlarını devam ettirmektedir. Ebeveynlerin çalışma durumları incelendiğinde annelerden 15'i, babaların ise 37'si çalışmaktadır. Ebeveynin öğrenim durumu incelendiğinde ise annelerde lise ve üzeri mezuniyet sayısı 18, babalarda ise 19 olarak bulundu. İncelenen çocuğun kardeşinin olma durumu ve cinsiyeti incelendiğinde hemen hemen aynı oranda olmak üzere 16 erkek 14 kız kardeşe sahip olduğu belirlenmiştir. Ailenin gelir durumuna bakıldığında <3000 TL ve 3000-5000 TL arasında alanların araştırmaya katılım sağlayanların büyük bölümünü oluşturduğu Tablo 2.'de gösterilmiştir.

**Tablo 2. Demografik verilerin dağılımı (N=50)**

Değişkenler	Alt Gruplar	Frekans (n)	Yüzde (%)
Çocuğun Cinsiyeti	Erkek	39	78,0
	Kız	11	22,0
Anketi Dolduran Kişinin Çocuğa Yakınlığı	Anne	41	82,0
	Baba	8	16,0
	Diğer	1	2,0
Çocuğunuzun engel durumu	Otizm	27	54,0
	Zihin Engeli	23	46,0
Çocuğun ebeveyn ile birliktelik durumu	Anne ve Baba ile birlikte	39	78,0
	Anne/Baba/Herikisi ile birlikte değil	11	22,0
Annenin Mesleği	Çalışmıyor	35	70,0
	Çalışıyor	15	30,0
Anne Öğrenim Durumu	Lise ve Üstü	18	36,0
	Lise altı	32	64,0
Babanın Mesleği	Çalışmıyor	13	26,0
	Çalışıyor	37	74,0
Baba Öğrenim Durumu	Lise ve Üstü	19	38,0
	Lise altı	31	62,0
Kardeşin Cinsiyeti	Erkek	16	32,0
	Kız	14	28,0
Ailenin yaklaşık toplam aylık gelir düzeyi ne kadar?	< 3000 TL	18	36,0
	3000-5000 TL	19	38,0
	> 5000 TL	13	26,0

Çocuklardan okula gidenlerin sayısı 46 ve hemen hemen eşit sayıda olmak üzere daha çok ortaokul ve liseye gidildiği öğrenildi. Okul türüne bakıldığında kaynaştırma sınıfı 16 ve özel eğitim rehabilitasyona gidenlerin sayısı 19'u bulmaktadır. Diğerleri ise özel eğitim okulu ya da sınıfında yer almaktadır. Ailesinde herhangi başka bir bireyin engel durumunun varlığına sahip 6 kişi bulunduğu belirlenmiştir. Anne ve baba akraba olma durumu ele alındığında ise 12 (%24) katılımcı ebeveyn akraba evliliği yaptığını beyan etmiştir. 8 katılımcının evinde Türkçe dışında başka bir dil konuşulmaktadır.

**Tablo 2. Demografik verilerin dağılımı (Devamı)**

<b>Değişkenler</b>	<b>Alt Gruplar</b>	<b>Frekans (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
Çocuk okula gidiyor mu?	Hayır	4	8,0
	Evet	46	92,0
Okula gidiyorsa hangi okula gidiyor?	İlkokul	5	10,0
	Ortaokul	16	32,0
	Lise	15	30,0
Gittiği okul türü	Kaynaştırma Sınıfı	16	32,0
	Özel Eğitim Okulu	8	16,0
	Özel Eğitim Sınıfı	7	14,0
	Özel Eğitim ve Rehabilitasyon	19	38,0

Çocuğun, özense, bedense, zihinsel gelişimini ön değerlendirmede çıkarım yapılacak sorular ele alındığında 31 çocuk yeni kararlar alabilmekte, 39'u göz kontağı kurabiliyor, 31'inin kendine ait yatak odasının olduğunu belirtmişlerdir.

**Tablo 2. Demografik verilerin dağılımı (Devamı)**

Değişkenler	Alt Gruplar	Frekans (n)	Yüzde (%)
Evde sizinle birlikte yaşayan başka kimse var mı?	Hayır	39	78,0
	Evet	11	22,0
Ailede herhangi bir engel durumu olan kişi var mı?	Hayır	44	88,0
	Evet	6	12,0
Anne Baba akraba mı?	Hayır	38	76,0
	Evet	12	24,0
Evde konuşulan farklı bir dil var mı?	Hayır	42	84,0
	Evet	8	16,0
Yeni kararlar alabiliyor mu?	Hayır	19	38,0
	Evet	31	62,0
Kendine ait bir yatak odası var mı?	Hayır	19	38,0
	Evet	31	62,0
Göz kontağı kurabiliyor mu?	Hayır	11	22,0
	Evet	39	78,0
Aileyi etkileyen çok büyük bir olay oldu mu?	Hayır	38	76,0
	Evet	12	24,0

Ayrıca, çok önemli bir soru olarak 12'sinde ise aileyi etkileyen büyük travmatik bir olayın başlarından geçtiğini dile getirmişlerdir, Tablo 2 devamında sayı ve oranlar verilmiştir.

Tablo 3.'de ise çocuğun gelişim düzeyi ve klinik bulgulara ait veriler paylaşılmıştır. Çocukların 35'inde ekran bağımlılığı bulunurken kıyafetlerini yalnız başına giyebilme beceresine sahip 32 çocuk bulunmaktadır. İç çamaşırını yalnız başına giyen çocuk sayısı 31, tek başına duş alabilen 23, ergenlik durumu ile ilgili bilgi sahibi 20 çocuk bulunmaktadır.

**Tablo 3. Çocuğun gelişim ve sosyal becerilerine ve anneye ait pre-klinik verilerin dağılımı**

Değişkenler	Alt Gruplar	Frekans (n)	Yüzde (%)
Ekran bağımlılığı var mı? (Telefon, tablet, tv)	Hayır	15	30,0
	Evet	35	70,0
Kıyafetlerini yalnız başına giyebiliyor mu?	Hayır	18	36,0
	Evet	32	64,0
İç çamaşırını yalnız başına giyebiliyor mu?	Hayır	19	38,0
	Evet	31	62,0
Tek başına duş alabiliyor mu?	Hayır	27	54,0
	Evet	23	46,0
Ergenlik ile ilgili bilgilendirme yapıldı mı?	Hayır	30	60,0
	Evet	20	40,0
Planlı bir hamilelik miydi?	Hayır	7	14,0
	Evet	43	86,0
Hamilelikte düzenli doktor kontrolüne gidildi mi?	Hayır	12	24,0
	Evet	38	76,0
Hamilelikte herhangi bir fiziksel sağlık sorunu yaşandı mı?	Hayır	41	82,0
	Evet	9	18,0

Annelerden 43'ü planlı bir gebelik olduğunu belirtirken 38'i gebelik esnasında düzenli doktora gitmiş ve 9'u ise gebelikte herhangi bir fiziksel sağlık sorunu yaşadığını dile getirmiştir.

Tablo 3.'ün devamında, çocuğun doğum zamanının erken olanların sayısı 12, doğum şeklinin sezaryen olanların ise 32 olduğu belirlenmiştir. Anne sütünü 9 ay ve üzeri alabilen çocuk sayısı 13, yürümenin 15 ay ve üzeri olanların sayısı 19, konuşmaya 15 ay ve üzerinde başlayanların sayısı 39 ve tuvaletini söyleme zamanı yine 15 ay ve üzerinde başlayanların sayısı 46 olarak belirlendi. 22 çocukta besleme problemi bulunurken ve herhangi başka gelişimsel problemi olan çocuk sayısı ise 13'ü bulmaktadır.

**Tablo 3. Çocuğun gelişimsel ve klinik verilerin dağılımı (Devamı)**

Değişkenler	Alt Gruplar	Frekans (n)	Yüzde (%)
Çocuk Doğum Zamanı	Erken	12	24,0
	Zamanında	38	76,0
Doğum Şekli	Normal	18	36,0
	Sezaryen	32	64,0
Anne sütü alma süresi	0-3 Ay	6	12,0
	3-6 Ay	15	30,0
	6-9 Ay	16	32,0
	9 Ay Üzeri	13	26,0
Yürümeye ne zaman başladı?	15 Ay Altı	31	62,0
	15 Ay ve Üzeri	19	38,0
Konuşmaya ne zaman başladı?	15 Ay Altı	11	22,0
	15 Ay ve Üzeri	39	78,0
Tuvaletini söylemeye ne zaman başladı?	15 Ay Altı	4	8,0
	15 Ay ve Üzeri	46	92,0
Beslenme problemleri var mı?	Hayır	28	56,0
	Evet	22	44,0
Başka herhangi bir gelişimsel problemi var mı?	Hayır	37	74,0
	Evet	13	26,0

Tablo 4.'de ölçeklere ve alt boyutlarına ait puan ortalamaları, sapmaları ve minimum-maksimum alınmış puan değerlerini göstermektedir. OSTÖ kısıtlı ve tekrarlayıcı davranışlar alt Boyutu ortalama  $12,8 \pm 5,6$  , OSTÖ sosyal etkileşim problemleri alt boyutu ortalama  $10,8 \pm 4,0$  ve OSTÖ iletişim problemleri alt boyutu ortalaması  $7,1 \pm 3,4$  olduğu belirlenmiştir. Genel olarak OSTÖ toplam puan ortalaması  $30,7 \pm 11,5$  olarak hesaplanmıştır. EDZYOÇCGÖÖ ait genel ve alt boyutlardaki puan ortalamaları Tablo 4.'de gösterilmiştir.

**Tablo 4. Ölçeklerin ve alt boyutlarının genel ortalama puanları (N=50)**

Ölçekler ve Alt Boyutları	Minimum	Maximum	Ortalama	Std. Sapma
OSTÖ Kısıtlı ve Tekrarlayıcı Davranışlar Alt Boyutu	1	22	12,8	5,6
OSTÖ Sosyal Etkileşim Problemleri Alt Boyutu	1	17	10,8	4,0
OSTÖ İletişim Problemleri Alt Boyutu	0	14	7,1	3,4
OSTÖ Toplam Skoru	4	52	30,7	11,5
EDZYOÇCGÖÖ Bilgi Gereksinimi Alt Boyutu	9	30	26,8	5,2
EDZYOÇCGÖÖ Cinsel Uyarılma Alt Boyutu	6	30	17,8	6,6
EDZYOÇCGÖÖ Mahremiyet ve Sosyal Güven Alt Boyutu	4	20	9,6	4,7
EDZYOÇCGÖÖ Bedensel Gelişim Alt Boyutu	4	20	12,3	3,8
EDZYOÇCGÖÖ Cinsel Taciz Alt Boyutu	3	15	8,3	3,9
EDZYOÇCGÖÖ Cinsel Doyum Alt Boyutu	4	20	10,9	4,2
EDZYOÇCGÖÖ Cinsel Konuların Paylaşımı Alt Boyutu	3	15	6,8	3,5
EDZYOÇCGÖÖ Duygusal Değişim Alt Boyutu	3	15	11,5	3,6
EDZYOÇCGÖÖ Cinsel Özbakım Alt Boyutu	3	15	11,2	3,3
EDZYOÇCGÖÖ Toplam Skoru	73	156	115,2	18,5

Tablo 5.'de otizm olan çocuklar ile zihinsel engeli olan çocukların kategorik demografik verilerin karşılaştırılması ele alınmıştır. Cinsiyetler arasında anlamlı fark saptanmış ve otizmlili grupta erkek çocuk sayısı anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. Gelir durumu incelendiğinde ise otizmlili grupta gelir düzeyi artış gösterirken zihinsel engeli olan çocuğun ailesinin gelir düzeyi anlamlı olarak düşüş göstermektedir. Ailede herhangi bir engel durumu olup olmaması, anne-babanın akrabalık durumları ve evde konuşulan farklı bir dil olup olmamasına göre otizm ve zihin engelli grupta bu değişkenler yönünden anlamlı fark bulunmamıştır.

**Tablo 5. Otizm ile zihin engeli olan çocuklar arasında kategorik demografik değişkenlerin karşılaştırılması**

Değişkenler	Alt Gruplar	Çocuğun Engel Durumu		p Değeri
		Otizm (n=27) n (%)	Zihin Engeli (n=23) n (%)	
Cinsiyet	Erkek	24(88,9)	15(65,2)	<b>0,044</b>
	Kız	3(11,1)	8(34,8)	
Ebeveyn ile Birliktelik Durumu	Anne ve Baba ile birlikte	23(85,2)	16(69,6)	0,184
	Anne/Baba/Herikisi ile birlikte değil	4(14,8)	7(30,4)	
Ailenin yaklaşık toplam aylık gelir düzeyi ne kadar?	< 3000 TL	4(14,8)	14(60,9)	<b>0,002</b>
	3000-5000 TL	12(44,4)	7(30,4)	
	> 5000 TL	11(40,8)	2(8,7)	
Ailede herhangi bir engel durumu olan kişi var mı?	Hayır	24(88,9)	20(87,0)	0,834
	Evet	3(11,1)	3(13,0)	
Anne-Baba Akrabalık Durumu	Hayır	22(81,5)	16(69,6)	0,325
	Evet	5(18,5)	7(30,4)	
Evde konuşulan farklı bir dil var mı?	Hayır	24(88,9)	18(78,3)	0,444
	Evet	3(11,1)	5(21,7)	

*Pearson's Ki kare veya Fisher's Kesin Ki Kare analizi uygulandı ve  $p < 0,05$  anlamlıdır.*

Tablo 6.'da doğum şeklinin sezaryen olması otizmlili grupta anlamlı yüksek bulunmuştur ( $p=0,005$ ). Konuşmaya başlama 15 ay ve üzeri olması durumunda otizmlili grupta bu oran anlamlı yüksek bulundu. Ayrıca, otizmlili grupta beslenme problemi anlamlı yüksek bulunurken zihin engeli grupta bu durum düşük bulunmuştur. Diğer gelişime ait parametrelerde otizm ve zihin engeli bulunan grup arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.

