

Özürli Sağlık Kurulu Raporu için Başvuran Çocuk ve Ergenlerde İhmal ve İstismar

Canan Kuygun Karıcı¹, Esra Güzel¹, Satı Sanberk¹, Ayşegül Yolga Tahiroğlu², Özge Metin³

¹Uzm. Dr., Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği, Adana

²Prof. Dr., ³Yard. Doç. Dr., Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Adana

Yazışma adresi: Canan Kuygun Karıcı, Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği, Belediye Evleri Mahallesi Turgut Özal Bulvarı, No:230, Çukurova, Adana / Türkiye.

Telefon: 0322 2390475

Fax: 0322 2390475

E-mail: c_kuy@hotmail.com

Geliş tarihi: 20 Şubat 2017

Kabul tarihi: 18 Mayıs 2017

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada, çocuk ve ergen ruh sağlığı kliniğine özürli sağlık kurulu raporu (ÖSKR) için başvuran olgularda ihmal ve istismarın değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Kasım 2015- Nisan 2016 tarihleri arasında hastanemiz Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı polikliniklerine ÖSKR için başvuran olgular çalışmaya dahil edilmiştir. Olguların dosya verileri retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 193 olgunun %47,7'sına özür oranı verilirken, %52,3'üne özür oranı verilmemiştir. Özür oranı verilmeyen grupta vakaların %24,8'ine ebeveyni tarafından şiddet uygulanıyordu, %51,5'nin ise özbakımı yetersizdi (kötü hijyen, mevsime uygun giyinmeme). Yüksekten düşme, yanık, kaza, korozif madde içimi vb. nedenlerle acile başvuru düzeyi özür oranı verilmeyen grupta %30,7 iken özür oranı verilen grupta %16,3'tü (p:0,019). Özür oranı verilmeyen grupta anne ve baba eğitim düzeyleri özür oranı verilen gruba kıyasla anlamlı olarak daha düşüktü (p<0,05). Yaş grupları açısından anne ve baba eğitim düzeyleri ile özür oranı arasındaki ilişki incelendiğinde; 4 ay-6 yaş aralığında yer alan olgularda ebeveyn eğitimi ve özür oranı verilmesi arasında anlamlı ilişki saptanırken (p<0,05), 6-17 yaş aralığında yer alan olgularda anlamlı bir ilişki saptanmadı (p>0,05). Özür oranı verilmeyen grupta babaların düzenli bir işte çalışma oranları, özür oranı verilen gruba göre daha düşük bulundu (p<0,05).

Sonuçlar: Çocuk ihmal ve istismarı sadece çocuk ve ergen psikiyatristlerinin değil tüm sağlık çalışanlarının duyarlı ve bilgili olması gereken önemli bir sorundur. Bu çalışma ÖSKR için başvuran olgularda istismar ve ihmal araştırılan Türkiye'deki ilk çalışmadır. Bulgularımız ÖSKR için başvuran olgularda ihmal ve istismar sorgulanmasının raporlama sürecine önemli katkısı olabileceğini desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: İhmal, Özürli Raporu, İstismar

ABSTRACT

Abuse and Neglect in Children and Adolescent who Applied to Mental Disability Report

Objective: The aim of this study was to examine abuse and neglect in children and adolescent who applied to Child and Adolescents Psychiatry Clinic and Hospital Health Report Committee for disability reports.

Method: Children and adolescents who admitted to our Child and Adolescent Psychiatry Clinic for disability reports between November 2015 and April 2016 were included in the study. Data were collected by retrospective chart review.

Results: Of the 193 cases evaluated, disability detected in %47.7 of patients. Physical punishment by parents was found in %24.8, and poor hygiene in %51.5 of disabled group (p:0.0001). Previous admission to emergency service for fall, accident, burn, corrosive matter ingestion was reported by %30.7 of disabled group, and %16.3 of not disabled group (p:0.019). Parental undergraduate degree in the not disabled group was lower than the disabled group (p<0.05). This association was significant in the under 6 years age group but not in the 6-17 years age group (p>0.05). In addition, unemployed fathers were more frequent in not disabled group (p<0.05).

Conclusions: Child and adolescent psychiatrists and also all healthcare providers should be sensitive to child abuse and neglect that is an important community health problem. This is the first study in Turkey investigating child abuse and neglect in children and adolescents who applied to Child and Adolescent Psychiatry Clinic for disability reports. Our results suggest that to evaluate histories of childhood abuse and neglect can have a positive impact on reporting processes.

