



T.C.

CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**SİVAS İL MERKEZİ'NDE OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUKLARI
YAYGINLIĞI VE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ OTİZM SPEKTRUM
BOZUKLUKLARINA YÖNELİK BİLGİ VE TUTUMLARI**

Dr. Hatice GÖLBAŞI

UZMANLIK TEZİ

SİVAS

2018



T.C.

CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**SİVAS İL MERKEZİ'NDE OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUKLARI
YAYGINLIĞI VE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ OTİZM SPEKTRUM
BOZUKLUKLARINA YÖNELİK BİLGİ VE TUTUMLARI**

**Dr. Hatice GÖLBAŞI
UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Yeltekin DEMİREL**

**SİVAS
2018**

ONAY SAYFASI

Bu tez, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda uzmanlık tezi olarak kabul edilmiştir.

İMZA

Prof. Dr. Yeltekin DEMİREL

Yrd. Doç. Dr. Sanem NEMMEZİ KARACA

Yrd. Doç. Dr. Ramazan TETİKÇOK

Bu tez, tarih ve sayılı Yönetim Kurulu Kararı ile belirlenen ve yukarıda imzaları olan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

Tıp Fakültesi Dekanı
Prof. Dr. İlhan ÇETİN

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimleriyle yol gösteren, tezimin tüm aşamalarında büyük emeği olan tez danışmanım ve değerli hocam, Sayın Prof. Dr. Yeltekin DEMİREL'e,

Sıkıntılı tez sürecimde beni motive eden, tecrübelerini ve desteklerini esirgemeyen değerli hocam, Yrd. Doç. Dr. Sanem NEMMEZİ KARACA'ya,

Tezimin belirlenmesinden sonuçlanmasına kadar bilgi ve önerileriyle katkıda bulunan değerli Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD hocaları; Yrd. Doç. Dr. Ayla UZUN ve Yrd. Doç. Dr. Seda Aybüke SARI'ya,

Tezimin planlanması ve değerlendirilmesinde katkıları olan, her zaman güler yüzüyle beni karşılayan değerli hocam, Yrd. Doç. Dr. Ziyet ÇINAR'a,

Değerli asistan arkadaşlarıma,

Anket toplama sürecinde bana yardımcı olan kıymetli öğrenci arkadaşlarıma,

Çalışmama destek veren birinci basamak sağlık çalışanlarına,

Anketlerimi sabırla doldurup çocuklarını çalışmaya dahil eden tüm ilgili ailelere ve çocuklarına,

Her zor anımda yanımda olan, haklarını hiçbir zaman ödeyemeyeceğim canım anneme ve babama,

Çok sevdiğim kardeşlerime,

Desteği, ilgisi ve sevgisiyle her an yanımda olan değerli eşim Abdurrahman'a ve canım oğlum Mete'ye

Çok teşekkür ederim...

*Dr. Hatice GÖLBAŞI
Sivas - 2018*

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	iv
TABLolar DİZİNİ.....	v
SİMGELER VE KISALTMALAR	vi
ÖZET	vii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU	3
2.1.1. Tanım	3
2.1.2. Tarihçe.....	3
2.1.3. Epidemiyoloji.....	3
2.1.4. Etyopatogenez	4
2.1.5. Klinik	4
2.1.5.1. Yaşamın Farklı Evrelerindeki Klinik Özellikler	5
2.1.6. Tanı	6
2.1.7. Ayırıcı Tanı	8
2.1.8. Erken Tanı ve Tarama.....	9
2.1.9. Tedavi.....	13
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	15
3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ VE AMACI	15
3.2. ETİK KURUL ONAYI VE VALİLİK İZİNİ	15
3.3. SİVAS İL MERKEZİNDE OSB YAYGINLIĞININ ARAŞTIRILMASI İLE İLGİLİ YÖNTEM VE GEREÇLER.....	15
3.3.1. Örneklem Seçimi.....	15
3.3.2. Verilerin Toplanması	17
3.3.3. Çalışmanın Akışı.....	18
3.3.4. İstatistiksel Analiz.....	19
3.4. SAĞLIK ÇALIŞANLARININ OSB'YE YÖNELİK BİLGİ VE TUTUMLARININ ARAŞTIRILMASI İLE İLGİLİ YÖNTEM VE GEREÇLER.....	19

3.4.1. Örneklem Seçimi.....	19
3.4.2. Verilerin Toplanması	19
3.3.3. Çalışmanın Akışı.....	20
3.4.4. İstatistiksel Analiz.....	21
4. BULGULAR.....	22
4.1. SİVAS İL MERKEZİ'NDE OSB YAYGINLIĞININ ARAŞTIRILMASI İLE İLGİLİ BULGULAR	22
4.1.1. OSB Tanısı Konulan Çocuklara Ait Bulgular.....	26
4.2. SAĞLIK ÇALIŞANLARININ OSB'YE YÖNELİK BİLGİ VE TUTUMLARI İLE İLGİLİ BULGULAR	29
5. TARTIŞMA.....	43
5.1. SİVAS İL MERKEZİ'NDE OSB YAYGINLIĞI İLE İLGİLİ TARTIŞMA.....	43
5.1.1. Yaygınlık.....	43
5.1.2. Riskli Olguların Özellikleri.....	48
5.2. SAĞLIK ÇALIŞANLARININ OSB'YE YÖNELİK BİLGİ VE TUTUMLARI İLE İLGİLİ TARTIŞMA.....	51
6. SONUÇ.....	58
7. ÖNERİLER	60
8. KAYNAKLAR	61
9. ÖZGEÇMİŞ.....	65
10. EKLER.....	66
EK-1: Etik Kurul Onayı	66
EK-2: Sivas Valiliği Halk Sağlığı Müdürlüğü İzni.....	68
EK-3: CÜBAP.....	72
EK-4: M-CHAT	75
EK-5: OSB Tarama Anket Formu.....	78
EK-6: Sağlık Çalışanı Anket Formu	81

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1: M-CHAT taraması akış şeması.....	22
Şekil 2: OSB’li çocukların cinsiyet dağılımı	27
Şekil 3: OSB’li çocukların anne-baba eğitim durumları.....	27
Şekil 4: Sağlık çalışanlarının çevresinde veya ailesinde OSB’li birey olma durumu.....	30
Şekil 5: Sağlık çalışanlarının kendisine kayıtlı birimde OSB’li birey olma durumu	30
Şekil 6: Sağlık çalışanlarının OSB bilgilendirme programına katılma durumu	31
Şekil 7: Sağlık çalışanlarının ASM’de OSB’ye yönelik hizmet verme durumu	31