**Tablo 6. Otizm ile zihin engeli olan çocuklar arasında kategorik gelişim durumuna ait değişkenlerin karşılaştırılması**

Değişkenler	Alt Gruplar	Çocuğun Engel Durumu		p Değeri
		Otizm (n=27) n (%)	Zihin Engeli (n=23) n (%)	
Planlı bir hamilelik miydi?	Hayır	3(11,1)	4(17,4)	0,524
	Evet	24(88,9)	19(82,6)	
Hamilelikte düzenli doktor kontrolüne gidildi mi?	Hayır	5(18,5)	7(30,4)	0,325
	Evet	22(81,5)	16(69,6)	
Hamilelikte herhangi bir fiziksel sağlık sorunu yaşandı mı?	Hayır	22(81,5)	19(82,6)	0,918
	Evet	5(18,5)	4(17,4)	
Çocuk Doğum Zamanı	Erken	7(25,9)	5(21,7)	0,730
	Zamanında	20(74,1)	18(78,3)	
Doğum Şekli	Normal	5(18,5)	13(56,5)	<b>0,005</b>
	Sezaryen	22(81,5)	10(43,5)	
Anne sütü alma süresi	0-3 Ay	3(11,1)	3(13,0)	0,640
	3-6 Ay	10(37,0)	5(21,7)	
	6-9 Ay	7(25,9)	9(39,1)	
	9 Ay Üzeri	7(25,9)	6(26,1)	
Yürümeye ne zaman başladı?	15 Ay Altı	17(63,0)	14(60,9)	0,879
	15 Ay ve Üzeri	10(37,0)	9(39,1)	
Konuşmaya ne zaman başladı?	15 Ay Altı	3(11,1)	8(34,8)	<b>0,044</b>
	15 Ay ve Üzeri	24(88,9)	15(65,2)	
Tuvaletini söylemeye ne zaman başladı?	15 Ay Altı	2(7,4)	2(8,7)	1,000
	15 Ay ve Üzeri	25(92,6)	21(91,3)	
Beslenme problemleri var mı?	Hayır	10(37,0)	18(78,3)	<b>0,003</b>
	Evet	17(63,0)	5(21,7)	
Başka herhangi bir gelişimsel problemi var mı?	Hayır	23(85,2)	14(60,9)	0,051
	Evet	4(14,8)	9(39,1)	

Okula gidilip gidilmemesi durumuna göre otizmli grup ile zihin engeli olan grup arasında anlamlı fark bulunmadı. Otizmli grup daha çok anlamlı düzeyde ortaokula gidiyor bulunurken zihin engeli bulunan çocuklar daha çok liseye gittiği bulunmuştur. Ayrıca, bu iki grup arasında gittikleri okul türleri arasında anlamlı fark bulunmadı.

**Tablo 6. Otizm ile zihin engeli olan çocuklar arasında kategorik gelişim durumuna ait değişkenlerin karşılaştırılması (Devamı)**

Değişkenler	Alt Gruplar	Çocuğun Engel Durumu		p Değeri
		Otizm (n=27) n (%)	Zihin Engeli (n=23) n (%)	
Okula gidiyor mu?	Hayır	4(14,8)	0(0)	0,054
	Evet	23(85,2)	23(100)	
Gittiği okul hangisi?	İlkokul	2(11,8)	3(15,8)	<b>0,009</b>
	Ortaokul	12(70,6)	4(21,1)	
	Lise	3(17,6)	12(63,2)	
Gittiği okul türü	Kaynaştırma Sınıfı	9(33,3)	7(30,4)	0,989
	Özel Eğitim Okulu	4(14,8)	4(17,4)	
	Özel Eğitim Sınıfı	4(14,8)	3(13,0)	
	Özel Eğitim ve Rehabilitasyon	10(37,0)	9(39,1)	

*Pearson's Ki kare veya Fisher's Kesin Ki Kare analizi uygulandı ve  $p < 0,05$  anlamlıdır.*

Tablo 7.'de otizm grubu ile zihin engeli olan grup arasında çocuğun yeni kararlar alıp alamamasına göre yapılan karşılaştırmada zihin engeli bulunan çocuğun otizmliye göre daha yüksek oranda ve istatistiksel olarak anlamlı yeni kararlar aldığı görülmüştür. Ayrıca, zihin engeli olan çocuk otizm tanısı konmuş çocuğa göre anlamlı olarak göz temasını daha fazla kurabildiğini ortaya koymuştur ve otizmli grupta bu oran hemen hemen %30 daha az görülmüştür. Otizmli çocuk zihin engeli olan çocuğa göre kıyafetlerini daha az oranda yalnız giyebilme becerisine sahiptir ve bu durum anlamlı fark olduğunu göstermiştir ve benzer durum olarak çocuğun yalnız duş alıp alamamasına göre de otizmli çocuk açısından zor bir aktivitedir. Diğer değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

**Tablo 7. Otizm ile zihin engeli olan çocuklar arasında kategorik sosyal durum değişkenlerinin karşılaştırılması**

Değişkenler	Alt Gruplar	Çocuğun Engel Durumu		p Değeri
		Otizm (n=27) n (%)	Zihin Engeli (n=23) n (%)	
Yeni kararlar alabiliyor mu?	Hayır	15(55,6)	4(17,4)	<b>0,006</b>
	Evet	12(44,4)	19(82,6)	
Kendine ait bir yatak odası var mı?	Hayır	8(29,6)	11(47,8)	0,186
	Evet	19(70,4)	12(52,2)	
Göz kontağı kurabiliyor mu?	Hayır	9(33,3)	2(8,7)	<b>0,036</b>
	Evet	18(66,7)	21(91,3)	
Aileyi etkileyen çok büyük bir olay oldu mu?	Hayır	22(81,5)	16(69,6)	0,325
	Evet	5(18,5)	7(30,4)	
Ekran bağımlılığı var mı? (Telefon, tablet, tv)	Hayır	9(33,3)	6(26,1)	0,577
	Evet	18(66,7)	17(73,9)	
Kıyafetlerini yalnız başına giyebiliyor mu?	Hayır	14(51,9)	4(17,4)	<b>0,011</b>
	Evet	13(48,2)	19(82,6)	
İç çamaşırını yalnız başına giyebiliyor mu?	Hayır	13(48,2)	6(26,1)	0,109
	Evet	14(51,9)	17(73,9)	
Tek başına duş alabiliyor mu?	Hayır	20(74,1)	7(30,4)	<b>0,002</b>
	Evet	7(25,9)	16(69,6)	
Ergenlik ile ilgili bilgilendirme yapıldı mı?	Hayır	14(51,9)	16(69,6)	0,203
	Evet	13(48,1)	7(30,4)	

*Pearson's Ki kare veya Fisher's Kesin Ki Kare analizi uygulandı ve  $p < 0,05$  anlamlıdır.*

Tablo 8.'de otizm grubu ile zihin engeli olan grubun çocuk yaşı, anne ve baba yaş ortalamaları da karşılaştırılmış ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

**Tablo 8. Otizm tanısı konmuş olan çocuklar ile zihin engeli olan çocukların yaş değişkenlerinin karşılaştırılması**

Yaş Değişkeni	Çocuğun engel durumu	N	Ortalama	Std. Sapma	p Değeri
Çocuğun Yaşı	Otizm	27	15,2	2,2	0,282
	Zihin Engeli	23	15,9	2,0	
Annenin Yaşı	Otizm	27	42,4	6,4	0,693
	Zihin Engeli	23	41,7	6,2	
Babanın Yaşı	Otizm	27	46,9	5,9	0,135
	Zihin Engeli	23	44,1	7,1	

*Mann-Whitney U testi analizi uygulandı ve  $p < 0,05$  anlamlıdır.*

Tablo 9.'da otizm tanısı konmuş çocuk ile zihin engeli olan çocuk arasında OSTÖ ve EDZYOÇÇGÖ ölçeklerine ve alt boyutlarına ait puanları karşılaştırılmıştır. OSTÖ ve alt boyutlarında otizmlili çocuk zihinsel engeli olan çocuğa göre anlamlı yüksek puan almış ve ölçeğin alt boyutları da dahil olmak üzere ayırt edebilme özelliği bulunmaktadır. ROC analizi ile birlikte kesim değerleri tespit edilerek bu ayırt etme başarıları ayrıca değerlendirilecektir.

EDZYOÇÇGÖ ölçeğinde ise sadece alt boyutlardan 3 tanesinde “Mahremiyet ve Sosyal Güven Alt Boyutu, Cinsel Taciz Alt Boyutu ve Cinsel Doyum Alt Boyutu” anlamlı fark bulunmuştur. Mahremiyet ve Sosyal Güven Alt Boyutunda otizmlili çocukta puan olarak zihinsel engeli olan çocuğa göre anlamlı yüksek bulunurken diğer anlamlı olan 2 alt boyutta bu skorlar otizmlili çocuklarda anlamlı yüksek bulunmuştur. Mahremiyet ve Sosyal Güven alt boyutunda ters bir puan alma durumu olduğu görülmektedir. Ölçeğin genel puanı otizm ile zihin engeli olan çocuğu ayırt edemezken bu 3 alt boyut farkın olduğunu ortaya koyabilmiştir. Diğer alt boyutlarda anlamlı farklılık bulunmamıştır.

**Tablo 9. Otizm ve zihin engeli olan çocuklar arasında ölçek ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması**

Ölçekler ve Alt Boyutları	Çocuğun Engel Durumu	n	Ortalama	Std. Sapma	p Değeri
OSTÖ Kısıtlı ve Tekrarlayıcı Davranışlar Alt Boyutu	Otizm	27	16,4	4,2	<b>&lt;0,0001</b>
	Zihin Engeli	23	8,4	3,5	
OSTÖ Sosyal Etkileşim Problemleri Alt Boyutu	Otizm	27	12,1	3,4	<b>0,018</b>
	Zihin Engeli	23	9,3	4,1	
OSTÖ İletişim Problemleri Alt Boyutu	Otizm	27	8,6	3,2	<b>0,001</b>
	Zihin Engeli	23	5,4	2,6	
OSTÖ Toplam Skoru	Otizm	27	37,1	9,9	<b>&lt;0,0001</b>
	Zihin Engeli	23	23,1	8,3	
EDZYOÇCGÖÖ Bilgi Gereksinimi Alt Boyutu	Otizm	27	26,7	5,2	0,699
	Zihin Engeli	23	26,8	5,4	
EDZYOÇCGÖÖ Cinsel Uyarılma Alt Boyutu	Otizm	27	19,0	5,9	0,169
	Zihin Engeli	23	16,4	7,1	
EDZYOÇCGÖÖ Mahremiyet ve Sosyal Güven Alt Boyutu	Otizm	27	8,2	4,3	<b>0,038</b>
	Zihin Engeli	23	11,2	4,8	
EDZYOÇCGÖÖ Bedensel Gelişim Alt Boyutu	Otizm	27	11,9	4,2	0,428
	Zihin Engeli	23	12,9	3,3	
EDZYOÇCGÖÖ Cinsel Taciz Alt Boyutu	Otizm	27	9,5	4,1	<b>0,023</b>
	Zihin Engeli	23	6,9	3,2	
EDZYOÇCGÖÖ Cinsel Doyum Alt Boyutu	Otizm	27	12,2	4,3	<b>0,016</b>
	Zihin Engeli	23	9,4	3,7	
EDZYOÇCGÖÖ Cinsel Konuların Paylaşımı Alt Boyutu	Otizm	27	7,5	3,4	0,119
	Zihin Engeli	23	6,0	3,4	
EDZYOÇCGÖÖ Duygusal Değişim Alt Boyutu	Otizm	27	12,1	3,4	0,131
	Zihin Engeli	23	10,7	3,7	
EDZYOÇCGÖÖ Cinsel Özbakım Alt Boyutu	Otizm	27	12,0	2,7	0,176
	Zihin Engeli	23	10,3	3,9	
EDZYOÇCGÖÖ Toplam Skoru	Otizm	27	119,1	19,2	0,054
	Zihin Engeli	23	110,7	17,0	

*Mann-Whitney U testi uygulandı ve  $p < 0,05$  istatistiksel olarak anlamlıdır.*

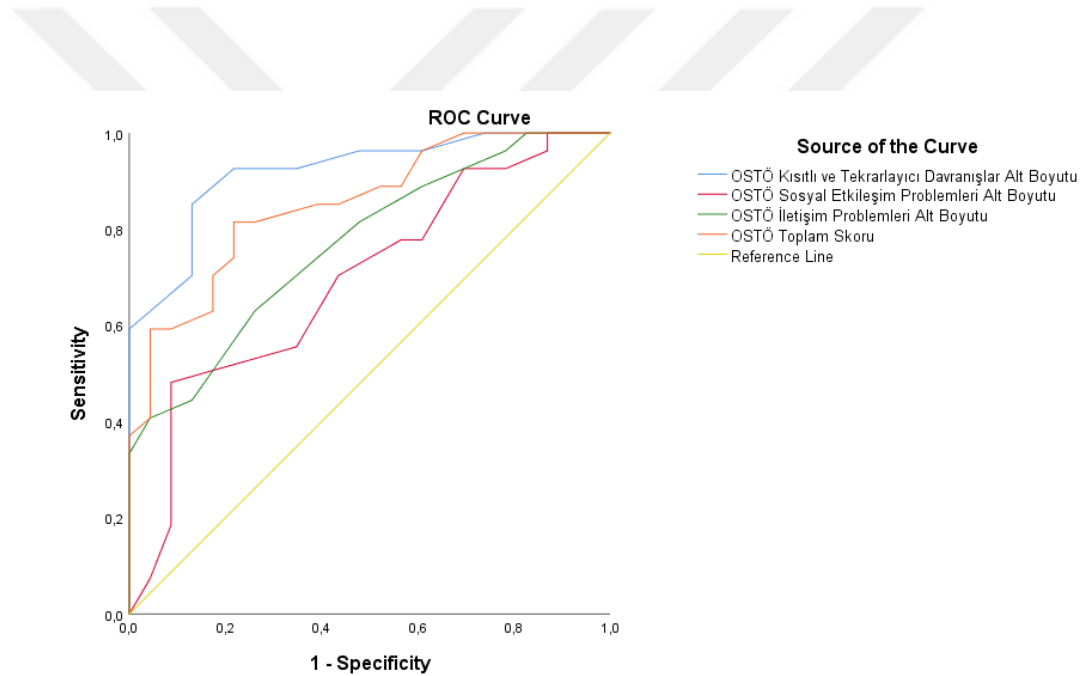
Tablo 10.'da otizmlili grup ile zihin engeli olan grubu OSTÖ başarılı bir şekilde hemen hemen yüksek sensitivite ve spesifite değerleri ve güçlü kesim değerleri ile ayırt etmeyi başardığı tespit edilmiştir. Bu ölçeğin en başarılı belirteci “Kısıtlı ve Tekrarlayıcı Davranışlar Alt Boyutu”dur ve anlamlı yüksek bir AUC değeri ile birlikte %80'nin üzerinde sensitivite-spesifite değerine sahiptir.