Keywords: Neglect, Disability Report, Abuse

GİRİŞ

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları'nın çalışma alanları içerisinde ruhsal bozuklukların tanı ve tedavisinin yanı sıra koruyucu ruh sağlığı uygulamaları da önemli yer tutmaktadır. Artan ihmal ve istismar vakaları göz önünde bulundurulduğunda sadece alanın uzmanlarının değil her hekimin ve sağlık çalışanının bu konuda bilgili ve duyarlı olması gerekmektedir. "Çocuk istismarı" çocuğun sağlığını, yaşamını, fiziksel ve psikososyal gelişimini olumsuz yönde etkileyen, bir yetişkin tarafından bilerek veya bilmeyerek yapılan davranışlar olarak tanımlanmaktadır.¹ «Çocuk ihmali» kavramı ise, başta anne ve baba olmak üzere, bakmakla yükümlü kimseler ve diğer yetişkinler tarafından çocuğun beslenme, giyinme, barınma, eğitim, sağlık, korunma, güven ve sevilme gibi temel fiziksel ve duygusal gereksinimlerinin göz ardı edilmesini kapsamaktadır.²

Amerika'da yapılan toplum temelli çalışmalarda ihmal oranı %1 ila %20 arasında değişmektedir.^{3,4} 2011 yılında yapılan bir yaygınlik çalışmasında Amerika'daki çocuk nüfusunun %2'sinin kanıtlanmış ihmal ve istismar mağduru olduğu belirlenmiştir.⁵ Türkiye'de 2011 yılında Sofuoğlu ve ark. tarafından 3 ilde yürütülen toplum örneklemleri tarama çalışmasında ise çocuk istismarı ve ihmali sıklığı %42 ile %70 arası bir sıklıkta saptanmıştır.⁶

Doğuştan veya sonradan; bedensel, zihinsel, ruhsal, duygusal ve sosyal yeteneklerini çeşitli derecelerde kaybetmesi nedeniyle toplumsal yaşama uyum sağlama ve günlük gereksinimlerini karşılamada güçlükleri olan ve korunma, bakım veya rehabilitasyon, danışmanlık ve destek hizmetlerine ihtiyaç duyan kişi özürli birey olarak adlandırılmaktadır.⁷ Türkiye'deki özürli nüfus oranının %12,28, 0-19 yaş grubunda ise bu oranın %8,78 olduğu belirtilmiştir.⁸ Özellikle özürli çocuklar ve ailelerinin karşılaştığı psikososyal, duygusal ve ekonomik zorluklar nedeniyle ihmal ve istismar riski bu çocuklarda artmaktadır.⁹ Bu bireyler hastanelerin özürli sağlık kurumlarında verilen özürli sağlık kurulu raporları (ÖSKR) ile özel eğitim ve rehabilitasyon gibi eğitsel destekle beraber evde bakım, sosyal yardım, vergi indirim gibi sosyal haklardan da faydalanabilmektedir. Türkiye'de ÖSKR, 30.03.2013 tarihli ve 28603 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Özürüllük Ölçütü, Sınıflandırılması ve Özürüllere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik esas alınarak düzenlenmektedir.¹⁰ Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı kliniklerine başvuran ve ruhsal muayene, psikometrik testler, aileden ve öğretmenlerden alınan bilgiler neticesinde uygun görülen olgular ÖSKR için yönlendirilmektedir. Ancak hastalar sıklıkla doktor tarafından yönlendirilmeksizin de, akademik ve/veya maddi destek beklentisiyle, bazı kişi ve/veya kurumlarca teşvik edilerek ÖSKR için başvurabilmektedirler.¹¹ Bu çalışmamızda tarafımızca yönlendirilmeksizin kliniğimize ÖSKR için başvuran hastalarda aile içi ihmal ve istismar varlığının ve bunların raporlama sürecinde varılan karar ile olası ilişkilerinin araştırılması amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Çalışmamıza Kasım 2015-Nisan 2016 tarihleri arasında Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Polikliniklerine ÖSKR için başvuran olgular dahil edilmiştir. Olguların özür oranları 30.03.2013 tarihli ve 28603 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Özürüllük Ölçütü, Sınıflandırılması ve Özürüllere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik esas alınarak belirlenmektedir. Olgulara ait özellikleri ve özellikle fiziksel istismar ve ihmali belirlemek için aşılarda, özbakım (hijyen, mevsime uygun giyinme), yanık, kaza, korozif madde içimi, yüksekten düşme nedeni ile acile başvuru, dayak ve aile içi şiddet değişkenlerini sorgulayan sosyodemografik formun doldurulması ve ruhsal muayene çocuk psikiyatri uzmanı tarafından yapıldıktan sonra,