TABLolar DİZİNİ

Tablo 1: Sivas İl Merkezi'ndeki ASM'lere kayıtlı çocuk sayısı.....	16
Tablo 2: Seçilen ASM'lerden çalışmaya alınacak çocuk sayısı	17
Tablo 3: Taramada yer alan çocukların sosyodemografik özellikleri.....	23
Tablo 4: Taramada yer alan çocukların prenatal ve postnatal özellikleri	24
Tablo 5: Taramada yer alan çocukların gelişimsel özellikleri	25
Tablo 6: Taramada yer alan çocukların özgeçmiş ve soygeçmiş özellikleri	26
Tablo 7: OSB'li çocukların bazı özellikleri	28
Tablo 8: Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının bazı demografik özellikleri.....	29
Tablo 9: Sağlık çalışanlarının OSB bilgi-tutum ölçek ve OSB farkındalık anket puanları	32
Tablo 10: Sağlık çalışanlarının OSB'ye yönelik bilgi, tutum ve farkındalıklarının yaş gruplarına göre karşılaştırılması	32
Tablo 11: Aile hekimlerinin OSB'ye yönelik bilgi, tutum ve farkındalıklarının cinsiyete göre karşılaştırılması	33
Tablo 12: Sağlık çalışanlarının OSB'ye yönelik bilgi, tutum ve farkındalıklarının medeni durumuna göre karşılaştırılması	33
Tablo 13: Sağlık çalışanlarının OSB'ye yönelik bilgi, tutum ve farkındalıklarının çocuk sahibi olma durumuna göre karşılaştırılması.....	34
Tablo 14: Aile sağlığı elemanlarının OSB'ye yönelik bilgi, tutum ve farkındalıklarının eğitim durumlarına göre karşılaştırılması.....	34
Tablo 15: Sağlık çalışanlarının OSB'ye yönelik bilgi,tutum ve farkındalıklarının mezuniyet sonrası geçen süreye göre karşılaştırılması	35
Tablo 16: Sağlık çalışanlarının OSB'ye yönelik bilgi, tutum ve farkındalıklarının çevresinde veya ailesinde OSB'li birey olma durumuna göre karşılaştırılması.....	35
Tablo 17: Sağlık çalışanlarının OSB'ye yönelik bilgi, tutum ve farkındalıklarının meslekteki çalışma sürelerine göre karşılaştırılması	36
Tablo 18: Sağlık çalışanlarının OSB'ye yönelik bilgi, tutum ve farkındalıklarının kendine kayıtlı OSB'li birey olma durumuna göre karşılaştırılması	37
Tablo 19: Sağlık çalışanlarının OSB'ye yönelik bilgi, tutum ve farkındalıklarının OSB ile ilgili bilgilendirme programına katılma durumuna göre karşılaştırılması.....	37
Tablo 20: Sağlık çalışanlarının OSB'ye yönelik bilgi, tutum ve farkındalıklarının karşılaştıkları hasta sayısı, çocuk sayısı ve kayıtlı çocuk sayısı ile karşılaştırılması	38
Tablo 21: Aile hekimlerinin OSB bilgi-tutum ölçeğine verdikleri yanıtlar.....	39
Tablo 22: Aile sağlığı elemanlarının OSB bilgi-tutum ölçeğine verdikleri yanıtlar	40
Tablo 23: Aile hekimlerinin OSB farkındalık anketine verdiği yanıtlar	41
Tablo 24: Aile sağlığı elemanlarının OSB farkındalık anketine verdiği yanıtlar	42

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABC	: Autism Behavior Checklist
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AÇSAP	: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması
ADDM-NET	: Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network
ADI-R	: Autism Diagnostic Interview–Revised
ADOS	: Autism Diagnostic Observation Scale
AGTE	: Ankara Gelişim Tarama Envanteri
AHA	: Aile Hekimliği Asistanı
APA	: Amerikan Pediatri Akademisi
ASAS	: Australian Scale for Asperger’s Syndrome
ASE	: Aile Sağlığı Elemanı
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
CARS	: Childhood Autism Rating Scale
CDC	: Centers for Disease Control and Prevention
CHAT	: Checklist for Autism in Toddlers
CÜBAP	: Cumhuriyet Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri
DSM	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DEHB	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
ESAT	: Early Screening for Autistic Traits
ICD	: International Classification of Diseases
IQ	: Intelligence Quotient
KBB	: Kulak Burun Boğaz
M-CHAT	: Modified Checklist for Autism in Toddlers
MR	Mental Retardasyon
MRI	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
OSB	: Otizm Spektrum Bozuklukları
PDDST	: Pervasive Developmental Disorders Screening Tests
TIDOS	: Üç Maddelik Direk Gözlemsel Tarama
TOHUM	: Türkiye Otizm Erken Tanı ve Eğitim Vakfı
TSM	: Toplum Sağlığı Merkezi
YGB	: Yaygın Gelişimsel Bozukluk

ÖZET

Sivas İl Merkezi'nde Otizm Spektrum Bozuklukları Yaygınlığı ve Sağlık Çalışanlarının Otizm Spektrum Bozukluklarına Yönelik Bilgi ve Tutumları

Dr. Hatice Gölbaşı, Cumhuriyet Üniversitesi Aile Hekimliği AD, Sivas, 2018

Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB), son yıllarda artan yaygınlık oranlarıyla dikkat çeken nörogelişimsel bir bozukluktur. Belirtileri yaşamın ilk yıllarından itibaren görülmektedir. Sağlıklı çocuk izlemlerinin yapıldığı Aile Sağlığı Merkezleri'nde (ASM) görev yapan sağlık çalışanlarının OSB'nin erken teşhisi açısından rolleri son derece önemlidir.

Çalışmamızda, Sivas İl Merkezi'nde OSB yaygınlığı saptamayı, ASM'lerde görev yapan sağlık çalışanlarının OSB'ye yönelik bilgi ve tutumlarını değerlendirmeyi ve OSB farkındalıklarını arttırmayı amaçladık.

İlk aşamada; Sivas İl Merkezi'ndeki ASM'lerde kayıtlı 18-72 aylık toplam 752 çocuğa Değiştirilmiş Erken Çocukluk Dönemi Otizm Tarama Ölçeği (M-CHAT) uygulandı. M-CHAT testine göre riskli saptanan 47 çocuğun ailesi bilgilendirildi ve aile Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne yönlendirildi. Değerlendirilen 20 olgunun 7'si normal saptanırken 4'ü OSB tanısı; 9'u başka psikiyatrik tanılar aldı. OSB'li 4 olgunun 2'si daha önce OSB ile takipli iken 2'si yeni tanı aldı. Taramada OSB açısından risk oranı % 6.25; OSB yaygınlık oranı % 0.53 (188'de 1) olarak saptandı.

İkinci aşamada; Sivas İl Merkezi'ndeki ASM'lerde görev yapan 90 aile hekimi ve 78 aile sağlığı elemanı (ASE) çalışmaya dahil edildi. Katılımcılara; sosyodemografik veri formu, OSB Bilgi ve Tutum Ölçeği ve OSB Farkındalık Anketi yüz yüze uygulandı. Hekimlerin bilgi düzeylerinin ve farkındalıklarının ASE'lerden yüksek olduğu görüldü. OSB konusunda kadın hekimlerin, çocuk sahibi olan hekimlerin ve kendisine kayıtlı nüfusta OSB'li birey olan ASE'lerin bilgi düzeyleri daha yüksekti.

Çalışmamızda, ASM'lerde görev yapan sağlık çalışanlarının OSB konusundaki bilgi, tutum ve farkındalıklarında eksiklikler olduğu görüldü. OSB ile ilgili eğitim programları düzenlenmesinin; OSB farkındalığının artmasına ve çocukların erken saptanmasına katkıda bulunacağı kanaatindeyiz. Türkiye genelinde OSB yaygınlığının saptanması için bölümler arası işbirliğine ve daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç olduğu düşüncesindeyiz.

Anahtar sözcükler: M-CHAT, Aile Sağlığı Merkezi, Otizm Prevalansı

ABSTRACT

Prevalence of Autism Spectrum Disorders In Sivas City Center and The Knowledge and Attitude of Healthcare Workers Regarding Autism Spectrum Disorders

Dr. Hatice Golbasi, Cumhuriyet University Department of Family Medicine, Sivas, 2018

Autism Spectrum Disorder (ASD), is a neurodevelopmental disorder which attracts considerable notice with its recently, increasing prevalence rates. Symptoms are generally encountered within the early life. The healthcare workers working in the Family Health Centers (FHC), where healthy children follow-ups are widely performed, play a crucial role in early detection of ASD.

We aimed to investigate the prevalence of ASD in Sivas City Center, to evaluate knowledge and attitude of healthcare workers towards ASD and to increase awareness of ASD.