**Tablo 10. Otizm ile zihinsel engeli bulunan çocukların OSTÖ ve alt boyutların ayırt etme başarısının incelenmesi**

OSTÖ ve alt boyutları	AUC	Std. Hata	p Değeri	%95 GA		Sensitivite (%)	Spesifite (%)	Kesim Değeri (Cut-Off)
				Alt Sınır	Üst Sınır			
OSTÖ Kısıtlı ve Tekrarlayıcı Davranışlar Alt Boyutu	0,920	0,038	<0,0001	0,846	0,994	85,2	87,0	11,5
OSTÖ Sosyal Etkileşim Problemleri Alt Boyutu	0,695	0,075	0,019	0,547	0,842	70,4	56,5	10,5
OSTÖ İletişim Problemleri Alt Boyutu	0,769	0,065	0,001	0,641	0,897	70,4	65,2	6,5
OSTÖ Toplam Skoru	0,853	0,052	<0,0001	0,750	0,955	81,5	78,3	27,5

ROC Analizi uygulandı ve  $p < 0,05$  olduğu durumlar anlamlı kabul edildi.

AUC; Area under curve (altta kalan alan değeri), GA; Güven aralığı



**Şekil 1. Otizm ile zihinsel engeli bulunan çocukların OSTÖ ve alt boyut puanlarında ROC analizine göre grupları ayırt etme başarısı**

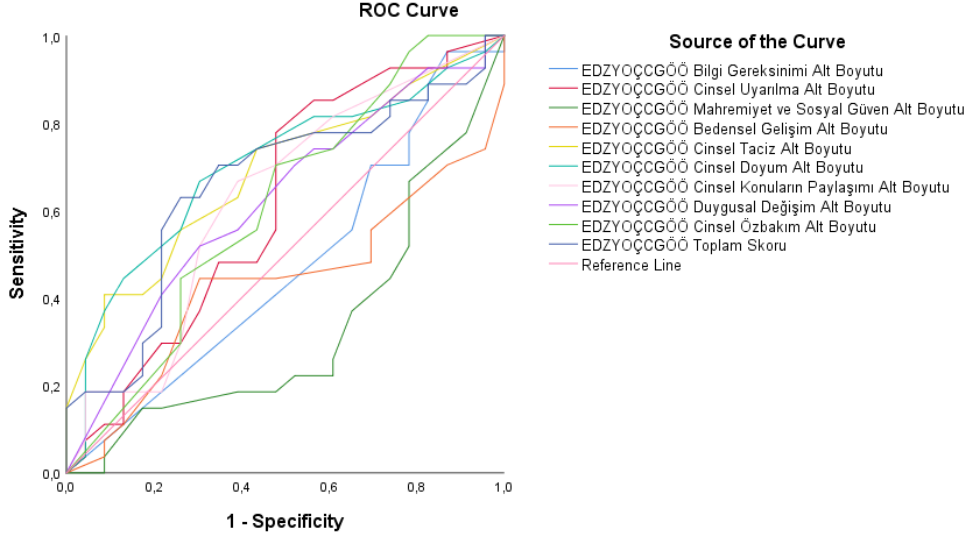
Tablo 11.'de EDZYOÇGÖ ölçeği ve alt boyutlarına ait ROC analizi sonuçları gösterilmiştir. Ölçeğin genel puan durumu belirteç (ayırt edici faktör) olma özelliği göstermezken alt boyutlardan ters puan düzeni ile “Mahremiyet ve Sosyal Güven Alt Boyutu” ve normal puanlama düzeni ile “Cinsel Taciz Alt Boyutu” ve “Cinsel Doyum Alt Boyutu” arasında istatistiksel olarak anlamlı belirteç olma özelliği taşıdıkları tespit edilmiştir. Ancak, sensitivite ve spesifite değerleri OSTÖ’ye göre düşük kalmaktadır.

**Tablo 11. Otizm ile zihinsel engeli bulunan çocukların EDZYOÇCGÖÖ ve alt boyutların ayırt etme başarısının incelenmesi**

OSTÖ ve alt boyutları	AUC	Std. Hata	p Değeri	%95 GA		Sensitivite (%)	Spesifite (%)	Kesim Değeri (Cut-Off)
				Alt Sınır	Üst Sınır			
EDZYOÇCGÖÖ Bilgi Gereksinimi Alt Boyutu	0,471	0,083	0,726	0,308	0,634	70,4	30,4	27,5
EDZYOÇCGÖÖ Cinsel Uyarılma Alt Boyutu	0,614	0,083	0,170	0,452	0,775	77,8	52,2	15,5
EDZYOÇCGÖÖ Mahremiyet ve Sosyal Güven Alt Boyutu	0,329	0,078	<b>0,039</b>	0,176	0,483	66,7	21,7	5,5
EDZYOÇCGÖÖ Bedensel Gelişim Alt Boyutu	0,435	0,083	0,430	0,273	0,596	44,4	52,2	12,5
EDZYOÇCGÖÖ Cinsel Taciz Alt Boyutu	0,687	0,075	<b>0,024</b>	0,540	0,834	63	60,9	7,5
EDZYOÇCGÖÖ Cinsel Doyum Alt Boyutu	0,699	0,075	<b>0,016</b>	0,551	0,847	74,1	56,5	9,5
EDZYOÇCGÖÖ Cinsel Konuların Paylaşımı Alt Boyutu	0,627	0,081	0,124	0,468	0,786	66,7	39,1	6,5
EDZYOÇCGÖÖ Duygusal Değişim Alt Boyutu	0,622	0,080	0,139	0,466	0,779	70,4	47,8	11,5
EDZYOÇCGÖÖ Cinsel Özbakım Alt Boyutu	0,610	0,082	0,182	0,450	0,771	70,4	52,2	10,5
EDZYOÇCGÖÖ Toplam Skoru	0,659	0,079	0,054	0,504	0,815	70,4	65,2	115,0

*ROC Analizi uygulandı ve  $p < 0,05$  olduğu durumlar anlamlı kabul edildi.*

*AUC; Area under curve (altta kalan alan değeri), GA; Güven aralığı*



**Şekil 2. Otizm ile zihinsel engeli bulunan çocukların EDZYOCGGÖÖ ve alt boyut puanlarında ROC analizine göre grupları ayırt etme başarısı**

Tablo 12.'de ise OST ve EDZYOCGGÖÖ ölçekleri arasında korelasyon analizi ele alınmıştır. OSTÖ ve alt boyutları ile EDZYOCGGÖÖ Cinsel Uyarılma Alt Boyutu arasında pozitif yönde hemen hemen orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ve r&p değerleri tabloda gösterilmiştir.

OSTÖ ve alt boyutları ile EDZYOCGGÖÖ Mahremiyet ve Sosyal Güven Alt Boyutu arasında negatif yönde hemen hemen orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandığı görülmüştür.

OSTÖ ve alt boyutları ile EDZYOCGGÖÖ Cinsel Taciz Alt Boyutu arasında pozitif yönde hemen hemen orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

OSTÖ Kısıtlı ve Tekrarlayıcı Davranışlar Alt Boyutu ile EDZYOCGGÖÖ Cinsel Doyum Alt Boyutu arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki saptandığı tespit edilmiştir ( $r=0,288$   $p=0,042$ ).

OSTÖ ve alt boyutları ile EDZYOCGGÖÖ Duygusal Değişim Alt Boyutu arasında pozitif yönde hemen hemen orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

OSTÖ ve alt boyutları ile EDZYOCGGÖÖ Cinsel Özbakım Alt Boyutu arasında pozitif yönde hemen hemen orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

EDZYOÇCGÖÖ Toplam Skoru ile OSTÖ ve alt boyutları arasında pozitif yönde hemen hemen orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

**Tablo 12. OST ve EDZYOÇCGÖ ölçekleri arasında korelasyon analizi**

Ölçekler ve Alt Boyutları	İstatistiksel Değerler	OSTÖ Kısıtlı ve Tekrarlayıcı Davranışlar Alt Boyutu	OSTÖ Sosyal Etkileşim Problemleri Alt Boyutu	OSTÖ İletişim Problemleri Alt Boyutu	OSTÖ Toplam Skoru
EDZYOÇCGÖÖ Bilgi Gereksinimi Alt Boyutu	r p	0,107 0,460	0,241 0,092	0,074 0,609	0,156 0,279
EDZYOÇCGÖÖ Cinsel Uyarılma Alt Boyutu	r p	,423** 0,002	,498** 0,000	,378** 0,007	,486** 0,000
EDZYOÇCGÖÖ Mahremiyet ve Sosyal Güven Alt Boyutu	r p	-,558** 0,000	-,528** 0,000	-,337* 0,017	-,550** 0,000
EDZYOÇCGÖÖ Bedensel Gelişim Alt Boyutu	r p	-0,200 0,164	-0,176 0,222	-0,053 0,714	-0,173 0,230
EDZYOÇCGÖÖ Cinsel Taciz Alt Boyutu	r p	,514** 0,000	,440** 0,001	,407** 0,003	,519** 0,000
EDZYOÇCGÖÖ Cinsel Doyum Alt Boyutu	r p	,288* 0,042	0,172 0,231	0,131 0,366	0,237 0,098
EDZYOÇCGÖÖ Cinsel Konuların Paylaşımı Alt Boyutu	r p	0,208 0,148	0,226 0,114	0,207 0,150	0,239 0,095
EDZYOÇCGÖÖ Duygusal Değişim Alt Boyutu	r p	,409** 0,003	,366** 0,009	,307* 0,030	,413** 0,003
EDZYOÇCGÖÖ Cinsel Özbakım Alt Boyutu	r p	,566** 0,000	,556** 0,000	,302* 0,033	,553** 0,000
EDZYOÇCGÖÖ Toplam Skoru	r p	,391** 0,005	,419** 0,002	,326* 0,021	,428** 0,002

*Pearson korelasyon analizi uygulandı ve r; Pearson korelasyon katsayısı gösterir.*

*\*Correlation is significant (p) at the 0.05 level (2-tailed).*

*\*\*Correlation is significant (p) at the 0.01 level (2-tailed).*

## 9.TARTIŞMA

Bu araştırmada, 11-18 yaş arası çocuğu olan ebeveynlerin sosyodemografik bilgi formu ardından “ASSQ – OSTÖ-TR (Otizm Spektrum Tarama)” en son olarakta “Ergenlik Dönemindeki Zihin Yetersizliği Olan Çocukların Cinsel Gelişim Özellikleri Ölçeği” ölçeğini doldurmaları istenmiştir.

Araştırma gruplarında engelli erkek çocuklarının daha fazla olduğu görülmüştür. OSB sahip olan erkekler çocuklarının oranı %88,9 iken, OSB olan kız çocuklarının %11’idir. Zihinsel Yetersizlikte ise sonuçlar; erkek çocuklarının oranı %65,2 kız çocuklarının oranı %34,8’dir. Erkek çocuklarının OSB bozukluğu ve Zihinsel Yetersizlik tanısı alması kız çocuklarına göre daha fazla olduğu araştırma sonucunda görülmüştür. Alan yazını incelendiğinde; Bakırcı (2009) yılında yaptığı çalışmada; çalışmaya katılan bireylerin %31’inin kız çocukları, %69’unu erkek çocukları oluşturduğunu söylemektedir. Kahrıman ve Bayat’a göre yetersizliği bulunan çocuklarda erkek cinsiyet oranının kız çocuklarına göre iki kat daha fazla olduğu söylenmiştir. İçmeli ve ark. (2008) yaptığı çalışmada engelli çocukların %28’i kız, %78’i erkek olduğu görülmüştür. Yapılan alan çalışmaları ile birlikte, erkek çocukların yetersizliğe sahip olması kız çocuklarına oranla daha fazla olduğu görülmüştür. İstatistiksel olarak incelendiğinde bizim çalışmamızda da erkek çocukları kız çocuklarına oranla daha fazla çıkmaktadır. OSB bozukluğuna sahip olan bireylerin ebeveynlerinin gelir düzeyi zihinsel yetersizliğe sahip bireylerin ebeveynlerine göre anlamlı yüksektir. Alan çalışmalarına bakıldığında; Zihinsel yetersizliğe sahip olan bireylerin ailelerindeki ekonomik yetersizliklerden dolayı çocukların tanılanma süreçlerinde güçlükler yaşanmakta olduğu görülmüştür. (Donovan, 1988; Salisbury, 1987). Yuvacı (2019)’a göre OSB bulunan bireylerin maddi durumu iyi olan ailelerde daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Verilen ölçekler incelendiğinde, OSB bulunan bireylerin doğum şekli ile Zihinsel yetersizliğe sahip bireylerin doğum şekli konusunda anlamlı fark vardır. OSB bulunan bireylerin sezaryen ile doğum oranları %81,5 olarak görülmektedir. Zihinsel yetersizlikte bu durum; %43,5 olarak çıkmıştır. Yuvacı (2019)’a göre, OSB bireylerin sezaryen ile doğmuş çocukların yüksek risk alanında olduğunu söylemiştir. Otizm açısından yüksek risk grubunda olan çocukların daha çok ikinci çocuklar olduğu, sezeryan doğumla dünyaya gelmiş çocuklarda, üniversite mezunu annelerin çocuklarında ve gelir durumu yüksek olan ailelerin çocuklarında bu oranın daha yüksek olduğu görülmüştür. Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi

Çocuk Ergen Ruh Sağlığı tarafından Yazıcı (2020) yaptığı çalışmada sezaryen ile doğum oranı, kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunduğu görülmüştür. Sağlık Bilimleri Üniversitesinin yaptığı bir diğer çalışmada da OSB bulunan bireylerin sezaryen ile doğum oranının daha fazla olduğu gözlemlenmiştir. (Uğur Ç. ve Göker Z., 2018). OSB bulunan bireylerin %88,9'u 15. Aydan sonra konuşmaya başlamıştır. Zihinsel yetersizliği bulunan çocukların oranı %65'tir. OSB bulunan çocuklar zihinsel yetersizliği bulunan çocuklara göre daha geç konuşmuştur. Blenner ve Reddy (2011)'e göre OSB çocuklarda gözlemlenebilen göz teması kuramama, taklit yetersizliği, el çırpma ve geç konuşma gibi davranışlar bulunduğu gözlemlenmektedir. Kayıran ve ark. (2012)'ye göre OSB semptomları fiziksel olarak Down Sendromu kadar kolay ayırt edilemediğinden daha geç teşhis edebileceğini belirtmişlerdir. Selimoğlu ve ark. Otizmlili Çocukların ebeveynleri ile yaptığı çalışmada ailelerin çocuklarının konuşmadığı ve geç konuştuğu ile ilgili bilgiler bulunmaktadır. OSB bulunan bireylerin, zihinsel yetersizliğe sahip olan bireylere göre beslenme problemleri daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. OSB bulunan bireylerin %63'ünde beslenme problemi görülmüştür. Zihinsel yetersizlikte bu oran %17'dir. Alan çalışmalarına bakıldığında; Önal ve Uçar (2017) OSB bulunan çocukların beslenme problemleri olduğunu belirtmişlerdir. Çiğneme güçlüğü, takıntılı yeme davranışı ve besin seçiciliği gibi beslenme problemleri olduğu belirtilmiştir. İlik ve Sayın (2018)'e göre beslenme problemleri uzun vadede çocukların ve ebeveynlerin yaşam kalitesini etkilemektedir. Çocuğun yaşam kalitesini arttırmak için beslenme probleminin hangi vitamin ve mineral eksikliğine sebep olduğunu bulmanın önemi üzerinde durmuşlardır. Meral (2017)'ye göre beslenme problemleri OSB bulunan çocuklar arasında oldukça yaygındır. Beslenme problemi, yiyecek seçiminden dolayı olduğu söylenmiştir. Ülkemizde beslenme problemlerini gidermeye yönelik yapılan bir çalışma maalesef bulunmamaktadır. OSB bulunan bireylerin gittiği okul türleri incelendiğinde, Zihinsel yetersizliğe sahip olan çocukların %63,2'si liseye devam etmekte iken OSB bu oran %17'dir. OSB bulunan çocuklar ile zihinsel yetersizliği olan çocuklarda ortaokul ve lise arasında fark var. OSB bulunan çocuklar ile zihinsel yetersizliği bulunan çocukların ortaokul ve lise ye gitme oranları arasında anlamlı fark var.

OSB ile zihinsel yetersizliği olan çocuklar arasında kategorik sosyal durum değişkenlerinin karşılaştırılmasına baktığımızda Zihinsel yetersizliği bulunan çocukların yeni kararlar alabildiği görülmüşken OSB bulunan çocuklarda bu durum %44 olarak

görülmektedir. Zihinsel yetersizliği bulunan çocukların yeni karar alma becerisi OSB bozukluğuna göre yüksek bulunmuştur.

Denolet (2008)'e göre, duygular bireylerin hayatındaki yeni durumlara adaptasyonu sağlarken neyin doğru neyin yanlış olduğunu anlamamızı ve yeni kararlar vermemizi sağlar. Göz kontağı kurma kısmına baktığımızda ise Zihinsel yetersizliğe sahip çocukların tamamına yakını göz kontağı kurabilirken otizmde bu oran çok yüksek çıkmamıştır. Volkmar (1996)'ya göre OSB bulunan çocukların göz kontağı kurma davranışında problem çektiklerini gözlemlenmiştir. Baron ve Kohen (1995)'e göre yetişkin OSB bireylerin bile göz kontağı kurmasında problem olduğu belirtilmiştir.

Zihinsel yetersizliği bulunan çocukların büyük çoğunluğu (%82.6) iken OSB bulunan çocuklarda bu oran %48'de kalmıştır. Zihinsel yetersizliği bulunan çocukların bu beceriyi yerine yetirme olasılığı OSB bulunan çocuklara göre daha yüksek bulunmuştur.

Lam 2008'e göre OSB kıyafet giyme konusunda çeşitli takıntılara sahip olabilir ve aynı kıyafetleri ısrarla giymek isteyebilir şeklinde belirtmiştir. Alan yazılarına baktığımızda OSB bulunan çocukların düğme çözme, fermuar açma, düğme kapatma gibi becerilerinde yetersizliklerinin bulunduğu görülmektedir. Bu yetersizlikler sebebiyle kıyafeti giyse bile düğmeyi kapatma konusunda yardım alma durumu ortaya çıkacaktır. OSB bulunan bireylerin sadece %25'i tek başına duş alabilmektedir. Zihinsel yetersizliklerde ise bu oran %69,6'dır. OSB sahip çocuklar ile zihinsel yetersizliğe sahip çocuklar arasında duş alma becerisi açısından yüksek fark olduğu görülmüştür. Kang ve Chang (2019) yaptığı çalışmada OSB çocukların banyo ve duş alma problemlerini giderme üzerine çalışmalar yapılmıştır. OSB bulunan çocuklara ilgilerini çekecek video oyunlarla birlikte duş becerisi kazandırmak amaçlanmıştır. Öncül ve Yücesoy-Özkan (2010) yılında yaptıkları çalışmada video öğretim yoluyla orta ve ağır düzeyde zihinsel yetersizliği bulunan bireylerle ilgili çalışmalar yapmışlardır. (Otizm Spektrum Tarama Ölçeği) kısıtlayıcı ve tekrarlayıcı davranışlar alanında OSB bulunan çocukların zihinsel yetersizliğe sahip çocuklara göre daha fazla kısıtlayıcı ve tekrarlayıcı davranışta buldukları sonucu ortaya çıkmış olup iki grup arasında yüksek fark olduğu görülmüştür. Cihan-Akgül (2012)'ye göre, OSB bulunan çocuklar bir nesneye takıntılı olabilirler ya da fizyolojik olarak birtakım hareketlerde bulunabilirler. (El şıklatma, ileri geri sallanma gibi). Ekolaliden kaynaklı aynı sözcüğü tekrarlayabilirler. Bir oyuncağa ya da bir olaya aşırı şekilde bağlanma gerçekleşebilir. Celiberti (1997)'ye göre ise OSB bulunan çocuklar, ellerini çırpabilir, parmaklarını açıp kapatabilir, zıplama koşma gibi davranışlar sergileyebilir. Bu davranışları sergilediklerinde ise sosyal-sözel öğrenmeleri genellikle başarısızlıkla

sonuçlanır. (Otizm Spektrum Tarama Ölçeği) Sosyal Etkileşim Problemleri yönünden OSB bulunan bireylerin zihinsel yetersizliği bulunan bireylerle karşılaştırıldığında, OSB bulunan bireylerin etkileşim problemleri daha yüksek olduğu görülmüştür. Alvarez (1999)'a göre OSB bulunan çocuklar göz kontağı kurma becerisi, konuşma becerisi, dil becerisi ve konuşmayı detaylandırma becerilerinde problemler olduğunu belirtmiştir. Yine aynı araştırmada OSB bulunan bireylerin sözel ve sözel olmayan sosyal etkileşimleri anlama ve anladığını sergileme konusunda da problem olduğunu belirtmişlerdir. Charlop (2010)'a göre normal gelişim gösteren bireyler sosyal etkileşim (ifadeler, mimikler, jestler) içeren ifadeleri yaşitlarıyla sıklıkla kullanırken OSB bulunan bireylerin bu ifadeleri kullanmadığını belirtmiştir. Selimoğlu (2018)'e göre OSB bulunan bireylerin en kısıtlayıcı alanlarından birinde sosyal etkileşim becerileri olduğu belirtilmiştir. (Otizm Spektrum Tarama Ölçeği) OSB bulunan bireylerin zihinsel yetersizliği bulunan bireylere göre daha fazla iletişim problemi yaşadıkları görülmüştür. Bu alanda yapılmış çalışmalar incelendiğinde ise; Sucuoğlu ve ark. (1998)'e göre OSB bulunan bireylerin çevreleriyle iletişim kurma açısından yetersiz oldukları belirtilmiştir. İletişimindeki yetersizlikleri sebebiyle, sosyal becerilerini ve iletişim kurma becerilerini olumsuz etkileyeceği belirtilmiştir. OSTÖ'nün (Otizm Spektrum Tarama Ölçeği) ortalama puanları OSB bulunan çocuklar ile zihinsel yetersizliği bulunan çocuklar arasında bu ölçek iki grubu ayırt etmede bütün yönleriyle başarılıdır. Mahremiyet ve Sosyal Güven alt boyutu incelendiğinde Zihinsel Yetersizliği bulunan bireylerin OSB bulunan bireylere göre mahremiyet ve sosyal güven probleminde daha fazla sorun yaşandığı gözlemlenmiştir. Zihinsel yetersizliğe sahip bireylerin skoru OSB göre daha yüksektir. Mahremiyet ve sosyal güven alt boyutu skorları incelendiğinde, mahremiyet (bedensel söz hakkı) kavramında eksikliği bulunan bireylerin istismara daha kolay uğrayabilecekleri düşünülmektedir. Ailey (1995), zihinsel yetersizliğe sahip olan bireylerin daha fazla istismara maruz kaldığını belirtmiştir. Topçu (2009), zihinsel yetersizliği bulunan bireylerin cinsel istismara uğrama nedenlerinin; cinselliği tam olarak anlayamadıkları ve algıyamadıkları, benlik saygılarının düşük olduğu, iyi dokunuş ve kötü dokunuş arasındaki farkı bilmedikleri ve güven konusunda problemler yaşadıkları görülmüştür. (Cohen, Forte, Du Mont, Hyman ve Romans, 2006), Özel çocukların normal gelişim gösteren çocuklara göre daha fazla cinsel istismara maruz kaldığını belirtmişlerdir. Cinsel Taciz Alt Boyutu incelendiğinde, (bundan sonraki aşamalarda bu kısım Cinsel İstismar denilecektir.) OSB bulunan çocukların Zihinsel yetersizliği bulunan çocuklara göre risk oranı daha yüksek çıkmaktadır. OSB bulunan çocukların özel

bölge kavramı, cinsiyet, iyi dokunuş kötü dokunuş ve sırlar kavramını diğer yetersizlik grubuna göre daha zor kavradıkları bilinmektedir. (Kvam 2000), yetersizliği bulunan çocukların diğer çocuklara oranla daha kolay ikna edildiği ve daha kolay kandırıldığını söylemiştir. Yetersizliği bulunan çocukların istismarı tarif etme ve anlatma olasılığının normal gelişim gösteren çocuklara göre daha zor olduğunun ve ifade etme şekillerinin başka olduğunu söylemiştir. Cinsel istismara uğramış yetersizliği bulunan bireylerde; ani iştah kaybı, huzursuzluk durumu, öfke nöbetleri, uykusuzluk ve kâbus görme durumu gözlenebilmektedir. OSB bulunan bireylerin Zihinsel yetersizliği bulunan bireylere göre cinsel doyum konusunda daha fazla zorlandıkları görülmüştür. OSB bozukluğuna sahip bireyler önceki tablolarda da gördüğümüz gibi sözel ipuçlarını, dili kullanma becerileri daha düşük kalmaktadır. İş bu sebepten dolayı cinselliği öğrenmeleri de dürtüsel olabilmektedir, bu dürtüsellik doğrultusunda aşırı mastürbasyon, teşhir ya da vücuda dokunma gibi istenmeyen durumlar ortaya çıkmaktadır. Embregts ve ark. (2010), Yetersizliği bulunan bireylerde romantik ilişki kurma eksikliklerinden dolayı cinsel doyumun azaldığı gözlemlenmektedir. Partner bulmadaki problemler ve kendine güven konusunda sıkıntı yaşayan bireyler cinsel doyuma ulaşmada problem çekmektedir. Yapılan bu çalışmada “normal gelişim gösteren çocuk” grubunun olmaması, ergenlik çağındaki çocukların gözlemiyle alakalı kısıtlılık yaratmaktadır. Örneklem grubundaki sayının azlığı ve çalışmanın tek bir merkezde yapılmasında araştırmanın kısıtlayıcı özelliklerindedir.