olgular zeka düzeylerinin ölçümü için psikolog veya çocuk gelişim uzmanına yönlendirilmektedir. Bu amaçla 6 yaşından küçük olgular Denver II Gelişim Tarama Envanteri ile; 6 yaşından büyükler ise Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği (WISC-R), Kent EGY ve Porteus labirent testleri uygulanmaktadır. Ayrıca olguların ruhsal belirti şiddetini ölçmek amacıyla ebeveynler tarafından Connors Anababa Derecelendirme Ölçeği (CADÖ) ve öğretmenler tarafından Connors Öğretmen Derecelendirme Ölçeği (CÖDÖ) doldurulmaktadır.

Etik kurul onayı Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 55/39 karar numarası ile alınmıştır.

Kullanılan Psikometrik Testler:

WISC-R: Wechsler tarafından 1949 yılında geliştirilmiş, 1974 yılında gözden geçirilmiş formu oluşturulmuştur. Sözel ve performans olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. Türk çocuklarına uyarlanma ve standardizasyonu Savaşır ve Şahin tarafından gerçekleştirilmiştir.¹²

Kent EGY zeka testi: 1941 yılında Grace Kent tarafından geliştirilmiştir. Sözel performansı değerlendiren bir testtir.¹³

Porteus labirent testi: 1965 yılında Stanley Porteus tarafından geliştirilmiş olup, 1974 yılında Beğlan Toğrol tarafından Türkçe uyarlanması yapılmıştır. Performansa dayalı bir testtir.¹⁴

Denver II Gelişim Tarama Envanteri: 0-6 yaş çocuklarda yaşa uygun becerileri değerlendiren bir testtir. Anlar ve Yalaz tarafından Türk çocuklarına uyarlanmıştır. Kişisel-sosyal, ince motor, kaba motor ve dil alanını tarayan 116 maddeden oluşmaktadır.¹⁵

Connors Anababa Derecelendirme Ölçeği (CADÖ): Türkçe uyarlaması Dereboy ve arkadaşları tarafından yapılan ölçek, 48 maddeden oluşmaktadır.¹⁶ Dikkat eksikliği tarayan 5, hiperaktiviteyi tarayan 4, karşıt olma karşıt gelme bozukluğunu tarayan 5 ve davranım bozukluklarını tarayan 11 madde içermektedir. Her madde belirtilerin sıklığına göre 0, 1, 2 veya 3 olarak puanlandırılmaktadır.

Connors Öğretmen Derecelendirme Ölçeği (CÖDÖ): 28 maddelik ölçek dikkat eksikliği, hiperaktivite, karşı çıkma karşı gelme ve davranım bozukluğu boyutlarını değerlendirir. Dereboy ve ark. tarafından Türkçe geçerlilik çalışması yapılmıştır.¹⁷

İstatistiksel Analizler

Verilerin analizi SPSS programı 22.0 versiyonu ile yapılmıştır. Kategorik değişkenlerin analizinde ki kare testi kullanılmıştır. Sayısal değişkenlerin normal dağılımları Shapiro-Wilk testi ile değerlendirildi. Dağılımı normal olmayan sayısal değişkenlerin analizlerinde nonparametrik Man Whitney U testi kullanıldı. Anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Çalışmaya 4 ay-17 yaş aralığında; 80 kız (%41,5), 113 erkek (%58,5); toplam 193 olgu dahil edildi. Olguların %40,9'u (n:79) 4 ay-6 yaş aralığında, %59,1'i (n:114) ise 6-17 yaş aralığındaydı. Olguların 62'si (%32,1) mental retardasyon (MR) (hafif düzeyde MR: n=35, %18,1; orta düzeyde MR: n=22, %11,4; ağır düzeyde MR: n=5, %2,6), 11'i (%5,6) yaygın gelişimsel bozukluk (YGB), 19'u (%9,8) özgül öğrenme güçlüğü (ÖÖG), 25'i (%13) sınırdan mental kapasite, 34'ü (%17,6) dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), 1'i (%0,5) selektif mutizm tanılarını alırken psikopatoloji saptanmayan normal zekâ düzeyinde 41 (%21,2) olgu bulunmaktaydı.