Initially, Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT) scale was applied to a total of 752 children aged between 18-72 months who were registered in the FHC in Sivas City Center. According to the M-CHAT test, 47 children were identified under the risk of ASD and the family of these children was informed and refer to the Child and Adolescent Psychiatry Unit. Among 20 cases evaluated, 7 were found to be normal and 4 were diagnosed as ASD; 9 were found to have other psychiatric diagnoses. Of the 4 cases with ASD, 2 were previously diagnosed with ASD and 2 were newly diagnosed. In this study the risk ratio for ASD was estimated as 6.25 %; the prevalence of ASD was estimated as 0.53 % (1 in 188).

In the second stage; 90 family physicians and 78 other health professionals working in FHC in Sivas City Center were included in the study. The sociodemographic data form, ASD Knowledge and Attitude Scale and ASD Awareness Questionnaire were applied to the participants in a face to face manner. We concluded the knowledge and the awareness of physicians was higher than other health professionals. The knowledge level of female physicians, the physicians who have child and the other health professionals who have registered individuals with the diagnosis of ASD was higher.

We detected some insufficiencies relevant to the knowledge, attitude and awareness of the healthcare workers regarding ASD. It could be postulated that organizing educational programs on ASD could increase the awareness towards ASD and its' early detection among children. We believe there is a need for on interdisciplinary cooperation and more comprehensive studies in order to determine the prevalence of ASD in Turkey.

Key words: M-CHAT, Family Health Center, Prevalence of Autism

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB), sosyal-iletişimsel alanlarda yetersizlikler, kısıtlı ilgi alanları ve tekrarlayıcı davranış kalıpları ile karakterize nörogelişimsel bir bozukluktur. Belirtileri yaşamın erken dönemlerinden itibaren görülmektedir (1). OSB son yıllarda artan yaygınlık oranlarıyla dikkat çeken önemli bir halk sağlığı sorunudur. Nörogelişimsel bozukluklar arasında zihinsel engellilikten sonra ikinci sırada yer alır. İlk ortaya atıldığı dönemde on binde bir gibi verilen yaygınlık oranlarının günümüzde tahmin edilenden daha fazla olduğu anlaşılmıştır (2). OSB'nin yaygınlık oranları her ülkede farklı rapor edilmekle birlikte henüz ülkemizde yayınlanmış epidemiyolojik veri bulunmamaktadır (3).

OSB'de en etkin sonuçlar, çocuğun erken dönemde saptanarak en kısa sürede özel eğitime ve davranışçı tedaviye başlamasıyla elde edilmektedir (4). OSB gidişatında çocuğun zeka düzeyi ve belirtilerin şiddeti önemli olmakla birlikte erken tanı ve erken uygun eğitim hastalığın seyrini olumlu etkilemektedir (5). Çocuklarda gelişim ve davranış bozukluklarında; anaokulundan önce yapılan iki yıllık müdahale ciddi ekonomik, akademik ve toplumsal faydalar sağlamaktadır. Erken müdahale edilen çocukların liseyi bitirebilme, bir meslek sahibi olabilme ve bağımsız yaşayabilme oranlarının daha yüksek; istismara uğrama ve suç işleme oranlarının daha düşük olduğu gözlenmiştir (6).

Yaşamın erken dönemlerinde otizme ait pek çok işaret görülmesine rağmen, otizmin tanı yaşının gelişmiş ülkeler de dahil, geç olduğu görülmektedir. Araştırmalarda; otizmin tanı yaşının ortalama 3.2 ve Asperger Sendromu'nun 7.2 olduğu belirtilmiştir (7).

Otizm taraması için biyolojik bir marker yoktur, bu nedenle taramalar davranışlar üzerinden yapılmaktadır. OSB'li çocukların yaşamın ilk yıllarında farklı davranışlar sergilediği geriye dönük video kayıtlarından gözlenmiştir. Gelişimsel izleme ve taramanın önemi bu noktada ortaya çıkmaktadır. Bu izlemler yalnızca otizm değil, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, konuşma bozukluğu, zeka gerilikleri ve özel eğitim gerektiren diğer bozuklukların erken belirlenmesi için de önemli bir ipucu niteliğinde olacaktır (8, 9). Bebek ve çocuk izlemlerinin gerçekleştiği Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) gelişimsel taramalar için en uygun ortamlardır. Buralarda görev yapan sağlık çalışanlarının bebeklik ve erken çocukluk döneminde gelişimi izlemesi ve desteklemesi açısından rolleri son derece önemlidir (10).

Son yıllarda OSB yaygınlığındaki belirgin artışın fark edilmesi ve prognozunda erken tanı ve erken müdahalenin büyük öneme sahip olması nedeniyle çocukların OSB'ye yönelik taranması önem kazanmıştır. Amerikan Pediatri Akademisi (APA) erken tanı için tüm çocukların 18. ve 24. aylarda OSB açısından taranmasını önermektedir (11). Ancak ülkemizde OSB'nin erken yaşlarda tespit edilmesine yönelik rutin kullanılan bir tarama testi

bulunmamaktadır (12). M-CHAT testi, gerek uygulaması ve yorumlanmasının kolay, gerekse de genel toplum taraması için kullanılabilir olması nedeniyle OSB taramasında yaygın kullanılır olmuştur. Ayrıca Türkiye’de geçerlik güvenirliği çalışılmış ve pozitif ön görü değeri yüksek bir ölçektir (12–14).

Biz bu çalışma ile Sivas İl Merkezi’nde 18-72 aylık çocuklarda M-CHAT ölçeği kullanarak OSB taraması yapmayı ve OSB yaygınlığı ile ilgili literatüre katkı sağlamayı amaçladık. Ayrıca birinci basmakta görev yapan sağlık çalışanlarının OSB’ye yönelik bilgi ve tutumlarını değerlendirmeyi hedefledik. Bu çalışmanın, sağlık çalışanlarının otizme ilişkin bilgi düzeylerini ve farkındalıklarını artırmaya yönelik önemli bir işlevi yerine getireceğini düşünmekteyiz. Ayrıca, ebeveynlerin çocuklarını daha ayrıntılı değerlendirmeleri için bir farkındalık yaratacağı görüşündeyiz.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU

2.1.1. Tanım

Otizm Spektrum Bozukluğu, sosyal-iletişimsel alanda yetersizlikler, kısıtlı ilgi alanları ve tekrarlayıcı davranış kalıpları ile karakterize nörogelişimsel bir bozukluktur. Belirtileri yaşamın erken dönemlerinden itibaren görülmektedir (1).

2.1.2. Tarihçe

İlk kez 1943 yılında Leo Kanner tarafından "infantil otizm" şeklinde tanımlanmıştır (15). Otizm uzun yıllar çocukluk şizofrenisi olarak düşünülmüştür. Amerikan Psikiyatri Birliği'nin resmi sınıflandırma sistemi içinde ilk kez 1980 yılında DSM-III'de (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) yerini almıştır. DSM-IV'de "Otistik Bozukluk" tanımıyla yaygın gelişimsel bozukluklar (YGB) başlığı altında yer alan beş bozukluktan biri olarak sınıflandırılmıştır. YGB kategorisinde "Otistik Bozukluk" dışında Asperger Bozukluğu, Rett Sendromu, Çocukluk Çağı Dezintegratif Bozukluğu ve Başka Türlü Adlandırılmayan YGB (atipik otizm) yer almaktadır (16).

2013 yılında yayınlanan DSM-V ile otizmin tanı ve sınıflandırılmasında önemli değişiklikler yapılmıştır. DSM-IV'te yer alan YGB başlığı altındaki kategoriler kaldırılmış ve "Otizm Spektrum Bozuklukları" genel adıyla tanımlanmıştır. Bu yeni sınıflandırmada Rett Sendromu OSB'nin dışında tutulmuştur (1, 16).