## 10.SONUÇ VE ÖNERİLER

### SONUÇLAR

1. Araştırmaya, 39 erkek 11 kız hasta katılmıştır. 27 otizm ve 23 zihin engeli olan hasta çalışmada yer almıştır. 39 kişi ebeveyni ile hayatını devam ettirirken kalan 11 kişi ya annesi ya da babası veya diğer aile yakınlarından birisi ile hayatlarını devam ettirmektedir.
2. Okul türüne bakıldığında kaynaştırma sınıfı 16 ve özel eğitim rehabilitasyona gidenlerin sayısı 19'u bulmaktadır. Diğerleri ise özel eğitim okulu ya da sınıfında yer almaktadır.
3. Araştırmaya katılan çocuklardan 12'sinde ise aileyi etkileyen büyük travmatik bir olayın başlarından geçtiğini dile getirmişlerdir.
4. Çocukların 35'inde ekran bağımlılığı bulunmaktadır.
5. Cinsiyetler arasında anlamlı fark saptanmış ve OSB bulunan grupta erkek çocuk sayısı anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur.
6. Konuşmaya başlama 15 ay ve üzeri olması durumunda otizmlili grupta bu oran anlamlı yüksek bulundu. OSB bulunan çocuklarda beslenme problemi anlamlı yüksek bulunurken zihinsel yetersizliği bulunan grupta bu durum düşük bulunmuştur.
7. Okula gidilip gidilmemesi durumuna göre OSB bulunan grup ile zihinsel yetersizliği olan grup arasında anlamlı fark bulunmadı. Otizmlili grup daha çok anlamlı düzeyde ortaokula gidiyor bulunurken zihinsel yetersizliği bulunan çocuklar daha çok liseye gittiği bulunmuştur. Bu iki grup arasında gittikleri okul türleri arasında anlamlı fark bulunmadı.
8. OSB grubu ile zihinsel yetersizliği olan grup arasında çocuğun yeni kararlar alıp alamamasına göre yapılan karşılaştırmada zihinsel yetersizliği bulunan çocuğun otizmliliye göre daha yüksek oranda ve istatistiksel olarak anlamlı yeni kararlar aldığı görülmüştür. Ayrıca, zihinsel yetersizliği olan çocuk OSB tanısı konmuş çocuğa göre anlamlı olarak göz temasını daha fazla kurabildiğini ortaya koymuştur ve otizmlili grupta bu oran hemen hemen %30 daha az görülmüştür.
9. OSB bulunan çocuklar zihinsel yetersizliği olan çocuklara göre kıyafetlerini daha az oranda yalnız giyebilme becerisine sahiptir ve bu durum anlamlı fark olduğunu

göstermiştir ve benzer durum olarak çocuğun yalnız duş alıp alamamasına göre de otizmlı çocuk açısından zor bir aktivitedir.

10. OSB grubu ile zihinsel yetersizliği olan grubun çocuk yaşı, anne ve baba yaş ortalamaları da karşılaştırılmış ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır
11. Gelir durumu incelendiğinde ise OSB bulunan grupta gelir düzeyi artış gösterirken zihinsel yetersizliği olan çocuğun ailesinin gelir düzeyi anlamlı olarak düşüş göstermektedir.
12. OSTÖ ve alt boyutlarında otizmlı çocuk zihinsel yetersizliği olan çocuğa göre anlamlı yüksek puan almış ve ölçeğin alt boyutları da dahil olmak üzere ayırt edebilme özelliği bulunmaktadır.
13. Mahremiyet ve Sosyal Güven Alt Boyutu, Cinsel Taciz Alt Boyutu ve Cinsel Doyum Alt Boyutu” anlamlı fark bulunmuştur
14. Mahremiyet ve Sosyal Güven Alt Boyutunda otizmlı çocukta puan olarak zihinsel engeli olan çocuğa göre anlamlı yüksek bulunurken diğer anlamlı olan 2 alt boyutta bu skorlar OSB bulunan çocuklarda anlamlı yüksek bulunmuştur. Mahremiyet ve Sosyal Güven alt boyutunda ters bir puan alma durumu olduğu görülmektedir.
15. Çocukların annelerinin ve babalarının çalışıp çalışmamasının, özel çocuklar açısından anlamlı bir farkı yoktur.
16. Ailede herhangi bir engel durumunun, çocukların özel durumuyla arasında anlamlı bir fark yoktur.
17. Çocukların annelerinin ve babalarının öğrenim durumunun, özel çocuklar açısından anlamlı bir farkı yoktur.

## ÖNERİLER

OSB bozukluğuna sahip çocuklarda ekran bağımlılığı ile konuşmalarda gecikmeler, iletişim kurma gibi problemler ortaya çıkmaktadır. Bu problem durumundan kurtulabilmek için ebeveynlerin çocuklarının ekrana ulaşmasını aralıklarla ve kısıtlayarak kontrol altına almaları önerilmektedir. Özel çocukların istismarla karşılaşma riski daha fazladır. Bu noktada her çocuğun özel durumuna ilişkin bireysel bir cinsel eğitim programı üzerinden gidilmelidir. Bu çocuklara cinsiyet kavramı, özel alan kavramı, öz bakım becerileri, dokunuşlar ve sınırlar hakkında cinsel eğitimler verilmelidir.



## KAYNAKLAR

D.Haracopos ve L.Pedersen, yayımlanmamış; Konstantareas ve Lunskey, 1997; Ruble ve Dalrymple, 1993; van Bourgondien ve diğerleri, 1997; van Son- Schoones ve van Bilsen, 1995).

Ruble, L.A., Dalrymple, N.J. Social/sexual awareness of persons with autism: A parental perspective. *Arch Sex Behav* **22**, 229–240 (1993).

Hellemans, H., Colson, K., Verbraeken, C. *et al.* Sexual Behavior in High-Functioning Male Adolescents and Young Adults with Autism Spectrum Disorder. *J Autism Dev Disord* **37**, 260–269 (2007).

Wing, L. *Autistic children: A guide for parents and professionals*. New York: Brunner/ Mazel, 1972.

Celiberti, D.A., Bobo, H.E., Kelly, K.S., Harris, S.L., Handleman, J.S., The differential and temporal effects of antecedent exercise on the self stimulatory behavior of a child with autism, *Research in Developmental Disabilities*, **18**, 139-150,1997.

Gürel Selimoğlu, Ö., & Özdemir, S. (2018). Etkileşim Temelli Erken Çocuklukta Müdahale Programı'nın (ETEÇOM) Otizm Spektrum Bozukluğu sergileyen çocukların sosyal etkileşim becerileri üzerindeki etkililiği. *Erken Çocukluk Çalışmaları Dergisi*, **2**(3), 514-555.

Charlop, M. H., Dennis, B., Carpenter, M. H., & Greenberg, A. L. (2010). Teaching socially expressive behaviors to children with autism through video modeling. *Education & Treatment of Children*, **33**(3), 371-393.

Gürel Selimoğlu, Ö., & Özdemir, S. (2018). Etkileşim Temelli Erken Çocuklukta Müdahale Programı'nın (ETEÇOM) Otizm Spektrum Bozukluğu sergileyen çocukların sosyal etkileşim becerileri üzerindeki etkililiği. *Erken Çocukluk Çalışmaları Dergisi*, **2**(3), 514-555.

Ailey, H.S.; Marks, B.A.; Crisp, C.; Hahn, J.E. (2003). Promoting Sexuality Across The Life Span For Individuals With Intellectual And Developmental Disabilities. *The Nursing Clinics Of North America*, **38**(2).

Topçu, S. (2009). Cinsel İstismar. Ankara: Phoenix Yayınevi.

Kvam, H.M.(2000). Is Sexual Abuse Of Children With Disabilities Disclosed? A Retrospective Analysis Of Child Disability And The Likelihood Of Sexual Abuse Among Those Attending Norwegian Hospitals. *Child Abuse and Neglect*. V:24, 8.p: 1073-84. Oslo, Norway: Redd Barna rapport nr 1, 98. (in Norwegian) SINTEF Unimed.

Embregts P, Bogaard K, Hendriks L, Heestermans M, Schuitemaker M. Wouwe H. Sexual risk assessment for people with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*. 2010 January; 31:760–767.

Van Bourgondien, M.E., Reichle, N.C. & Palmer, A. Sexual Behavior in Adults with Autism. *J Autism Dev Disord* **27**, 113–125 (1997).

Dalldorf J.S. (1983) Medical Needs of the Autistic Adolescent. In: Schopler E., Mesibov G.B. (eds) *Autism in Adolescents and Adults*. Current Issues in Autism. Springer, Boston, MA.

*Journal of Autism and Developmental Disorders*, Vol. 29, No. 2, 1999 Sexual Behaviors in Autism: Problems of Definition and Management George M. Realmuto<sup>1,3</sup> and Lisa A. Ruble

Hingsburger, D., Griffiths, D., & Quinsey, V. (1991). Detecting counterfeit deviance: Differentiating sexual deviance from sexual inappropriateness. *The Habilitative Mental Healthcare Newsletter*, 10, 51–54.

Griffiths, D. M., Quinsey, V. L., & Hingsburger, D. (1989). *Changing inappropriate sexual behavior: A community-based approach for persons with developmental disabilities*. Paul H. Brookes Publishing.

Realmuto, G.M., Ruble, L.A. Sexual Behaviors in Autism: Problems of Definition and Management. *J Autism Dev Disord* 29, 121–127 (1999).

Hollomotz, A. (2011). *Learning difficulties and sexual vulnerability: A social approach*. London, UK: Jessica Kingsley Publishers.

Ginevra, M. C., Nota, L., & Stokes, M. A. (2016). The differential effects of Autism and Down's syndrome on sexual behaviour. *Autism Research*, 9(1), 131–140.

Patterson R. D., Upperkamp S., Johnsrude I. S., Griffiths T. D., (2002). The processing of temporal pitch and melody information in auditory cortex *Neuron* 36: 767–776

Hellems, H., Deboutte D. (2002) ‘Autism Spectrum Disorder and Sexuality’ , paper presented at the Inaugural World Autism Congress, Melbourne, 10-14 November.

Van Bourgondien, M.E., Reichle, N.C, Palmer, A. Sexual Behavior in Adults with Autism. *J Autism Dev Disord* **27**, 113–125 (1997).

Koller, R. Sexuality and Adolescents with Autism. *Sexuality and Disability* 18, 125–135 (2000).

Murphy, G.H., Beadle-Brown, J., Wing, L. *et al.* Chronicity of Challenging Behaviours in People with Severe Intellectual Disabilities and/or Autism: A Total Population Sample. *J Autism Dev Disord* **35**, 405–418 (2005).

Van Bourgondien, M.E., Reichle, N.C, Palmer, A. Sexual Behavior in Adults with Autism. *J Autism Dev Disord* **27**, 113–125 (1997).

Tufan, İ. (2003). Otistik Çocuk Dahi mi, Engelli mi?: İletişim Yayınevi.

Yörükoğlu, A (1994) Cinsel Gelişim Ve Cinsel Eğitim Çocuk Ruh Sağlığı, 19. Basım 375, 231-247.

Ruble L.A, Darlymple NJ. (1993) Social /Sexual awereness Of Persons With Autism:A Parental Perspective *Arch Sex Behav*; Jun; 22(3):229-40.

Öztürk, Ö. (1994) Çocukluk Çağı Ruhsal Sorunları ve Bozuklukları, Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Hekimler Yayın Birliği, Ankara 421-431.

Realmuto Gm, Ruble LA (1999) Sexual Behaviours in autism: Problems Of Definition and Management, *J. Autism Dev Disord* Apr;29(2):121-127.

Madi, B. (2005) Otistiklerde Ergenlik Dönemi ve Cinsel Sorunlar I. Uluslararası İzmir Özel Eğitim ve Otizm Sempozyumu (28-30 Eylül).

Semerci, B. (2008) Çocuklarımızla Cinsellik Hakkında Nasıl Konuşalım?, Bebeklikten Gençliğe Cinsellik, Alfa Basım Yayım Dağıtım Ltd.Şrt, İstanbul

Tuğrul, B., Artan, İ. 2001. Çocukların Cinsel Eğitimleri İle İlgili Anne Görüşlerinin İncelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 20, 141-149.

Çalışkandemir, F., Bencik, S. ve Artan, İ. (2008). Çocukların cinsel eğitimi: geçmişten günümüze bir bakış. Eğitim ve Bilim, 33 (150), 14-27.

Girgin-Büyükbayraktar Ç, Konuk-Er R, Kesici S. According to the opinions of teachers of individuals with intellectual disabilities: what are the sexual problems of students with special education needs? How should sexual education be provided for them? JEP. 2017;8(7):107–15.

Çetin, Z. (2002). Beş-Onyediyi Yaş Grubu Zihinsel Engeli Olan ve Beş-Altı Yaş Grubu Zihinsel Engeli Olmayan Çocukların Cinsiyet Rolü Kazanımlarının Karşılaştırılması, Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Kök, G. (2010). Zihinsel Engelli Çocuğun Cinsel Sağlığına Yönelik Ebeveynlere Verilen Sağlık Eğitiminin Etkinliğinin İncelenmesi. Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Programı Doktora Tezi. T.C.

Türkiye İstatistik Kurumu. 2002 Türkiye Özürlüler Araştırması.

Özsoy, Y., Özyürek, M. & Eripek, S. (1989). Özel eğitime giriş. Ankara: Karatepe Yayınları.

Eripek, S. (2005), Özel Eğitim. Okulöncesi Öğretmenliği Lisans Programı Ders Kitabı, Ed.: S. Eripek, Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayını No:756.

Özyürek, M. (2006). Engellilere yönelik tutumların değiştirilmesi, Ankara: Kök Yayıncılık.

Cavkaytar A, Diken I. Introduction To Special Education. Ankara: Kok Press; 2005.

Özsoy Y, Özyürek M, Eripek S. Children In Need Of Special Education. Ankara: Karatepe Publishing. 1989;6

Wehmeyer, M. L. (2006). Self-determination and individuals with severe disabilities: Re-examining meanings and misinterpretations. Research and Practice for Persons with Severe Disabilities, 30 (3), 113–120.

UNICEF. (2008). Monitoring child disability in developing countries. New York, USA: United Nations Children's Fund Division of Policy and Practice.

World Health Organization. (2011). World report on disability. Geneva: World Health Organization

T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü Başkanlığı ve T.C. Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı. Türkiye Özürlüler Araştırması 2002.

National Autism Center. (2015). *Findings and conclusions: National Standards Project, Phase 2*. Randolph: National Autism Center.

Carter, A. S., Davis, N. O., Klin, A., & Volkmar, F. R. (2005). Social Development in Autism. In F. R. Volkmar, R. Paul, A. Klin, & D. Cohen (Eds.), *Handbook of autism and pervasive developmental disorders: Diagnosis, development, neurobiology, and behavior* (pp. 312–334). John Wiley & Sons Inc.