Özür oranı alan grupta MR, YGB ve ÖÖG tanılarını alan olgular, özür oranı almayan grupta ise sınırdan mental kapasite, DEHB, selektif mutizm tanılarını alan ve psikopatoloji saptanmayan olgular yer aldı. Buna göre; 193 olgunun %47,7'sine (n:92) özür oranı verilirken, %52,3'üne (n:101) özür oranı verilmedi. Sınırdan mental kapasite tanısına İl Rehberlik Araştırma Merkezi tarafından özel eğitim onayı

verilmediğinden, DEHB ve selektif mutizm tanısı alan olgular ise daha önce tedavi almayan ve takip edilmeyen olgular olduğu için özür oranı almayan gruba dahil edildi. Demografik ve klinik özelliklerin özür oranı alan ve almayan gruplar arasında karşılaştırması ile ilgili bulgular Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Demografik ve klinik özelliklerin özür oranı alan ve almayan gruplar arasında karşılaştırması

	Özür Oranı		p*
	Alan n (%)	Almayan n (%)	
Cinsiyet			
Kız	38 (41.3)	42 (41.6)	0.969
Erkek	54 (58,7)	59 (58,4)	
Anne-Eğitim			
Okur-yazar değil	16 (17.4)	45 (44.6)	0.0001
İlkokul	65 (70.7)	52 (51.5)	
Ortaokul ve üstü	11 (12.0)	4 (4.0)	
Anne-Düzenli İş			
Var	4 (4.3)	13 (12.9)	0.037
Yok	88 (95.7)	88 (87.1)	
Baba-Eğitim			
Okur-yazar değil	6 (6.7)	22 (22.4)	0.004
İlkokul	64 (71.9)	65 (66.5)	
Ortaokul ve üst	19 (21.3)	11 (11.2)	
Baba-Düzenli İş			
Var	69 (77.5)	63 (64.3)	0.047
Yok	20 (22.5)	35 (35.7)	
D. komplikasyonu			
Var	36 (39.1)	20 (19.8)	0.003
Yok	56 (60.9)	81 (70.2)	
Organik Hastalık			
Var	38 (41.3)	24 (23.8)	0.009
Yok	54 (58.7)	77 (76.2)	
Şiddet			
Var	12 (13.0)	25 (24.8)	0.039
Yok	80 (87.0)	76 (75.2)	
Aşılı			
Tam	88 (95.7)	95 (94.1)	0.618
Eksik	4 (4.3)	6 (5.9)	
Öz bakım			
Yeterli	71 (77.2)	49 (48.5)	0.0001
Yetersiz	21 (22.8)	52 (51.5)	
Acile Başvuru			
Var	15 (16.3)	31 (30.7)	0.019
Yok	77 (83.7)	70 (69.3)	

*: Ki-kare testi

D. Komplasyonu: Doğum komplikasyonu

4 ay-6 yaş aralığında yer alan 44 (%55,7) olgu özür oranı alan, 35 (%44,3) olgu almayan grupta yer alırken, 6-17 yaş aralığında özür oranı alan 48 (%42,1) ve almayan 66 (%57,9) olgu vardı. Farklı yaş aralıklarında demografik ve klinik özelliklerin özür oranı alan ve almayan gruplar arasında karşılaştırması Tablo 2'de verilmiştir.

Anne ve baba eğitim düzeyleri açısından özür oranı alan ve almayan grup arasında anlamlı fark saptandı (Tablo 1, p<0,05). Yaş grupları açısından anne ve baba eğitim düzeyleri ile özür oranı arasındaki ilişki incelendiğinde; 4 ay-6 yaş aralığında yer alan olgularda ebeveyn eğitimi ve özür oranı alma arasında anlamlı ilişki saptanırken (Tablo 2, p<0,05), 6-17 yaş aralığında yer alan olgularda anlamlı bir ilişki sap-

tanmadı (Tablo 2, p>0,05).

Özür oranı almayan grupta babaların düzenli bir işte çalışma oranları, özür oranı alan gruba göre daha düşük bulundu (Tablo 1, p<0,05). Yaş grupları açısından değerlendirildiğinde; 6 yaş altı grupta anlamlı bir farklılık saptanmazken, (Tablo 2, p>0,05), 6-17 yaş grubunda saptanan farklılık anlamlı idi (Tablo 2, p<0,05).