2.1.3. Epidemiyoloji

Otizm spektrum bozuklukları uzun yıllar nadir bir hastalık olarak düşünülmüştür. Doksanlarda OSB'in tahmin edildiği kadar nadir olmadığı fark edilmiştir. Son yıllardaki çalışmalar OSB yaygınlığında belirgin artış olduğunu göstermiştir. Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi'nin (CDC) raporuna göre ABD'de (Amerika Birleşik Devletleri) OSB yaygınlık oranları 2006-2008 yılları arasındaki 2 yıllık dönemde % 23; 2002-2008 yılları arasındaki 6 yıllık dönemde % 78 oranında artmıştır (17). OSB yaygınlığındaki bu dramatik artışın gerçek bir artış mı olduğu, yoksa tanı kriterlerindeki değişimlerden ya da farkındalığın artmasından mı kaynaklandığı bilinmemektedir (1). CDC'nin ABD'nin 11 farklı eyaletinde yürüttüğü çalışmanın 2014 yılı raporuna göre OSB'nin genel yaygınlık oranı % 1.46'dır (68'de 1). Aynı raporda OSB'nin erkeklerde kızlara göre 4-5 kat daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (18). Yine Güney Kore'de 7-12 yaş aralığında yaklaşık 55 bin çocuğun değerlendirildiği kapsamlı bir epidemiyolojik çalışmada, OSB yaygınlığı % 2,64 (38'de 1) olarak saptanmıştır (19). Ancak ülkemizde OSB'nin yaygınlığını bildiren epidemiyolojik bir veri bulunmamaktadır (3, 20).

2.1.4. Etyopatogenez

OSB'nin etyolojisi ile ilgili pek çok çalışma yapılmasına rağmen nedeni henüz tam olarak bilinmemektedir. Etyolojisinde genetik, çevresel ve fizyolojik faktörler suçlanmaktadır (1).

Genetik Faktörler: Nöropsikiyatrik hastalıkların ikizlerde eş zamanlı görülmesi ailelerde yapılan genetik çalışmaları arttırmıştır. OSB'li tek yumurta ikizlerindeki konkordans oranının çift yumurta ikizlerden daha yüksek olması güçlü bir genetik etkiyi düşündürmektedir (21). Otizmli bir çocuğun kardeşinde otizm görülme oranı % 3-10 arasındadır ki bu oran toplumdaki sıklığın oldukça üzerindedir (22).

Anatomik Değişiklikler: Son yıllarda otizm ile ilgili gen çalışmaları devam ederken bazı araştırmalar genlerden ziyade beyin anatomisi üzerinde durmaktadır (23). Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRI) çalışmaları OSB'lilerde yaşamın ilk yıllarında anormal beyin büyümesi olduğunu göstermektedir. Bu büyüme özellikle frontal lob, temporal lob ve amigdalada gözlenmektedir (24). Üç yaşına kadar süren bu büyüme daha sonra durmaktadır (5).

Çevresel Faktörler: OSB etyolojisinde pek çok çevresel faktör suçlanmaktadır. Araştırmalarda ileri ebeveyn yaşı, düşük doğum ağırlığı, intrauterin enfeksiyonlar, aşılar, D vitamini eksikliği, ilaçlar ve toksik madde maruziyeti üzerinde durulmaktadır. Bunlar içerisinde OSB ile en tutarlı veriler "ileri anne ve baba yaşı" ile ilgili elde edilmiştir. Bir dönem aşilarla otizm arasında bir bağlantı olabileceği üzerinde çok gündem oluşmuş olmasına rağmen aşilarla otizm arasında hiçbir ilişki saptanmamıştır. Bazı araştırmalara göre hamilelik ve erken çocukluk çağında görülen D vitamini eksikliği, OSB etyopatogenezinde rol oynamaktadır (24).

2.1.5. Klinik

OSB'de temel klinik özellikler;

- Sosyal iletişim ve etkileşimde yetersizlikler,
- Kısıtlı ve tekrarlayıcı davranış kalıpları ve ilgi alanlarıdır.

Bu belirtiler erken çocukluk döneminde başlamalı; kişinin sosyal ve mesleki yaşamını önemli ölçüde bozmalıdır. Ayrıca bu durum zihinsel engellilik ile açıklanamıyor olmalıdır (1).

Sosyal İletişim Yetersizliği: OSB'li bireylerin sözel ve sözel olmayan iletişim becerilerinde eksiklikler söz konusudur (1). Bu bireyler insanlarla ilişki başlatmakta ve sürdürmekte sıkıntı yaşarlar. Göz teması kuramazlar, jest ve mimiklerini normal kullanamazlar. Başka insanlarla duygularını ve deneyimlerini paylaşamazlar (24).

Tekrarlayıcı Davranışlar ve Kısıtlı İlgi Alanları: OSB'li bireylerde basmakalıp ve tekrarlayıcı hareketler görülür. Örneğin el çırpma, oyuncakları sıraya dizme ve nesnelere döndürme gibi davranışlara sık rastlanır. Aynılıkta aşırı ısrarcı olabilirler; her gün aynı yoldan gitme, aynı yemeği yeme gibi. Rutinlerindeki ufak bozulmalarda çok stres yaşarlar. Çevredeki duyuşal uyarılara anormal tepkiler gösterebilirler; örneğin sığağı duyarsızlık, nesnelere aşırı koklama gibi (1).

2.1.5.1. Yaşamın Farklı Evrelerindeki Klinik Özellikler

OSB'nin gelişimsel bir bozukluk olması nedeniyle yaşamın farklı evrelerinde farklı klinik özellikler görölmektedir. Bu sebeple klinik değerlendirme gelişim dönemlerine göre yapılmalıdır.

0-1 Yaş Dönemi: OSB'li bireylerin 0-1 yaş dönem özellikleri çoğunlukla ailelerinin geriye dönük değerlendirmeleri ve video kayıtlarından elde edilmiştir. İlk üç ayda göz teması azlığı, bakım verene gülümsememe ve sese tepkisizlik risk belirtisi olarak değerlendirilmelidir (25). Bir bebeğin 6-9 aylıkken ses çeşidinin az olması, konuşanın yüzüne bakmaması, yakınlarına sıcak davranmaması örneğin kucağı alınmaktan hoşlanmaması OSB için önemli ipuçlarıdır (26).

2-3 Yaş Dönemi: OSB için en sık başvuru yaşıdır. Aileler sıklıkla konuşma gecikmesi sebebiyle doktora başvururlar. İki yaşında bir çocuğun iki kelimelik cümleler kurması, "kapıyı aç", "ekmeğı ver" gibi basit konutları yerine getirmesi beklenir. Ancak riskli çocuklarda bu gelişmeler gözlenmez. Yine bu çocukların çağırıldığında ismine yanıt vermemesi, işaret edilen nesneye bakmaması, başka çocuklara ilgi göstermemesi OSB açısından önemli belirtilerdir (5, 24).

4-5 Yaş Dönemi: Bu yaş grubundaki riskli çocuklar arkadaşlık kurmaya isteksizdirler. Yaşlıları gibi zengin hayali oyunlar oynayamazlar. Normal gelişim gösteren bu yaş grubu çocukların empati kapasitesi erişkin düzeyine yakınken, OSB'li çocuklar karşı tarafın duygularını anlamakta zorluk çekerler. Bu yaşlarda sallanma, kendi etrafında dönme, kanat çırpma gibi tekrarlayıcı hareketlere sık rastlanır (24).

Okul Çağı Dönemi: Erken dönemde görölen belirtilerin çoğı bu yaşlarda da devam etmektedir. Özel eğitimle ve yaşın ilerlemesiyle bazı gelişmeler görölebilir. İyi bir eğitimle kendi başına yemek yeme, tuvalete gitme ve giyinme gibi öz bakım becerileri gelişebilir. Ancak bu gelişmelere rağmen bu çocuklar yaşlılarından geride olabilirler. Toplumsal beklentileri karşılayamadıkları için uyum sorunları yaşarlar (5).