Ryan, J.P., Williams, A.B. & Courtney, M.E. Adolescent Neglect, Juvenile Delinquency and the Risk of Recidivism. *J Youth Adolescence* **42**, 454–465 (2013).

Fein, D., Dunn, M. A. (2007). Autism in your classroom: A general educator's guide to students with autism spectrum disorders. Bethesda, MD: Woodbine House.

Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, **2**, 217– 250.

Klin, A., Carter, A., Volkmar, F. R., Cohen, D. J., Marans, W. D., & Sparrow, S. (1997). Developmentally based assessments. In D. J. Cohen & F. R. Volkmar (Eds.), *Handbook of autism and pervasive developmental disorders* (2nd ed., pp. 411–447). New York: Wiley

Webber, J., Scheuermann, B. (2008). Educating students with autism: A quick start manual. Austin, TX: Pro-Ed.

Klin, A., Lin, D. J., Gorrindo, P., Ramsay, G., & Jones, W. (2009). Two-year-olds with autism orient to non-social contingencies rather than biological motion. *Nature*, **459**, 257–261.

Aydın, A. (2008). “Sembolik Oyun Testi'nin Türkçe'ye Uyarlanması ve Okul Öncesi Dönemdeki Normal, Otistik ve Zihin Engelli Çocukların Sembolik Oyun

Davranışlarının İncelenmesi.”. Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü: İstanbul.

Bishop, S. L., Gahagan, S., & Lord, C. (2007). Re-examining the core features of autism: A comparison of autism spectrum disorder and fetal alcohol spectrum disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 1111–1121.

Heflin, L. J., & Alaimo, D. F. (2007). *Students with autism spectrum disorders: Effective instructional practices*. Upper Saddle River, NJ: Pearson Education Inc.

Kırcaali-iftar G. & Odluyurt, S. (2012). Otizm spektrum bozukluğu olan çocuklara iletişim becerilerinin kazandırılması. A. Gönül Akçamete (Ed).Genel eğitim sınıflarında özel gereksinimi olan çocuklar ve özel eğitim.(ss. 329-367)Ankara: Kök. Kırcaali-İftar, G. (2007). Otizm spektrum bozukluğu, İstanbul: Daktylos.

Öztürk M, Sayar MK, Tüzün Ü. Asperger bozukluğu olan çocuklarda risperidon kullanımı: olgu sunumu. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2000; 10:51-55

Volkmar F, Klin A. Pervasive developmental disorders. In Kaplan and Sadocks Comprehensive Textbook of Psychiatry, Kaplan, Sadocks (eds). 7th ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000; 138.

Pehlivan Türk B, Bakkaloğlu B, Ünal F. Otistik Bozukluk Etiyolojisi: Genetik Etkenler. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Dergisi 2003; 10:88-96.

Rutter, M. Diagnosis and definition of childhood autism. *J Autism Dev Disord* 8, 139–161 (1978).

Millî Eğitim Bakanlığı Özel Eğitim ve Rehberlik Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2012). Özel eğitim hizmetleri yönetmeliği. Ankara.

Bodur Ş, Soysal AŞ. Otizmin Erken Tanısı ve Önemi. Sted. Dergisi 2004;13: 394-98.

Amerikan Psikiyatri Birliği, (2014). Ruhsal bozuklukların tanısall ve sayımsal el kitabı (DSM-5), Tanı ölçütleri el kitabı. (Çev: Köroğlu,E.) Ankara: Hekimler Yayın Birliği. (Özgün çalışma 2013)

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text revision). Washington, DC: Author.

Fombonne, E. Epidemiological Surveys of Autism and Other Pervasive Developmental Disorders: An Update. *J Autism Dev Disord* **33**, 365–382 (2003).

National Autism Center. (2015). *Findings and conclusions: National standards project, phase 2*. Randolph, MA: Author

Allen, K.& Chowder, Y.G.E(2005) *The Exceptional Child. Inclusion In Early Childhood Education U.S.A* Thomson Delmar Learning Fifth Edition

Darıca, N., Abidoğlu, Ü. ve Gümüşçü, ř. (2000). *Otizm ve otistik çocuklar*. İstanbul: Özgür Yayınları.

Smith, K. (2007). Crossing the bridge: From best practices to software packages. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities* , 22, 439

Turnbull, A. P., Turnbull, H. R., Wehmeyer, M. L., Shank, M. (2004). *Exceptional lives* (4th ed.). Columbus, OH: Merrill.

Palermo, M Curatolo, P .Pharmacologic treatment of autism. *J Child Neurol* 2004;19:155–64.

Sung, M., Fung, D. S., Cai, Y., & Ooi, Y. P. (2010). Pharmacological management in children and adolescents with pervasive developmental disorder. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 44, 410–428.

Remington, B., Hastings, R. P., Kovshoff, H., Degli Espinosa, F., Jahr, E., Brown, T., et al. (2007). Early intensive behavioral intervention: Outcomes for children with autism and their parents after two years. *American Journal on Mental Retardation*, 112(6), 418.

Heward, W. L. (2003). Ten faulty notions about teaching and learning that hinder the effectiveness of special education. *The Journal of Special Education*, 34, 186–205.

Eripek, S. (2003). “Okul Öncesi Dönemde Özel Eğitim”, T.C. Anadolu Üniversitesi. Açık Öğretim Fakültesi Yayını No:756, 16-41.

İçmeli C, Ataoğlu A, Canan F, Özçetin A. Zihinsel özürli çocukları olan ebeveynler ile sağlıklı çocuklara sahip ebeveynlerin çocuk yetiştirme tutumlarının karşılaştırılması. *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi* 2008; 3: 21-8.

Uğur, Ç., & Göker, Z. (2018). Bir Çocuk Psikiyatrisi Ünitesine Başvuran Olgularda Otizm Spektrum Bozukluğu: Demografik ve Klinik Bulgular, *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 13(3), 177-183.

Kayıran, S. M., Şahin, S. A., Sena, C. U. R. E. (2012). Pediatri perspektifinden çocuklarda konuşma ve dil gecikmesine yaklaşım. *Marmara Medical Journal*, 25(1), 1-4.

Selimoğlu, Ö. G. , Özdemir, S. , Töret, G. & Özkubat, U. (2013). Otizmli Çocuğa Sahip Ebeveynlerin Otizm Tanılama Sürecinde ve Tanı Sonrasında Yaşadıkları Deneyimlerine İlişkin Görüşlerinin İncelenmesi . *International Journal of Early Childhood Special Education* , 5 (2) , 129-161 . DOI: 10.20489/intjces.107930

Meral, BF (2017). Otizm Spektrum Bozukluğu Olan Çocuklarda Beslenme Problemleri ve Bilimsel Dayanaklı Davranışsal Müdahaleler . *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi* , 18 (03), 493-508.

İlik, Ş. & Sayın, F. K. (2018). Otizm Spektrum Bozukluğunda Beslenme . *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care* , 12 (2) , 117-125 . DOI: 10.21763/tjfm.432543

Önal, S. & Uçar, A. (2017). Otizm Spektrum Bozukluğu Tedavisinde Beslenme Yaklaşımları . *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi* , 6 (1) , 179-194.

Lam KSL, Bodfish JW, Piven J. Evidence for three subtypes of repetitive behavior in autism that differ in familiarity and association with other symptoms. *J Child Psychol Psychiatry* 2008;49;1193–1200.

Ya-Shu Kang & Yao-Jen Chang (2019) Using game technology to teach six elementary school children with autism to take a shower independently, *Developmental Neurorehabilitation*, 22:5, 329-337

Öncül, N., & Yücesoy-Özkan, Ş. (2010). Orta ve ileri düzeyde yetersizliği olan yetişkinlere videoyla model olma kullanılarak günlük yaşam becerilerinin öğretilmesi [Teaching daily life skills using video modeling to adults with moderate and advanced disabilities]. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 10(3), 143-156.

Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntinx, W. H. E., Coulter, D. L., Craig, E. M., Reeve, A., et al. (2002). *Mental retardation: Definition, classification, and systems of supports* (10th ed.). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.

Grossman, H. J. (Ed.). (1983). *Classification in mental retardation*. Washington, DC: American Association on Mental Deficiency.

Cavanaugh, R. A., & Heward, W. L. (1996). Effects of response cards during lesson closure on the academic performance of secondary students in an earth science course. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 29, 403-406.

Werts, M.G., Culatta, R.A., Tompkins, J.R. (2007). *Fundamentals of special education: What every teacher needs to know*. Upper Saddle River, N.J.: Pearson/Merrill Prentice Hall.

Halligan PW, Hunt M, Marshall JC, Wade DT (1995) Sensory detection without localization. *Neurocase* 1:259–266.

Browne, K. D. & McManus, M. (2010). Adolescents with intellectual disability and family sexual abuse. In: Craig, L. A., Lindsay, W. R. & Browne, K. D. (eds.), *Assessment and treatment of sexual offenders with intellectual disabilities: a handbook*. UK: Wiley-Blackwell, 47-68.

Madi, B. (2016) Farklı Gelişen Çocuklar: Kulaksızoğlu, A. (Edt.) Otistik ve Zihinsel Engellilerde Cinsel Gelişim ve Sorunları 3. Basım Mart 2016 Ankara: Nobel akademik yayıncılık sayfa 245-249

Bilge S, Motovallı N, Alyanak B (1998). Görme kaybı olan çocuklarda gelişimsel farklılıklar ve psikopatoloji, otizmle benzerlikleri: Gözden geçirme ve olgu sunumu. *Nöro Psikiyatri Arşivi*, 35(3- 4):126-131.

Haznedaroğlu D (2000). Adölesanlarla İlgili Çalışmalar. 22.Pediyatri Günleri ve 2.Pediyatri Hemşireliği Günleri (Kongre Kitabı) İstanbul 18-21 Nisan, 35-39. Işıl Ö (1994).

Krenke-Seiffge I(1998). *Adolescent Health:A Developmental Perspective*. 1.Edition, London: Lawrence Erlbaum Associates Publisher, 60-97.

Santrock, John W. (2012). *Life-span development : perkembangan masa hidup*. edisi ketiga belas jilid i. Jakarta : Erlangga.

Santrock, J. W. Adolescence: An introduction. Dubuque: William C. Brown, 1981.

Daniels, H. (2010). Vygotsky and psychology. In U. Goswami (Ed.), *The Wiley-Blackwell handbook of childhood cognitive development* (2nd ed.). Oxford, England: Wiley-Blackwell.

Gauvain, M., Beebe, H., & Zhao, S. (2011). Applying the cultural approach to cognitive development. *Journal of Cognition and Development*, 12(2), 121–133.

Spiegler, M. D., & Guevremont, D. C. (1993). Contemporary behavior therapy (2nd ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publishing.

Marceau, K., Ram, N., Houts, R. M., Grimm, K. J., & Susman, E. J. (2011). Individual differences in boys' and girls' timing and tempo of puberty: Modeling development with nonlinear growth models. *Developmental Psychology*.

Dorn LD, Biro FM (2011) Puberty and its measurement: a decade in review. *J Res Adolesc* 21:180–195.

Goji ADT, Dikko AAU, Bakari AG, Mohammed A, Ezekiel I, et al. (2009) Effect of aqueous-ethanolic stem bark extract of *Commiphora africana* on blood glucose levels on normoglycemic Wistar rats. *International Journal of Animal and Veterinary Advances* 1(1): 22-24.

Cameron JL (2004) Interrelationships between hormones, behavior and affect during adolescence. *Ann NY Acad Sci* 1021: 110–123.

Susman, E. J., Dorn, L. D., & Schiefelbein, V. L. (2003). Puberty, sexuality, and health. In R. M. Lerner, M. A. Easterbrooks, & J. Mistry (Eds.), *Handbook of psychology: Developmental psychology*, Vol. 6, pp. 295–324). John Wiley & Sons, Inc.

Watanabe, K., Tamamaki, N., Furuta, T., Ackerman, S. L., Ikenaka, K., and Ono, K. (2006). Dorsally derived Netrin 1 provides an inhibitory cue and elaborates the 'waiting period' for primary sensory axons in the developing spinal cord. *Development* 133, 1379–1387.

Kaplowitz PB. Treatment of central precocious puberty. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes*. 2009;16:31–36.

Nadeem, E., & Graham, S. (2005). Early puberty, peer victimization and internalizing symptoms in ethnic minority adolescents. *The Journal of Early Adolescence*, 25, 197–222.

Talpade, M., Lynch, D., County, F., Lattimore, B., Graham, A. (2008), The Juvenile and Adolescent Substance Abuse Prevention Program: An Evaluation, *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy* 4(4), 304-310.

Arim, R. G., Dahinten, V. S., Marshall, S. K., & Shapka, J. D. (2011). An examination of the reciprocal relationships between adolescents' aggressive behaviors and their perceptions of parental nurturance. *Journal of Youth And Adolescence*, 40(2), 207- 220.

Young, M. E., Deardorff, J., Ozer, E., & Lahiff, M. (2011). Sexual abuse in childhood and adolescence and the risk of early pregnancy among women ages 18–22. *Journal of Adolescent Health*, 49, 287–293.

Wolfe, D. A., Crooks, C. V., Jaffe, P., Chiodo, D., Hughes, R., Ellis, W., Stitt, L., & Donner, A. (2009). A school-based program to prevent adolescent dating violence: A cluster randomized trial. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 163(8), 692–699.

Dockray S, Susman EJ, Dorn LD . Depression, cortisol reactivity, and obesity in childhood and adolescence. *J Adolesc Health* 2009; **45**: 344–350.

Tanner, J.M. (1962). *Growth at adolescence* (2nd ed.). Thomas: Springfield, Ill.

Blakemore, J. E. O., Berenbaum, S. A., & Liben, L. S. (2009). The family as an agent of gender development. In J. E. O. Blakemore, S. A. Berenbaum & L. S. Liben (Eds.). *Gender Development* (pp. 271-304). New York, NY: Psychology Press.

Tolman, D. L., & McClelland, S. I. (2011). Normative sexuality development in adolescence: A decade in review, 2000–2009. *Journal of Research on Adolescence*, 21, 242–255.