Özür oranı alma durumu ile ihmal ve istismarla ilgili değişkenler arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; olguların %5,1'inde (n:10) rutin aşı takviminde eksiklik saptanırken, gruplar arasında anlamlı fark yoktu (Tablo 1). Özür oranı almayan grupta çocuğa yönelik aile içi şiddet, özbakım yetersizliği ve çeşitli nedenlerle acile başvuru daha yüksek oranda saptandı (Tablo1, p<0,05). Aile içi çocuğa şiddet ve özbakım yetersizliği altı yaş altı olgularda özür oranı almayan grupta daha yüksek iken, çeşitli nedenlerle acile başvuru oranları 6 yaş üzeri olgularda daha yüksek bulundu (Tablo 2, p<0,05).

Özür oranı almayan grupta ortalama CADÖ ve CÖDÖ alt ölçek ve toplam puanları daha yüksek saptanmakla birlikte, bu farklılık istatistiksel açıdan anlamlı değildi (Tablo 3).

TARTIŞMA

Yazında ÖSKR için başvuran olguların klinik ve sosyodemografik özelliklerini inceleyen çalışmalar dikkati çekerken, ülkemizde ÖSKR olgularında ihmal ve istismarın değerlendirildiği bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Ülkemizde yapılan diğer çalışmalara bakıldığında, Başgül ve ark.¹⁸ çalışmasında özür oranı almayan olguların oranı %12,6, Şahin ve ark.¹⁹ çalışmasında ise %27,7 olarak bildirilmiştir. Çalışmamızda özür oranı alan olguların (%52,3) diğer çalışmalardan daha sık olduğu dikkati çekmektedir. Bu durum örnekleme ait farklı kaynaklanabileceği gibi, diğer iki çalışmanın farklı illerden üniversite ve eğitim araştırma hastanelerine yapılan başvuruları, bizim çalışmamızın ise devlet hastanesi polikliniğine başvuranları ele alması bunun en olası nedenidir.

Yoksulluk, düşük gelir düzeyi, işsizlik oranının fazla olması, stres düzeyinin artması ve değişken politik durumlarla ilişkili olarak, çocukluk çağı ihmal ve istismarının düşük sosyoekonomik düzeyde yer alan ülkelerde daha yaygın olduğu düşünülmektedir.²⁰ ÖSKR için başvuran çocuk psikiyatri olgularının incelendiği bir çalışmada, olguların %22,4'ünün göç eden ve düşük sosyoekonomik düzeye sahip ailelerden geldiği saptanmıştır.²¹ Çalışmamızın ebeveyn eğitim düzeyi ve babanın iş durumuna dair bulguları önceki çalışmaların sonuçlarını destekler niteliktedir.

Bulgularımız sosyoekonomik düzeyi düşük ailelerin gerekmediği halde çocuklarının özür oranı alması yoluyla akademik ve/veya maddi yarar beklentisi ile hareket edebildiklerini düşündürmekle birlikte, çalışmamızın retrospektif doğasının net bir sonuca ulaşmakta bağlayıcı olduğunu belirtmemiz gerekir. Bu konuda daha net bir sonuca varabilmek için sosyolojik bakış açısını da dikkate alan çok merkezli ve daha geniş örneklemlerle izlem çalışmalarına ihtiyaç vardır.

Çalışmamızın dikkat çeken bir diğer bulgusu da özür oranı almayan grupta; acile başvurma, aile içi şiddet ve kötü özbakım gibi olumsuz yaşam olaylarının daha fazla saptanmasıdır. Gelişimsel açıdan bakıldığında acile başvurma haricinde bu farklılığın sadece altı yaşından küçük olgularda varlığını devam ettirmesi ise diğer bir çarpıcı bulgudur. Nörogelişimsel olarak zedelenabilirlik açısından kritik bir dönem olan altı yaş öncesinde,²² çocuğun bakımverene daha bağımlı olduğu ve kendini koruyamadığı bilinen bir gerçektir. Bu dönemde, ihmal ve istismara açık olması nedeni ile ebeveyn tarafından bakım ve korunmaya muhtaçken, damgalayıcı boyutuna rağmen normal gelişim düzeyindeki çocuklarında özür varlığını belgeleme çabası istismar ve ihmalin başka bir boyutunu akla getirmektedir.