Ergenlik Dönemi: OSB'li bireyler çoğu bedensel ve hormonal olarak yaşıtlarına benzer değişimler gösterirler. Ancak ruhsal olgunlaşma daha geç yaşlarda görülür. Zekası normal olan OSB'li bireyler arkadaşlık kurmak isterler, ancak sosyal becerilerindeki kısıtlılıklar sebebiyle başarılı olamazlar. Yaşıtlarından farklı olduklarını hissetmeleri sıklıkla depresyona yol açmaktadır. Zekâ geriliğinin eşlik ettiği OSB'li bireylerde temel belirtiler devam ederken öfke, dürtü kontrol sorunları ve öz bakım yetersizliği gibi sorunlar sık görülmektedir (5, 24).

Erişkinlik Dönemi: OSB'de genellikle yaşla birlikte semptomların şiddetinde azalma görülmektedir (27). Normal IQ'lu OSB'lilerin önemli bir kısmı sosyal ve iletişimsel sorunlara rağmen tam bağımsız veya kısmi destekle hayatlarına devam etmektedirler. Zihinsel engelliliğın eşlik ettiği grupta ise ciddi sorunlar görülmektedir (24).

2.1.6. Tanı

OSB'de ilk değerlendirme; ayrıntılı gelişimsel, fiziksel ve davranışsal öykünün alındığı ebeveyn görüşmesi ve çocuğın gözlemlenmesi ile başlar. Bu sayede çocuğın sosyal ve duygusal özellikleri, bilişsel kapasitesi, dil becerileri ve davranışsal özellikleri değerlendirilir. Tanısal değerlendirmenin önemli bir kısmını klinik muayene oluşturur. Bu nedenle her çocuğın ayrıntılı fizik muayenesi ve tıbbi incelemesi yapılmalıdır. Fizik muayene esnasında nörolojik muayenenin de yapılması uygun olur. Ayrıca OSB açısından şüpheli her olgu mutlaka işitme ve görme yönünden değerlendirilmelidir (24).

OSB tanısında deneyimli bir uzmanın klinik değerlendirmesi altın standart olarak kabul edilmektedir (28). Klinik değerlendirme için pek çok ölçek ve yapılandırılmış görüşme teknikleri vardır. Bunlar içinde en yaygın kullanılanlar; "Otizm Tanısal Görüşme-Gözden Geçirilmiş Şekli" (ADI-R, *Autism Diagnostic Interview-Revised*) ve "Otizm Tanısal Gözlem Ölçeği"dir (ADOS, *Autism Diagnostic Observation Scale*) (24). Ancak ülkemizde kullanılan tanılama araçları oldukça sınırlıdır. "Çocukluk Otizm Değerlendirme Ölçeği" (CARS, *Childhood Autism Rating Scale*) ve "Otistik Davranışları Değerlendirme Listesi" (ABC, *Autism Behaviour Checklist*) ülkemizde kullanılabilen tanılama araçlarıdır. Bunlarla birlikte OSB tanısı, "DSM-5 otizm spektrum bozuklukları tanı kriterleri" ile "ICD-10 (International Classification of Diseases) Yaygın Gelişimsel Bozukluklar için tanı ölçütleri" ile standardize edilmiştir (20).

DSM-5 Otizm Spektrum Bozuklukları Tanı Kriterleri (1)

A. Şimdiki durumda ya da öyküsünde var olan birden çok ortamda aşağıda gösterildiği gibi toplumsal iletişim ve karşılıklı toplumsal etkileşimde süregiden eksiklikler

1) Toplumsal-duygusal karşılık vermede eksiklikler (örneğin, anormal toplumsal yaklaşım ve karşılıklı sohbeti sürdürmedeki yetersizlikler, ilgi alanları, duyguları ya da izlenimlerini paylaşmaktaki azlık, toplumsal etkileşimleri başlatma ya da sürdürmedeki yetersizlik gibi).

2) Toplumsal etkileşim için kullanılan sözel olmayan iletişim davranışlardaki eksiklikler (örneğin, göz teması ve vücut dilindeki anormallikler ya da jestleri anlamak ve kullanmaktaki eksiklikler, yüz ifadelerinin hiç bulunmayışı gibi).

3) İlişki geliştirme, sürdürme ya da ilişkileri anlamaktaki eksiklikler (örneğin, farklı toplumsal bağlamlara göre davranışlarını ayarlama güçlüğü, hayali oyunları birlikte oynama ya da arkadaş edinmedeki güçlükler, arkadaşlık kurmaya ilgisiz olma gibi).

Şimdi ağırlık düzeyini belirleyin:

Ağırlık düzeyi, toplumsal iletişim yetersizlikleri ile kısıtlı ve yineleyici davranış örüntüsüne dayanır.

B. Şimdiki durumda ya da öyküsünde var olan aşağıdakilerden en az ikisinde kısıtlı, yineleyici davranış, ilgi alanı ya da aktivite örüntüsü.

1) Devinimlerde, nesnelere kullanımında ya da konuşmada stereotipi ya da yineleyicilik olması (örneğin, basmakalıp hareketler, oyuncakları sıraya dizme ya da nesnelere döndürme, ekolali, anlamsız ifadeler kullanma).

2) Aynılıkta ısrar etme, rutinelere esneklik göstermeden sıkı sıkıya bağlı olma ya da sözel veya sözel olmayan davranışların törenselleşmiş örüntüsü (örneğin, ufacık değişimlerde bile aşırı sıkıntı yaşama, geçişlerde zorlanma, katı düşünce tarzı, selamlaşma ritüelleri, her gün aynı yoldan gitme ya da aynı yemeği tercih etme).

3) Yoğunluk düzeyi ya da odağı anormal olan, oldukça kısıtlı ve değişmez ilgi alanları (örneğin, alışılmadık nesnelere güçlü bağlılık gösterme, aşırı uğraşma, abartılı şekilde sınırlı ve yineleyen ilgi alanları).

4) Çevredeki duyu uyaranlara aşırı ya da yetersiz tepki verme ya da alışılmadık ilgi gösterme (örneğin, acıya/sıcağa karşı duyarsızlık, belirli ses ve dokunuşlara karşı beklenmeyen tepki verme, nesnelere aşırı koklama veya onlara aşırı dokunma, ışık ya da devinimle görsel büyülenme).

Şimdi ağırlık düzeyini belirleyin:

Ağırlık düzeyi, toplumsal iletişim yetersizlikleri ile kısıtlı ve yineleyici davranış örüntüsüne dayanır.

C. Belirtilerin erken gelişim döneminden itibaren görülmesi gerekir (ancak belirtiler, toplumsal gereklilikler kısıtlı kapasitesini aşana kadar kendini tam olarak göstermemiş ya da öğrenilmiş bazı yöntemlerle maskelenmiş olabilir).

D. Belirtiler toplumsal, uğraşsal ya da güncel işlevlere ait diğer önemli alanlarda klinik olarak önemli bozulmaya yol açar.

E. Bu bozukluklar anlıksal gelişim bozukluğu ile daha iyi açıklanamaz. Anlıksal gelişim bozukluğu ve otizm spektrum bozukluğu çoğu kez bir arada bulunur. Otizm spektrum bozukluğu ve anlıksal gelişim bozukluğu tanılarını bir arada koyabilmek için toplumsal iletişimin genel gelişim düzeyinden beklenebilecekten az olması gerekir.

Not: DSM-IV'e göre Otistik Bozukluk, Asperger Bozukluğu ve başka türlü adlandırılmayan yaygın gelişimsel bozukluk tanıları alan bireylere OSB tanısı konmalıdır. Toplumsal iletişimde ciddi yetersizlikler bulunan ancak otizm spektrum bozukluğu tanı ölçütlerini karşılamayan bireyler, sosyal (pragmatik) iletişim bozukluğu açısından değerlendirilmelidirler.