Diamond, L. M., Butterworth, M. R., & Savin-Williams, R. C. (2011). Working with sexual-minority individuals. In D. H. Barlow (Ed.), *The Oxford handbook of clinical psychology* (pp. 837–867). Oxford University Press.

Ward, L. M., & Friedman, K. (2006). Using TV as a guide: Associations between television viewing and adolescents' sexual attitudes and behavior. *Journal of Research on Adolescence*, 16, 133–156.

Bleakley A, Hennessy M, Fishbein M, Jordan A (2011) Using the integrative model to explain how exposure to sexual media content influences adolescent sexual behavior. *Health Education & Behavior* 38: 530–540.

Strasburger VC, Jordan AB, Donnerstein E. Health effects of media on children and adolescents. *Pediatrics* 2010; 125(4): 756-67.

Collins, W. A. , Laursen, B. (2004). Changing relationships, changing youth: Interpersonal contexts of adolescent development . *Journal of Early Adolescence*, 24(1), 55–62 .

Potard, C., Courtois, R., & Rusch, E. (2008). The influence of peers on risky sexual behaviour during adolescence. *European Journal of Contraception and Reproductive Healthcare*, 13, 264–270.

Buzwell, S. , & Rosenthal, D. (1996). Constructing a sexual self: Adolescents' sexual self-perceptions and sexual risk-taking. *Journal of Research on Adolescence*, 6, 489-513.

Foti K, Eaton D (2010) Associations of selected health risk behaviors with self-rated health status among U.S. high school students. *Public Health Rep* 125 (5): 771–781

Dworkin SL, Santelli J: Do abstinence-plus interventions reduce sexual risk behavior among youth?. *PLoS Med*. 2007, 4 (9): e276-10.1371/journal.pmed.0040276.

Mankhambo, L.A., Banda, D.L., The IPD Study Group. *et al.* The role of angiogenic factors in predicting clinical outcome in severe bacterial infection in Malawian children. *Crit Care* **14**, R91 (2010).

S. Singh, J.E. Darroch, Adolescent pregnancy and childbearing: Levels and trends in developed countries. *Fam Plann Perspect*, 32 (2000), pp. 14-23

Jayakody A, Sinha S, Tyler K, Khadr SN, Clark C, Klineberg E, Booy R, Bhui K, Head JJ, Stansfeld S, et al: Early sexual risk among black and minority ethnicity teenagers: a mixed methods study. *J Adolesc Health*. 2011, 48: 499-506.

Madkour AS, Farhart T, Halpern CT, et al. Early adolescent sexual initiation as a problem behavior: a comparative study of five nations, *J Adol Health*, 2010, vol. 47 (pg. 389-98).

D Herbenick, M Reece, V Schick, SA Sanders, B Dodge, JD Fortenberry  
Sexual behavior in the United States: results from a national probability sample of men and women ages 14–94 *J Sex Med*, 7 (suppl 5) (2010), pp. 255-265

Hyde Z, Flicker L, Hankey GJ, Almeida OP, McCaul KA, Paul Chubb SA, Yeap BB. Prevalence of sexual activity and associated factors in men aged 75 to 95 years: A cohort study, *Annals of Internal Medicine*, 2010, vol. 153 (pg. 693-702)

East, P, Adams, J, "Sexual Assertiveness and Adolescents's Sexual Rights", *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. Vol.34, No.4, pp.212-213, 2002.

Wolitzky-Taylor KB, Resnick HS, McCauley JL, Amstadter AB, Kilpatrick DG, et al. (2011) Is reporting of rape on the rise? A comparison of women with reported versus unreported rape experiences in the national women's study-replication. *Journal of Interpersonal Violence* 26: 804–832.

Amstadter AB, Elwood LS, Begle AM, Gudmundsdottir B, Smith DW, Resnick HS, Kilpatrick DG (2011) Predictors of physical assault victimization: findings from the National Survey of Adolescents. *Addict Behav* 36(8):814–820.

Elwood LS, Smith DW, Resnick HS, Gudmundsdottir B, Amstadter AB, Hanson RF, Kilpatrick DG (2011) Predictors of rape: findings from the National Survey of Adolescents. *J Trauma Stress* 24(2):166–173.

Zinzow, H. M., Thompson, M. (2011). Barriers to reporting sexual victimization: Prevalence and correlates among undergraduate women. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 20, 711–725.

Zinzow, H. M., Seth, P., Jackson, J., Niehaus, A., Fitzgerald, M. (2010). Abuse and parental characteristics, attributions of blame, and psychological adjustment in adult survivors of child sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 19, 79–98.

Bleakley, A., Hennessy, M., Fishbein, M., & Jordan, A. (2009). How sources of sexual information relate to adolescents' beliefs about sex. *American Journal of Health Behavior*, *33*(1), 37–48.

Guilamo-Ramos, V., Jaccard, J., Dittus, P., & Collins, S. (2008). Parent-adolescent communication about sexual intercourse: An analysis of maternal reluctance to communicate. *Health Psychology*, *27*(6), 760–769.

Rosenthal DA, Feldman SS, Edwards D: Mum's the word: mothers' perspectives on communication about sexuality with adolescents. *J Adolesc*. 1998, *21* (6): 727-43.

Chia Chen, A., Thompson, E.: Family-centered care: preventing adolescent risky sexual behavior: parents matter!. *JSPN* **12**, 119–122 (2007).

Fisher, T.D. Family communication and the sexual behavior and attitudes of college students. *J Youth Adolescence* **16**, 481–495 (1987).

Gillen, M.M., Lefkowitz, E.S. Gender Role Development and Body Image among Male and Female First Year College Students. *Sex Roles* **55**, 25–37 (2006).

KirkmanM, Rosenthal DA, FeldmanSS. Talking to a tiger: fathers reveal their difficulties in communicating about sexuality with adolescents. *New Dir Child Adolesc Dev*. 2002;(97):57–74.

Diamond, L. M., & Savin-Williams, R. C. (2009). Adolescent sexuality. In R. M. Lerner & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology: Individual bases of adolescent development* (pp. 479–523). John Wiley & Sons Inc.

Eisenberg ME, Bernat DH, Bearinger LH, Resnick MD. Support for Comprehensive sexuality education: Perspectives from parents of school-age youth. *J Adolesc Health*. 2008; *42*: 352–359.

Jerman, P., Constantine, N.A. Demographic and Psychological Predictors of Parent–Adolescent Communication About Sex: A Representative Statewide Analysis. *J Youth Adolescence* **39**, 1164–1174 (2010).

Constantine, N. A., Jerman, P., & Huang, A. X. (2007). *Evidence-based policy deliberation: A motivated reasoning framework with applications to the sex education*

*debates*. Paper presented at the Association for Public Policy Analysis and Management Research Conference, Washington, DC.

Bayhan, P. S. , Artan, İ. (2005). Çocuk Gelişimi ve Eğitimi, Morpa Kültür Yayınları, İstanbul.

Akay, H. G. (1999). Çocuk gelişimi. İstanbul: Esin Yayınevi.

Başaran, İ. E. (1998). Eğitim psikolojisi. Ankara: Aydan Web Tesisleri.

Binbaşoğlu; C. (1992). Eğitim Psikolojisi, Gazi Yayınları, Ankara.

Bayhan, P. S. , Artan, İ. (2005). Çocuk Gelişimi ve Eğitimi. İstanbul: Morpa Kültür Yayınları.

Çerçi, G. (2013). Zihinsel Engelli Çocuğu Olan Ailelerin Çocuklarının Cinsel Gelişimi ve Eğitimine Yönelik Bilgi Düzeyleri ve Tutumlarının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Cangöl, E., Karaca, P. ve Aslan, E., (2013). Engellilerde Cinsel Sağlık. Contraceptionfor People With Disabilities Methods Of Contraception.

Ersoy, G. (2005). Zihin özürlü ergen kız öğrencilere maket üzerinde menstüral bakım becerisinin kazandırılmasında davranış öncesi ipucu ve sınamayla öğretimin etkileri. Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi. Anadolu Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.

Aydoğmuş, K. (2001). Ana-baba okulu (9. baskı). İstanbul: Remzi Kitabevi.

Ailey, S.H., Marks, B.A., Crisp, C., Hahn, J.E.: Promoting sexuality across the life span for individuals with intellectual and developmental disabilities. Nurs. Clin. North Am. **38**, 229–252 (2003).

Mandan-Sürücü, S. (2009). 11-17 yaş orta düzey zihin engelli kız ergenlerin temel cinsel bilgi ve cinsel istismarı algılamalarının belirlenmesi. Yayımlanmış yüksek lisans tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü.

Yurdakul, A. (1999). Engelli ergenler ve cinsel eğitim. İlk Işık Dergisi, 1.

Artan, İ.: Engelli çocuk ve gençlerin cinsel eğitimi. Bilim ve Aklın Aydınlığında Eğitim Dergisi. **4**, 39 (2003).

Kanbaş, E. 2008. ‘‘Zihinsel Engelli ocuklarda Cinsel Eğitim’’, [www.zicev.org.tr](http://www.zicev.org.tr).

akmak, S., & akmak, S., (2011). Özel Eğitime İhtiyaç Duyan ocuklarda Cinsel Eğitim Uygulamaları . Ankara: Vize Yayıncılık.

Akçin, N., Teyyare, B., & Mandan, S. Bağımsız Otistik ocuklar Eğitim Merkezinde Yaşanan Sorunların ğretmen Görüşlerine Dayalı Olarak İncelenmesi. Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 24(2), 61-84, 2016.

Marangoz, E. ve Altınok, B., (2007). Türkiye’deki Zihinsel Engellilerin Cinsel Eğitimine Yönelik Durum İncelemesi Ve Zihinsel Engellilerin Cinsel Eğitim Paketinin (Z.E.C.E.) Tanıtımı. 17. Ulusal zel Eğitim Kongresi. 15-17 Kasım 2007. eşme-İzmir. Sunulmuş Bildiri.

Bilge, A ve Baykal, Z. (2010). Zihinsel Engelli Bireyler Ve Cinsellik. <http://www.onceokuloncesi.com/makale-arastirma-ve-bilimsel-yazilar/zihinsel-engellibireyler-ve-cinsellik-25674.html>.

Wolfe, P.S., Blanchett, W.J.: Sex education for students with disabilities: an evaluation guide. Teach. Excep. Child. **36**, 46–51 (2003).

Mehzabin, P., & Stokes, M.A. (2011). Self-assessed sexuality in young adults with high-functioning autism. Research in Autism Spectrum Disorders, 5, 614–621

Koller, R. (2000). Sexuality and adolescents with autism. Sexuality and Disability, 18, 125–135

Hellemans, H & Deboutte, D. (2002) Autism Spectrum Disorder and Sexuality, Inagural Word Autism Congress, Melbourne, 10-14 November

Realmuto, G. M., & Ruble, L. A. (1999). Sexual behaviors in autism: Problems of definition and management. Journal of Autism and Developmental Disorders, 29, 121–127.

van Bourgondien, M., Reichle, N., & Palmer, A. (1997). Sexual behavior in adults with autism. Journal of Autism and Developmental Disorders, 27, 113–125.

Konstantareas, M., & Lunsky, Y. (1997). Sociosexual knowledge, experience, attitudes and interests of individuals with autistic disorder and developmental delay. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 27, 397–413.

Ford, A. (1987). Sex education for individuals with autism: Structuring information and opportunities. In D. J. Cohen, & A. M. Donnellan (Eds.), *Handbook of autism and pervasive developmental disorders* (pp. 430–439). New York: John Wiley.

Ruble, L., & Dalrymple, N. (1993). Social/sexual awareness of persons with autism: A parental perspective. *Archives of Sexual Behavior*, 22, 229–240.

Biro, L. D. (2011). Puberty and Its Measurement: A Decade in Review. *Journal of Research on Adolescence*.

Susman, E. J., & Dorn, L. D. (2009). *Puberty: Its role in development*. In R. M. Lerner & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology: Individual bases of adolescent development* (p. 116–151). John Wiley & Sons Inc.

Diamond, L. M., & Savin-Williams, R. C. (2009). Adolescent sexuality. In R. M. Lerner & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology* (3rd ed., pp. 479 – 523). New York, NY: Wiley

Ward, L. M., & Friedman, K. (2006). Using TV as a guide: Associations between television viewing and adolescents' sexual attitudes and behavior. *Journal of Research on Adolescence*, 16, 133 – 156.

Tolman, D. L., & Diamond, L. (2001). Desegregating sexuality research: Cultural and biological perspectives on gender and desire. *Annual Review of Sex Research*, 12, 33 – 74

Ward, L. M., & Friedman, K. (2006). Using TV as a guide: Associations between television viewing and adolescents' sexual attitudes and behavior. *Journal of Research on Adolescence*, 16, 133 – 156.

Bersamin, M. M., Walker, S., Fisher, D. A., & Grube, J. W. (2006). Correlates of oral sex and vaginal intercourse in early and middle adolescence. *Journal of Research on Adolescence*, 16, 59 – 68.

Blakemore, J. E. O., Berenbaum, S. A., & Liben, L. S. (2009). *Gender development*. Psychology Press.

Cumurcu Elbozan B, Karlıdağ R, Almış Han B. Fiziksel Engellilerde Cinsellik [Sexuality among People with Physical Disability]. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*; 2012; 4(1): 84-98.

Cangöl E, Karaca P, Aslan E. Engelli Bireylerde Cinsel Sağlık. *Androloji Bülteni* 2013; 53: 141-146.



## Ek 1.

Çocuğun Adı Soyadı:

Tarih:

Cinsiyeti:

Dolduran Kişi:

Çocuğa Yakınlığı:

Doğduğu Şehir:

Yaşadığı Şehir:

### EBEVEYNE AİT BİLGİLER

Anne ve babaya ilişkin ifadelerden aşağıdakilerden hangisi ya da hangileri uygun? (Uygun olana X işareti atın.)