Bu nedenle özellikle 6 yaş altında ÖSKR için başvuran olgularda aile içi istismar ve ihmalin sorgulanması hem doğru raporlama hem de çocuğun korunması açısından büyük önem taşımaktadır.

Çalışmamızda; 6 yaşından büyük olgularda, hem DEHB tanısı hem de acile başvuru oranları daha yüksek saptanmıştır. DEHB semptomlarının yaralanma ve kazalara sıklıkla neden olabileceği bilinmektedir. Okul çağında DEHB tanısı alan çocuklarda yapılan bir çalışmada, bu gruptaki yaralanma ve kazaların %50'sinin ihmal ve fiziksel istismarı düşündürdüğü bildirilmiştir.²³ DEHB olan çocuğa sahip sosyoekonomik düzeyi ve sosyal desteği düşük ailelerde, ebeveynlerin streslerinin daha yüksek olduğu ve yüksek ebeveynlik stresinin de çocuk istismarı için risk etkeni oluşturabileceği düşünülmektedir.²⁴ Çalışmamızda 6 yaş üstü olguların babalarının düzenli bir işte çalışma oranlarının daha düşük olması sosyoekonomik düzey ve ebeveyn stresi arasındaki olası ilişkide rol oynayabilir. Bununla birlikte çalışmamızda sadece ebeveynlerin çalışma durumlarının değerlendirilmiş olması sosyoekonomik düzey konusunda net bir sonuca ulaşmamızı engellemektedir. Sadece ebeveynin iş durumunun değerlendirilmiş olmasının altı yaş altı grup için bu farkın saptanmamış olmasında rolü olduğunu düşünmekteyiz. Benzer şekilde çalışmamızdaki DEHB tanısı alan olguların tümünün daha önce düzenli bir tedavi almıyor, herhangi bir çocuk ruh sağlığı kliniğinde takip edilmiyor olması, ailelerin tedavi arayışından önce ÖSKR ile akademik ve/veya maddi destek araması da ihmal ve istismarı destekliyor gibi görünmektedir.

6-17 yaş aralığında olguların ebeveynleri ve öğretmenleri tarafından doldurulan CADÖ ve CÖDÖ puanları özür oranı almayan grupta daha yüksekti ancak gruplar arasında anlamlı fark yoktu. Bu durum, özür almayan grupta DEHB saptanan olgular olduğu kadar özür oranı alan gruptaki çocukların da hiperaktivite ve davranış problemlerinin olmasından kaynaklanmış olabilir.

İhmal sorgulamak için kullandığımız parametrelerden biri de çocukluk çağı aşı uygulamalarıdır. Özür oranı alan ve almayan gruplar arasında aşılardan anlamlı fark olmaması, aşılardan ihmal yordamak açısından diğer değişkenler kadar etkili olmayabileceğini düşündürmüştür. Ülkemizde uygulanan aşı takviminin şimdiki kadar yasayla zorunlu kılınması da aşılardan ihmal edilme olasılığını azaltmış olması beklenen bir durumdur. Ancak aşılardan ilgili tercihi aileye bırakan yasa değişikliğiyle birlikte önümüzdeki yıllarda bu parametrenin de ihmali güçlü bir göstergesi olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışma ÖSKR için başvuran çocuk olgularda istismar ve ihmali araştıran Türkiye'deki ilk çalışmadır. Her alanda istismar ve ihmali açık olan çocukların ÖSKR üzerinden de istismar edilebileceği ihtimali bulgularımızla desteklenmiştir. ÖSKR için başvuran hastalar özellikle perifer bölgelerde Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı kliniklerinin günlük pratiğinde oldukça ciddi bir iş yükü oluşturmaktadır. Doğru bir kaniye ulaşabilmek için ayrıntılı öykü, psikometrik değerlendirme ve izlemin

Tablo 2. Farklı yaş aralıklarında demografik ve klinik özelliklerin özür oranı alan ve almayan gruplar arasında karşılaştırması