Belirtiniz:

-Eşlik eden anlıksal gelişim bozukluğu bulunuyor ya da bulunmuyor,

-Eşlik eden konuşma bozukluğu bulunuyor ya da bulunmuyor,

-Bilinen tıbbi, genetik veya çevresel etken ile ilişkili,

-Başka bir nörogelişimsel, zihinsel ya da davranışsal bozuklukla ilişkili,

-Katatoni var.

2.1.7. Ayırıcı Tanı

Üç yaşından küçük çocuklarda otizmin ayırıcı tanısında zorluklar söz konusudur. Çünkü küçük yaşlarda nörogelişimin bir alanında sorun varsa genellikle başka alanlarda da sorun sık görülmektedir. OSB ayırıcı tanısında dışlanması gereken hastalıklar; seçici konuşmazlık, dil bozuklukları, konjenital sağırılık ve işitme bozukluğu, zihinsel yetersizlik, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), sosyal (pragmatik) iletişim bozukluğu ve çocukluk çağı başlangıçlı şizofrenidir. Ancak özellikle dikkat edilmesi gereken bir nokta OSB'nin pek çok psikiyatrik ve davranışsal bozuklukla birlikte görülebiliyor olmasıdır. Zihinsel yetersizlik sıklıkla otizme eşlik etmektedir. OSB'li bireylerin % 30'unda hafif-orta derecede; yaklaşık % 45-50'sinde ağır derecede zihinsel yetersizlik bulunmaktadır (1, 29).

OSB'li bireylerde hayatı zorlaştıran ve sık rastlanan sorunlardan biri DEHB'dir (5). OSB ve DEHB komorbiditesini inceleyen çalışmalarda, OSB'lilerin % 28-83'ünde DEHB varlığı saptanmıştır. Duygu durum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, tik bozuklukları, uyku bozuklukları, yeme bozuklukları ve öğrenme bozuklukları OSB'ye eşlik edebilen diğer durumlardır (24).

2.1.8. Erken Tanı ve Tarama

OSB’de en etkin sonuçlar, çocuğun erken dönemde saptanarak en kısa sürede özel eğitime ve davranışçı tedaviye başlamasıyla elde edilmektedir (4). OSB gidişatında çocuğun zeka düzeyi ve belirtilerin şiddeti önemli olmakla birlikte erken tanı ve erken uygun eğitim hastalığın seyrini olumlu etkilemektedir (5). Pek çok çalışma yaşamın erken dönemlerinde tanı konulup yoğun eğitim alan çocukların bir kısmının normal gelişimi yakalayabildiğini göstermektedir (30–32). Çok küçük yaşlarda tanı almış ve yoğun davranışçı tedavi verilmiş olan otizmlili çocukların 6-7 yaşlarına geldiğinde % 47’sinin normal entelektüel kapasiteye ulaştığı ve normal okullara gidebildiği bildirilmiştir (30). Aynı çocukların 6 yıl sonraki izlemlerinde % 42’sinin yaşlıtlarından ayırt edilemeyecek düzeyde davranışlara ve zekaya sahip olduğu gözlenmiştir (33).

Çocuklarda gelişim ve davranış bozukluklarında; anaokulundan önce yapılan iki yıllık müdahale ciddi ekonomik, akademik ve toplumsal faydalar sağlamaktadır. Erken müdahale edilen çocukların liseyi bitirebilme, bir meslek sahibi olabilme ve bağımsız yaşayabilme oranlarının daha yüksek; istismara uğrama ve suç işleme oranlarının daha düşük olduğu gözlenmiştir. Erken müdahalenin yararı son derece açıktır (6).

Yaşamın erken dönemlerinde otizme ait pek çok işaret görülmesine rağmen, otizmin tanı yaşının gelişmiş ülkeler de dahil geç olduğu görülmektedir. Yapılan bir çalışmada ailelerin kaygılarını bildirdikleri zaman ile çocukların tanı aldığı yaş arasındaki sürenin ortalama otizm için 1.7, Başka Türülü Adlandırılmayan YGB için 2.1 ve Asperger Sendromu için 4.6 yıl olduğu bildirilmiştir. Yine aynı çalışmada ilk tanı yaşı otizm, Başka Türülü Adlandırılmayan YGB ve Asperger için sırasıyla ortalama 3.2, 3.7 ve 7.2’dir. ABD’de 2009 yılında yapılan bir araştırmada, OSB tanı yaşının ortalama 5.7 olduğu bildirilmiştir. Türkiye’deki çalışmalarda, çocukların tanı aldıkları yaş aralığının 20-43 ay arasında değiştiği tespit edilmiştir. Bu durum çocukların mevcut olan yöntemlerle tanı alabileceği yaş ile gerçekte tanı aldığı yaş arasında büyük bir uçurum olduğunu göstermektedir. Bu alanda daha fazla araştırmaya ve iyileştirmeye ihtiyaç duyulduğu aşıkardır (7, 34, 35).

Son yıllarda OSB yaygınlığındaki belirgin artışın fark edilmesiyle çocukların OSB’ye yönelik taranması önem kazanmıştır. Amerikan Pediatri Akademisi OSB’li çocukların erken tanınabilmesi için pek çok döküman geliştirip yayımlamıştır. Buna göre APA, tüm çocukların 18. ve 24. aylarda OSB açısından taranmasını önermektedir (11). Ancak ülkemizde OSB’nin erken yaşlarda tespit edilmesine yönelik rutin kullanılan bir tarama testi bulunmamaktadır (12).

OSB açısından tarama iki farklı düzeyde yapılmaktadır. Birinci düzey, toplumdaki tüm çocuklar üzerinde gerçekleştirilen, otizm için riskli olanların belirlendiği izlem ve taramalardır. İkinci düzey tarama ise yüksek riskli çocukların daha ayrıntılı değerlendirilmesine, otizmin teşhisine ve diğer gelişimsel bozukluklardan ayırımına yöneliktir (8). Düzey 1 tarama testlerinden yaygın olanları CHAT (*Checklist for Autism in Toddlers*), M-CHAT (*Modified CHAT*), ESAT (*Early Screening for Autistic Traits*), PDDST (*Pervasive Developmental Disorders Screening Tests-Stage I and II*) ve ASAS'tır (*Australian Scale for Asperger's Syndrome*). Bunlar arasında otizmin erken tanısında en çok üzerinde durulan CHAT ve modifiye formu olan M-CHAT'tir. M-CHAT genel toplum taraması için kullanılabilir, uygulaması ve yorumlanması kolay, Türkiye'de geçerliği ve güvenilirliği çalışılmış ve pozitif ön görü değeri yüksek olan bir ölçektir (12–14).

Değiştirilmiş Erken Çocukluk Dönemi Otizm Tarama Ölçeği (M-CHAT)

M-CHAT, 2001 yılında Robins ve arkadaşları tarafından erken çocukluk döneminde OSB'yi taramak amacıyla geliştirilmiş bir ölçektir. M-CHAT, otizm tarama ölçeği olan CHAT'ın uyarlanmış formudur. CHAT, Baron-Cohen ve arkadaşları tarafından 1992 yılında İngiltere'de geliştirilmiştir. On sekiz aylık çocuklarda uygulanan test iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde ebeveynler tarafından yanıtlanan 9 madde; ikinci bölümde bir sağlık çalışanının direk gözlemlerine dayalı 5 madde yer almaktadır. M-CHAT ölçeğinin, ilk dokuz maddesi CHAT'den aynen alınmış olup; geri kalan 14 madde ölçeği geliştirenler tarafından oluşturulmuştur. Ölçekteki sorular ebeveynler tarafından "evet" ya da "hayır" şeklinde yanıtlanmaktadır. Ölçekte otizm açısından önemli 6 kritik madde yer almaktadır. Bunlar; 2, 7, 9, 13, 14 ve 15. maddelerdir. Tüm 23 maddenin herhangi üçünde ya da altı kritik maddenin ikisinde olumsuz yanıt olması çocuğun otizm spektrum bozuklukları açısından riskli olduğunu düşündürmektedir (36, 37).