- ( ) 1. Öz anne ve baba ile birlikte
- ( ) 2. Üvey anne veya babanın olduğu ev ortamı (Üvey anne mi? Üvey baba mı? \_\_\_\_\_)
- ( ) 3. Anne baba boşandı.
- ( ) 4. Anne öldü.
- ( ) 5. Baba öldü.
- ( ) 6. Anne-babadan sadece biriyle birlikte yaşama. (Kiminle/hangisiyle \_\_\_\_\_)
- ( ) 7. Aileye dair ek bilgi : \_\_\_\_\_

Anne ve Babanın BABA	ANNE
Yaşı .....	.....
Mesleği .....	.....
<b>Öğrenim Durumu (Uygun olanı çarpı ile işaretleyin.)</b>	
Okur – Yazar )	( ) (
İlkokul Mezun	( ) ( )
Ortaokul Mezun	( ) ( )
Lise Mezun	( ) ( )
Üniversite ve Üstü	( ) ( )

## KARDEŞLERE AİT BİLGİLER

	Doğum Tarihi	Cinsiyeti
1		
2		
3		

## DiğER BİLGİLER

Evde sizinle birlikte yaşayan başka kimse var mı? (Varsa yakınlık derecesi ve kişi sayısı)	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Ailede herhangi bir engel durumu olan kişi var mı? (Çocuğa yakınlık derecesi nedir?)	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Anne Baba akraba mı?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Evde konuşulan farklı bir dil var mı? (Evet ise yazınız.)	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Anlamalı bir iletişim kurabiliyor mu?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Yeni kararlar alabiliyor mu?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Kendine bir yatak odası var mı?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Göz kontağı kurabiliyor mu?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Aileyi etkileyen çok büyük bir olay oldu mu? (Evet ise yazınız.)	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Ekran bağımlılığı var mı? (Telefon, tablet, tv)	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Kıyafetlerini yalnız başına giyebiliyor mu? (Hayır ise kimin giydirdiğini yazınız.)	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
İç çamaşırını yalnız başına giyebiliyor mu? (Hayır ise kimin giydirdiğini yazınız.)	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Tek başına duş alabiliyor mu? (Hayır ise kimin aldırıldığını yazınız.)	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Ergenlik ile ilgili bilgilendirme yapıldı mı?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Ailenin yaklaşık toplam aylık gelir düzeyi ne kadar?	0-2000 <input type="checkbox"/> 3000-5000 <input type="checkbox"/> 10000 ve üzeri <input type="checkbox"/>	2000-3000 <input type="checkbox"/> 5000-10000 <input type="checkbox"/>

Planlı bir hamilelik miydi?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Hamilelikte düzenli doktor kontrolüne gidildi mi?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Hamilelikte herhangi bir fiziksel sağlık sorunu yaşandı mı? (Evet ise belirtiniz.)	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Çocuk Doğum Zamanı	Erken <input type="checkbox"/>	Zamanında <input type="checkbox"/>
Doğum Şekli	Normal <input type="checkbox"/>	Sezaryen <input type="checkbox"/>
Anne sütü alma süresi	0-3 ay <input type="checkbox"/> 6-9 ay <input type="checkbox"/>	3-6 ay <input type="checkbox"/> 9 ve üzeri <input type="checkbox"/>
Dişleri çıktı mı?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Yürümeye ne zaman başladı?	6-9 ay <input type="checkbox"/> 12-15 ay <input type="checkbox"/>	9-12 ay <input type="checkbox"/> 15 ve üzeri <input type="checkbox"/>
Konuşmaya ne zaman başladı?	6-9 ay <input type="checkbox"/> 12-15 ay <input type="checkbox"/>	9-12 ay <input type="checkbox"/> 15 ve üzeri <input type="checkbox"/>
Tuvaletini söylemeye ne zaman başladı?	6-9 ay <input type="checkbox"/> 12-15 ay <input type="checkbox"/>	9-12 ay <input type="checkbox"/> 15 ve üzeri <input type="checkbox"/>
Beslenme problemleri var mı? (Evet ise ne olduğunu yazınız)	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Başka herhangi bir gelişimsel problemi var mı? (Evet ise ne olduğunu yazınız.)	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Okula gidiyor mu?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Okula gidiyorsa hangi okula gittiğini işaretleyin.	İlkokul <input type="checkbox"/>	Ortaokul <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/>
Gittiği okul türünü işaretleyiniz	Kaynaştırma sınıfı <input type="checkbox"/> Özel eğitim okulu <input type="checkbox"/>	Özel eğitim sınıfı <input type="checkbox"/> Özel eğitim ve rehabilitasyon <input type="checkbox"/>

## Ek 2.

### ASSQ (OSTÖ -TR)

Çocuğun ismi:.....

Doğum

Tarihi:.....

Gözlemci ismi:.....

Gözlem

Tarihi:.....

Bu çocukyaşıtlarına göre aşağıdaki nedenlerden dolayı farklı olarak ayrılır;

	Hayır	Biraz	Evet
1. Büyümüş de küçülmüş veya eski kafalı gibidir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Diğer çocuklar tarafından “Garip (eksantrik) profesör” olarak görülür	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Kendine özgü sınırlı entelektüel ilgilerle kendi dünyasındaymiş gibi yaşar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Belirli konulardaki somut gerçekleri zihninde biriktirebilir (ezbere dayalı hafızası iyi) fakat manasını pek anlamaz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dilin mecazi ve muğlak kullanımını somut hali ile anlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Eski moda, huysuz, resmi ya da robot gibi bir dil kullanan farklı bir iletişim biçimi vardır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Kendine özgü kelimeler ve ifadeler icat eder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Farklı bir sesi ve konuşması vardır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. İstemsiz sesler çıkartır; boğaz temizler, homurdanır, ağız şırırdadır, ağlar ve ya çığlık atar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Şaşırtıcı bir şekilde bazı şeylerde çok iyi ve bazı şeylerde çok zayıftır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Dili özgürce kullanır fakat sosyal içerik/şartlara ya da farklı dinleyicilerin ihtiyaçlarına uyum sağlamakta başarısızdır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Empati becerisi yetersizdir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Safça ve mahcup edici yorumlarda bulunur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Normalden farklı bir bakış biçimi vardır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Sosyal olmayı ister ancak akranlarıyla ilişki kurmada başarısızdır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Diğer çocuklarla birlikte olabilir ancak sadece kendi şartlarıyla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. En iyi diyebileceği bir arkadaşı yoktur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Sağduyu eksikliği vardır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Oyunlarda kötüdür; bir takım ile işbirliği hakkında hiçbir fikri yoktur, “kendi gollerinin” hesabını tutar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Sakar, koordinasyonu bozuk, hantal ve garip hareketleri ve ya jestleri vardır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. İstemsiz yüz ve beden hareketleri vardır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Bazı hareket ve düşüncelerin zorunlu tekrarlarından dolayı günlük basit bir aktiviteyi tamamlamakta zorlanır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Özel rutinleri vardır; değişiklik olmaması üzerinde ısrar eder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Nesnelere kendine özgü bir bağlılık gösterir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Diğer çocuklar tarafından zorbalığa uğrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. Belirgin şekilde alışılmadık bir yüz ifadesi vardır

27. Belirgin şekilde alışılmadık bir duruşa sahiptir

Yukarıdakiler dışındaki gerekçeleri belirtiniz:



Ek 3.

ERGENLİK DÖNEMİNDEKİ ZİHİN YETERSİZLİĞİ OLAN  
ÇOCUKLARIN CİNSEL GELİŞİM  
ÖZELLİKLERİ ÖLÇEĞİ

Bu ölçek ergenlik dönemindeki zihin yetersizliği olan çocukların cinsel gelişim özelliklerini belirlemeye yönelik olarak geliştirilmiştir.

	Bilgi Gereksinimi	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Hiç Katılmıyorum
1.	Ergenlik dönemindeki, vücuttaki değişimler hakkında bilgi edinmemin çocuğum için yararlı olacağını düşünüyorum.					
2.	Çocuğumun ergenlik dönemine geçişini fark etmek için bilgiye gereksinim duydum.					
3.	Ergenlikte vücudunda oluşan değişimleri çocuğuma açıklamak için bilgiye gereksinim duydum.					
4.	Çocuğuma vücudunda oluşan değişimler hakkında bilgi vermek için ne diyeceğimi biliyorum nasıl anlatacağımı bilemiyorum.					
5.	Çocuğuma bilgi vermek için cinsel eğitim programına ihtiyaç duyuyorum.					
6.	Çocuğumun, ergenlikle birlikte yaşadığı değişimlerle ilgili bilgiye ihtiyaç duyuyorum.					
	Cinsel Uyarılma	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Hiç Katılmıyorum

7.	Çocuğum başkalarını öpmekten hoşlanır.					
8.	Çocuğum kendisinin öpülmesinden hoşlanır.					
9.	Çocuğum başkalarına dokunmaktan hoşlanır.					
10.	Çocuğum (anne, baba, hala, amca, dayı, dede, arkadaş, herkes) dokunmasına izin verir.					
11.	Çocuğum başkasının kendisine fiziksel temasından					

Değerli anne ve babalar, bu çalışma çocuklarınızın ergenlik dönemiyle birlikte ortaya çıkan cinsel değişimlerine yönelik davranışlarına ilişkin görüşlerinizi belirlemek için yapılmaktadır. Lütfen her tümceyi dikkatle okuyarak sizin için uygun olanı seçip, işaretleyiniz.

	hoşlanır.				
12.	Çocuğum kendi kendisine fiziksel temastan hoşlanır.				
	<b>Mahremiyet ve Sosyal Güven</b>	<b>Tamamen Katılıyorum</b>	<b>Katılıyorum</b>	<b>Kararsızım</b>	<b>Katılmıyorum</b>
13.	Çocuğum istemediği durumlarla karşı karşıya kaldığında 'hayır' diyerek durumu reddeder.				
14.	Çocuğum izin almadan kendisine dokunanları bize bildirir.				
15.	Çocuğum güveneceği kişileri bilir.				
16.	Çocuğum boşaltım ve banyo yaparken mutlaka kapıyı kapatır.				
	<b>Bedensel Gelişim</b>	<b>Tamamen Katılıyorum</b>	<b>Katılıyorum</b>	<b>Kararsızım</b>	<b>Katılmıyorum</b>
17.	Çocuğumu ergenlik dönemi ile ilgili olarak suratta, sırtta vb. yerlerde sivilcelerin oluşmasına yönelik onu bilgilendiriyorum.				
18.	Çocuğum ergenlik dönemine girmeden önce onu, ergenlik dönemi (bedensel olarak) hakkında bilgilendirdim.				
19.	Çocuğumun vücut temizliği (tüylenme, adet dönemi ve ped kullanıma yönelik) eğitimini veriyorum.				
20.	Çocuğum bedensel gelişimine paralel olarak kılık- kıyafet seçimi yapıyor.				
	<b>Cinsel Taciz</b>	<b>Tamamen Katılıyorum</b>	<b>Katılıyorum</b>	<b>Kararsızım</b>	<b>Katılmıyorum</b>
21.	Çocuğum hemcinsteki bir arkadaşına, rahatsızlık verecek şekilde dokunma, sarılma, öpme davranışlarını sıklıkla yapar.				
22.	Çocuğum karşı cinsteki bir arkadaşına, rahatsızlık verecek şekilde dokunma, sarılma, öpme davranışlarını sıklıkla yapar.				

23.	Çocuğum ailesindeki diğer bireylere, rahatsızlık verecek şekilde dokunma, sarılma, öpme davranışlarını sıklıkla yapar.				
-----	--	--	--	--	--



<b>Cinsel Doyum</b>		<b>Tamamen Katılıyorum</b>	<b>Katılıyorum</b>	<b>Kararsızım</b>	<b>Katılmıyorum</b>
24.	Çocuğum uygun ortamda mastürbasyon yapar.				
25.	Çocuğum ellerini kullanarak cinsel organıyla oynar.				
26.	Çocuğum cinsel organını bir yerlere (yatağa, masa ayağına vb. yerlere) sürtüyor.				
27.	Çocuğumun uygun ortamda mastürbasyon yapmasını öğretebilirim.				
<b>Cinsel Konuların Paylaşımı</b>		<b>Tamamen Katılıyorum</b>	<b>Katılıyorum</b>	<b>Kararsızım</b>	<b>Katılmıyorum</b>
28.	Çocuğum cinsel konuları, anne ya da babasıyla sıklıkla paylaşır.				
29.	Çocuğum cinsel konuları, ailesindeki diğer bireylere sıklıkla paylaşır.				
30.	Çocuğum cinsel eylemlerle ilgili sözcükleri sesli biçimde söyler.				
<b>Duygusal Değişim</b>		<b>Tamamen Katılıyorum</b>	<b>Katılıyorum</b>	<b>Kararsızım</b>	<b>Katılmıyorum</b>
31.	Çocuğumun duygularında artış (bağırma, heyecan, coşku) oluştu.				
32.	Çocuğum, ergenlik dönemiyle birlikte alınganlık, saldırganlık, hırçınlık davranışları sergilemeye başladı.				
33.	Çocuğumun sıklıkla oluşan duygu değişimlerine dayalı davranışlarını kontrol ve yönlendirmede sorun yaşıyorum.				

	<b>Cinsel Özbakım</b>	<b>Tamamen Katılıyorum</b>	<b>Katılıyorum</b>	<b>Kararsızım</b>	<b>Katılmıyorum</b>
<b>34.</b>	Çocuğum kendi temizliğini yaparken (ped değişiminde, gece ıslanması, koltuk altı, genital bölge vb. kıl ve tüylerin temizliğinde) sıkıntı yaşıyor.				
<b>35.</b>	Çocuğum kendi temizliğini yapmasına (ped değişiminde, gece ıslanması, koltuk altı, genital bölge vb. kıl ve tüylerin temizliğini) ben yapıyorum.				
<b>36.</b>	Çocuğum kendi temizliğini yaparken (ped değişiminde, gece ıslanması, koltuk altı, genital bölge vb. kıl ve tüylerin temizliğinde) sinirleniyor.				