	6 yaş altı Özür Oranı		p*	6-12 yaş Özür Oranı		p*
	Alan n (%)	Almayan n (%)		Alan n (%)	Almayan n (%)	
Cinsiyet						
Kız	21 (47.7)	15 (42.9)	0.666	17 (35.4)	27 (40.9)	0.552
Erkek	23 (52.3)	20 (57.1)		31 (64.6)	39 (59.1)	
Anne-Eğitim						
Okur-yazar değil	6 (13.6)	19 (54.3)	0.0001	10 (20.8)	26 (39.4)	0.098
İlkokul	31 (70.5)	15 (42.9)		34 (70.8)	37 (56.1)	
Ortaokul ve üst	7 (15.9)	1 (2.9)		4 (8.3)	3 (4.5)	
Annenin düzenli işi						
Var	3 (6.8)	2 (5.7)	0.841	1 (2.1)	11 (6.7)	0.012
Yok	41 (93.2)	33 (94.3)		47 (97.9)	55 (83.3)	
Baba-Eğitim						
Okur-yazar değil	3 (7.0)	9 (26.5)	0.030	3 (6.5)	13 (20.3)	0.103
İlkokul	30 (69.8)	22 (64.7)		34 (73.9)	43 (67.2)	
Ortaokul ve üstü	10 (23.3)	3 (8.8)		9 (19.6)	8 (12.5)	
Babanın düzenli işi						
Var	30 (69.8)	20 (58.8)	0.318	39 (84.8)	43 (67.2)	0.037
Yok	13 (30.2)	14 (41.2)		7 (15.2)	21 (32.8)	
D. komplikasyonu						
Var	21 (47.7)	6 (17.1)	0.004	15 (31.3)	14 (21.9)	0.224
Yok	23 (52.3)	(82.9)		33 (68.8)	52 (78.8)	
Organik Hastalık						
Var	24 (54.5)	12 (34.3)	0.072	14 (29.2)	12 (18.2)	0.168
Yok	20 (45.5)	23 (65.7)		34 (70.8)	54 (81.8)	
Şiddet						
Var	3 (6.8)	9 (25.7)	0.020	9 (18.8)	16 (24.2)	0.484
Yok	41 (93.2)	26 (74.3)		39 (81.3)	50 (75.8)	
Aşılardan						
Tam	42 (95.5)	35 (100)	0.201	46 (95.8)	60 (90.9)	0.31
Eksik	2 (4.5)	-		2 (4.2)	6 (9.1)	
Öz bakım						
Yeterli	37 (84.1)	13 (37.1)	0.0001	34 (70.8)	36 (54.5)	0.078
Yetersiz	7 (15.9)	22 (62.9)		14 (29.2)	30 (45.5)	
Acile Başvuru						
Var	8 (18.2)	8 (22.9)	0.608	7 (14.6)	23 (34.8)	0.015
Yok	36 (81.8)	27 (77.1)		41 (85.4)	43 (65.2)	

*: Ki-kare testi

D. Komplasyonu: Doğum komplikasyonu

Tablo 3. CADÖ ve CÖDÖ puanlarının özür oranı alan ve almayan gruplar arasında karşılaştırması

Ortalama±SS	Özür Oranı		p*
	Alan (n=92)	Almayan (n=101)	
Yaş (ay)	81.75±45.00	93.35±37.16	0.019
CADÖ			
Davranım Sorunları	13.70±9.39	15.72±9.87	0.386
Hiperaktivite	6.21±2.94	6.05±3.01	0.708
Öğrenme Sorunları	8.78±3.60	9.13±4.03	0.717
Kayıp	11.48±4.67	11.62±5.16	0.712
Psikosomatik	2.56±2.60	3.37±3.10	0.204
Total	55.59±26.09	59.37±28.53	0.56
CÖDÖ			
Dikkatsizlik	14.72±5.24	14.68±4.40	0.859
Hiperaktivite	9.27±4.29	9.46±5.08	0.754
Davranım Sorunları	7.30±5.18	9.18±6.31	0.243
Total	37.24±12.35	39.58±15.52	0.613

*Mann-Whitney U testi

CADÖ: Connors Aile Derecelendirme Ölçeği; CÖDÖ: Connors Öğretmen Derecelendirme Ölçeği