Robins ve arkadaşlarının ilk çalışmalarında; 1.293 çocuğa M-CHAT ölçeği uygulanmış, bu çocukların 132'si riskli olarak değerlendirilmiş, riskli çocukların 39'u otizm spektrum bozukluğu tanısı almıştır. Ölçeğin duyarlılığının 0.87; seçiciliğinin 0.99; pozitif prediktif değerinin 0.80; negatif prediktif değerinin 0.99 olduğu belirlenmiştir. Bu sayede M-CHAT'in otizmin erken teşhisinde kullanılabileceği gösterilmiştir (37).

Ölçeğin, Türkiye'de geçerlilik çalışması 2005 yılında Aslı Yıkgeç (14) tarafından yapılmıştır. Çalışmaya, yaşları 18–72 ay arasında değişen 15 tane normal gelişim gösteren, 20 tane Down Sendromlu, 20 tane otizm şüpheli ve 20 tane otizm tanılı toplam 75 çocuk dahil edilmiştir. Çocuklar CHAT, M-CHAT, DSM-IV ve AGTE (Ankara Gelişim Tarama Envanteri) ile değerlendirilmiştir.

M-CHAT ölçeğindeki altı kritik maddeye ölçekteki 6. maddenin de eklenerek Türkçe formunda yedi kritik madde olması önerilmiştir. Ölçeğin güvenilirliğini değerlendirmek için Cronbach alfa katsayısı hesaplanmıştır. Tüm maddeler ve altı kritik madde için yeterli bulunmuştur (sırasıyla $\alpha=0.87$ ve $\alpha=0.85$). M-CHAT ölçeğinin küçük çocuklarda otizm belirtilerinin tespiti için uygun bir tarama aracı olduğu sonucuna varılmıştır. Ancak ölçeğin otizm olmayan çocukları otizm açısından riskli göstermesi, testin yanlış pozitiflik oranını yükseltmektedir (14).

Türkiye Otizm Erken Tanı ve Eğitim Vakfı (TOHUM) 2008 yılında Adana, Bursa, Gaziantep, İzmir ve Kocaeli illerindeki sağlık ocaklarında ve AÇSAP (Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması) merkezlerinde otizm tarama projesi gerçekleştirmiştir. Yaşları 18–36 aylar arasında değişen yaklaşık 45.000 çocuğun ebeveyni ile görüşülerek ebe ya da hemşiresi tarafından M-CHAT ölçeği uygulanmıştır. Bu çocuklardan 4.605'i (% 11.2) riskli saptanmıştır. Riskli saptanan çocukların bir kısmına hekimler tarafından CHAT ölçeği uygulanarak yeniden değerlendirilmiştir. CHAT ile taranan çocuk gruplarından % 6.6'sı otizm için yüksek riskli olarak belirlenmiş ve uzman hekimlere yönlendirilmiştir. Yapılan Cronbach alpha analizi sonucunda 23 maddenin güvenilirlik katsayısı 0.74; altı kritik maddenin güvenilirlik katsayısı ise 0.69 olarak bulunmuştur. Bu çalışmanın en önemli kısıtlılığı elde edilen analizlerin ölçek sonucuna göre riskli çıkan vakalar üzerinden yapılmış olmasıdır. Bu proje, ülkemizde erken çocukluk döneminde OSB riskini belirlemeye yönelik çok geniş bir kitle üzerinde yapılmış ilk çalışmadır (38).

Ülkemizde Aile Hekimi ve Aile Sağlığı Elemanlarının Erken Tanıdaki Rolü

Aile hekimlerinin esas görevlerinden biri kendilerine kayıtlı kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına yönelik izlem ve taramalarını (örneğin; gebe izlemi, yenidoğan taramaları, bebek ve çocuk izlemlerini) planlamaktır. Aile hekimi, bu hizmetlerini ebe, hemşire ya da sağlık memuru olan bir aile sağlığı elemanı ile birlikte sunmaktadır (39).

Otizm için biyolojik bir marker bulunmamaktadır, ancak erken tanıyı kolaylaştıracak önemli ipuçları bulunmaktadır. OSB'li çocukların yaşamın ilk yıllarında farklı davranışlar sergilediği geriye dönük video kayıtlarından gözlenmiştir. Gelişimsel izleme ve taramanın önemi bu noktada ortaya çıkmaktadır (8, 9). Bebek ve çocuk izlemlerinin gerçekleştiği ASM'ler gelişimsel taramalar için en uygun ortamlardır. Buralarda görev yapan sağlık çalışanlarının bebeklik ve erken çocukluk döneminde gelişimi izlemesi ve desteklemesi açısından rolleri son derece önemlidir (10).

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafından 2015 yılında yayınlanan "Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri Rehberi" (4) ile bebeklik ve çocukluk dönemi tarama prensipleri belirlenmiştir. Rehberde göre 0-6 yaş aralığında bebek ve çocuğun bilişsel gelişimi, sosyal gelişimi, dil gelişimi, ince ve kaba motor gelişimi ile ilgili değerlendirmelerin düzenli aralıklarla yapılması ve şüphelenilen durumlarda ailelerin bilgilendirilerek ilgili uzmanlık alanına yönlendirmesi önerilmektedir. Bebek ve çocukların 18-36 aylar arasında bir kez otizm, 48-60 aylar arasında bir kez DEHB ve özgül öğrenme güçlüğü açısından değerlendirilmesi tavsiye edilmektedir.

Otizm spektrum bozukluklarına yönelik taramada aşağıda belirtilen 3 gözlem maddesi esas alınır. Gözleme başlamadan önce çocuğun ilgisini çekebilecek oyuncaklar ortaya konur ve bu konuda eğitimli sağlık personeli tarafından çocuk izlenir.

- İsmi söylendiği zaman bakıyor.
- Göz kontağı kuruyor.
- Parmakla gösterilen nesneye bakıyor.

Bu üç maddenin herhangi birinin olumsuz olması durumunda, çocuğun Çocuk Psikiyatri Uzmanı'na yönlendirilmesi gerekmektedir (4).

Ailelerin Erken Tanıdaki Rolü

Otizimli çocuğa sahip pek çok ebeveyn, çocuklarında daha ilk yıllarda bazı şeylerin normal gitmediğini fark ettiklerini ifade ederler. Ancak çocuğunda bir sorun olduğunu düşünmek ve bu durumu kabullenmek oldukça zordur. Ebeveynler çocuklarının yaşlılarından bariz farkları olduğunda, mesela yaşlıları 2-3 kelimelik cümlelerle konuşurken, kendi çocuğu hiç konuşmadığında bir hekime başvururlar. Oysa otizmde belirtilerin bir kısmı yaşamın ilk aylarından itibaren başlamaktadır. Çok küçük yaşlarda fark edilen bu belirtiler "risk belirtileri" olarak isimlendirilir. Risk belirtileri otizm ya da başka gelişimsel bozukluk gelişme ihtimali anlamına gelir ve mutlaka erken müdahale gerektirir (5).

Normal gelişen bir bebek ilk üç ayda annesiyle ya da bakım vereniyile göz teması kurar, ona gülümser; altı aylıktan itibaren seslere tepki vermeye başlar; bir yaşında yakınlarına sıcak davranışlar sergiler (5). Oysa OSB'li bir bebek, annesine ihtiyaç duymuyor gibidir; nadir olarak ağlar ve uyaranlara tepkisizdir. Konuşmaları akranlarına göre gecikmiştir. Aileler gelişim basamaklarındaki bu aksamayı genellikle 18. aydan sonra fark etmektedirler ve genellikle 2 yaş civarında tıbbi yardım alma girişiminde bulunmaktadırlar. Erken tanı ve erken tedavi otizmin prognozunu olumlu etkilemektedir. Bu sebeple erken belirtilerin neler olabileceği hususunda ailelerin bilgilendirilmesi oldukça önemlidir (9).