yanında istismar ve ihmal belirteçlerinin de sorgulanması büyük önem taşımaktadır. Bu hastalar değerlendirilirken simülasyon, uyaran eksikliği, ihmal gibi faktörler de göz ardı edilmemelidir. İstismar ve ihmal eden ebeveynlerin çocuklarını akademik ve/veya maddi yarar için bir özür tanısı ile damgalanmasına göz yummaları şaşırtıcı değildir. ÖSKR için başvuran olgularda olumsuz aile içi yaşantılarının sorgulanması hem hatalı tanılama ve raporlamadan kaçınmak hem de çocuğun ihmal ve istismarını gözden kaçırmamak için son derece önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Dubowitz H. Preventing child neglect and physical abuse. *Pediatr Rev* 2002; 23: 191-196.
2. Runyan D, Corrine W, Ikeda R, et al. Child abuse and neglect by parents and other caregivers. In: *World report on violence and health* (Eds: Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA) 2002; 57-86. Geneva, World Health Organization.
3. Theodore A, Runyan D, Chang JJ. Measuring the risk of physical neglect in a population-based sample. *Child Maltr* 2007;12(1):96-105.
4. Finkelhor D, Turner H, Ormrod R, Hamby SL. Trends in childhood violence and abuse exposure: evidence from 2 national surveys. *Arch Ped Adoles Med* 2010;164(3):238e42.
5. Child maltreatment 2011 US. Department of health and human services, administration for children and families, administration on children, youth and families, Children's Bureau. 2012; 22.
6. Sofuoğlu Z, Oral R, Aydın F ve ark. Türkiye'nin üç ilinde olumsuz çocukluk çağı deneyimleri epidemiyolojik çalışması. *Türk Ped Arş* 2014; 49: 47-56
7. Başgül ŞS, Özürlü Sağlık Kurulu Raporu, Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği Yayınları, Ankara, 2012.
8. Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE). Türkiye Özürlüler Araştırması 2002. Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası, Ankara, 2004.
9. Kahrıman İ, Bayat M. Özürlü çocuğa sahip ebeveynlerin yaşadıkları güçlükler ve algıladıkları sosyal destek düzeyleri: *Öz-Veri Dergisi* 2008; 5(1) s:53-58.
10. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/03/20130330-4.htm>
11. Özbaran B, Köse S. Çocuk Psikiyatrisi Pratiğinde Özürlü Sağlık Kurulu Raporları; 6 Yıllık Ege Üniversitesi Deneyimi. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2011;18.1:67-72.
12. Savaşır I, Şahin N. Wechsler Çocuklar İçin Zekâ Ölçeği (WISC-R). *Türk Psikologlar Derneği*, Ankara, 1995.
13. Öner N. Türkiye'de Kullanılan Psikolojik Testler, Bir Başvuru Kaynağı. 3.Baskı. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yay;1997.
14. Porteus SD. *Porteus Maze Tests: Fifty Years Application*. Palo Alto, CA: Pacific Books, 1965.
15. Anlar B, Yalaz K. Denver II Gelişimsel Tarama Testi Türk çocuklarına uyarlanması ve standardizasyonu. El Kitabı. Meteksan matbaası, Ankara, 1996.
16. Dereboy Ç, Şenol S, Şener Ş ve ark. Conner's ana-baba derecelendirme ölçeği uyarlama çalışması. X. Ulusal Psikoloji Kongresi, Ankara 1998.
17. Dereboy Ç, Şener Ş, Dereboy F, Sertcan Y. Conners öğretmen derecelendirme ölçeği türkçe uyarlaması-2. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derg* 1997; 4:10-18
18. Başgül S, Saltık S. Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi-Özürlü Çocuk Hiyeti'nin 2010 yılı verileri. *Göztepe Tıp Dergisi* 2012;27(2):45-9.
19. Şahin N, Altun H, Kara B. Özürlü çocuk sağlık kurulu raporlarının değerlendirilmesi. *Kocatepe Tıp Dergisi* 2014;15(1):48-53
20. Jordan A, Welbury RR, Tiljak MK, Cukovic-Bagic I. Croatian dental students' educational experiences and knowledge in regard to child abuse and neglect. *J Dent Educ*. 2012; 76(11): 1512-1519.
21. Yürümez E. Özürlü sağlık kuruluna başvuran çocuk psikiyatri hastalarının değerlendirilmesi, *Ortadoğu Tıp Dergisi* 6 (2) 2014; 77. 79
22. Anderson GM, Cohen DJ. Genesis of Neocortex. In: *Child and Adolescent Psychiatry. A Comprehensive Textbook*. 3.Ed: Lewis M. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, USA, 2002: 22-46.
23. Soysal AŞ, Bayoğlu UB, Gücüyener K. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ile örtülü fiziksel istismar ve ihmal. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*. 2011; 54:148-153.
24. Evinç ŞG, Foto-Özdemir D. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Risk ve Sonuçları Açısından Çocuk İstismarı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 2015; 7(2):166-177