9- 30 Aylık Çocuklarda OSB açısından Kırmızı Alarm Kabul Edilen Belirtiler (26)

- Gülümsemeye yanıtın az olması veya hiç olmaması,
- Konuştuğunuzda çocuğun yüzünüze bakmaması veya nadir bakması,
- İlgilendiği olay veya nesneye işaret ederek başkası ile ilgisini paylaşmaması,
- Etkileşime girmenin zor olması (Ebeveyniyle dahi etkileşiminin kısıtlı olması),
- Spontan taklitlerinin yetersiz olması,
- İşaret edilen objeye bakmaması,
- Adını çağırdığınızda dönüp bakmaması,
- Beş sessiz harften daha fazlasını çıkarmaması (12 ay üstü).

Artık dünyada yalnız çocuğun gözlemlendiği değil, çocuğun değerlendirmesine aileleri de katan yöntemler tercih edilmektedir. Çünkü çocuğun gelişimsel yetilerinin tümünü gözlemlemek mevcut sağlık sistemi içinde pek gerçekçi değildir. Çocuğun becerilerini değerlendirmek için uygun ortamda yapılan detaylı bir gözleme dayanır. Bazen çocuk becerilerini zaman kısıtlılığı, ortamın rahat ve güvenli olmaması vb. nedenlerle sergileyemeyebilir. Ayrıca yoğun hasta bakılan kliniklerde, çocuk hasta ya da huzursuz olduğunda kendi becerilerini tam olarak gösterememektedir. Örneğin; evde veya oyun ortamında iki küpü üst üste koyabilen çocuk, aşı olmaya geldiğinde bunu yapamayabilir. Bu noktada aileden alınan bilginin önemi artmaktadır. Çocuğun gelişiminin değerlendirilmesine; ailenin kaygıları, gözlem ve belirlemeleri mutlaka eklenmelidir. Bu sayede gelişimin izlenmesinde en uygun iş birliği sağlanmış olur (40).

2.1.9. Tedavi

Çocuğuna OSB tanısı konulduktan sonra aile duygusal olarak zor bir sürece girer. Bu süreci hızlı atlatabilmek ve bir an önce tedaviye başlamak çok önemlidir. Ancak bazen ebeveynler bu durumu kolay kabullenemezler. Çocuğunda bir şey olmadığını düşünüp hekime öfkelenebilir ya da derin bir üzüntüye veya ümitsizliğe kapılabilirler. Anne babalar kendilerini veya birbirlerini suçlayabilirler. Çevrenin etkisiyle farklı arayışlar içine girebilirler. Ancak bu kabullenme sürecinin uzun sürmesi çocuğun tedaviye başlamasını geciktirir. Bu nedenle uzmanlar sadece çocuğun tanısı ve tedavisinde değil, diğer aile bireylerinin bu duruma uyumu konusunda da yardımcı olmalıdırlar. Bütün çocuklar gibi OSB'li bir çocuk için de en önemli şey, aile bireyleri arasındaki dayanışma ve birlikteliktir. Ailenin bu durumu kabullenebilmesi için bilgilendirilmeye ve psikolojik desteğe ihtiyacı vardır. Ailenin gelecekle ilgili kaygılarını azaltmak, yaşayacağı sorunlar için danışmanlık vermek gerekmektedir. Diğer OSB'li ebeveynlerle iletişim kurmanın ve paylaşımlarda

bulunmanın yararları anlatılmalıdır. Sorunların çözümüne yönelik ailenin iş bölümü ve dayanışma içinde olması tavsiye edilmelidir (5, 20).

OSB’de belirtiler yaşamın ilk yıllarında başlar ve yaşam süresince devam eder. Bu nedenle günümüzde OSB için ömür boyu süren tedavi yöntemlerine odaklanılmaktadır (41). OSB tedavisinde etkinliği yüzde yüz kanıtlanmış bir tedavi yöntemi henüz mevcut değildir. Ancak etkinliği ile ilgili en çok veri bulunan yöntem; davranışçı tedavilerdir (24). Bu yöntemlerin öncelikli hedefi, bireylerin sosyal iletişim becerilerini geliştirmek, toplumsal uyumlarını artırmak ve bağımsız yaşayabilmelerini sağlamaktır. Ebeveyn eğitimi ve katılımı ile geliştirilmiş yoğun davranışsal programlar otizm spektrum bozukluğu için, en çok umut vaat eden yöntemlerdir. Bu yöntemlerin temel amacı; OSB’li bireylerin sosyal becerilerini artırıp garip davranışlarını azaltarak, toplum tarafından kabullenilmelerini sağlamaktır (29).

OSB’de belirtileri tamamen ortadan kaldıracak medikal bir tedavi henüz mevcut değildir (5). OSB’de kullanılan farmakolojik müdahaleler eşlik eden psikopatolojileri iyileştirmeye yöneliktir. İlaç kullanımında hedef belirtiler; irritabilite, öfke nöbetleri, kendine zarar verme, hiperaktivite, dürtüsellik ve dikkat eksikliğidir. İkinci kuşak antipsikotiklerden; risperidon ve aripirazol OSB’li bireylerde irritabilite tedavisi için FDA onayı almıştır. Öfke nöbetleri, saldırganlık ve kendine zarar verme davranışları olan OSB’li çocuklarda aripirazol kullanımı etkin ve güvenli bulunmuştur. Otizm spektrum bozukluğunda DEHB belirtileri eşlik ediyorsa metilfenidat kullanımının etkinliği ile ilgili pek çok çalışma mevcuttur (29).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ VE AMACI

Bu çalışma Sivas İl Merkezi'ndeki Aile Sağlığı Merkezleri'nde Mart 2017-Eylül 2017 tarihleri arasında iki aşamalı olarak yürütülmüştür.

- Çalışmanın ilk aşamasında; OSB yaygınlığını saptamak amacıyla Sivas İl Merkezi'ndeki ASM'lere kayıtlı 18-72 aylık çocuklarda tarama yapılmıştır.
- Çalışmanın ikinci aşamasında ise; ASM'lerde görev yapan aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının OSB'ye yönelik bilgi ve tutumlarını değerlendirmek ve OSB farkındalıklarını arttırmak amacıyla sahada anket çalışması yapılmıştır.

Çalışmamız tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir araştırmadır.

3.2. ETİK KURUL ONAYI VE VALİLİK İZİNİ

Bu çalışma, Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 20.01.2017 tarihli ve 2017-01/31 Karar No'lu Etik Kurul onayı (**EK-1**) ve Sivas Valiliği Halk Sağlığı Müdürlüğü'nün 21.02.2017 tarihli ve 39800366 sayılı izni (**EK-2**) ile yapılmıştır.

Ayrıca çalışmamız Cumhuriyet Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri (CÜBAP) tarafından T-737 proje numarası (**EK-3**) ile desteklenmiştir.

3.3. SİVAS İL MERKEZİNDE OSB YAYGINLIĞININ ARAŞTIRILMASI İLE İLGİLİ YÖNTEM VE GEREÇLER

Bu çalışma Mart 2017-Eylül 2017 tarihleri arasında Sivas İl Merkezi'ndeki Aile Sağlığı Merkezlerine kayıtlı 18-72 aylık çocuklarda M-CHAT (**EK-4**) kullanılarak yapılmıştır.

3.3.1. Örneklem Seçimi

Araştırmamızın evreni, Sivas İl Merkezi'nde bulunan ASM'lere kayıtlı 18-72 aylık çocuklar olarak belirlenmiştir. Sivas Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden temin edilen veriler dahilinde; Sivas İl Merkezi'nde, 24 ASM ve bu ASM'lere kayıtlı 18-72 aylık yaklaşık 21.700 çocuğun bulunduğu öğrenilmiştir. Örneklem büyüklüğü, CDC'nin son verdiği bilgiler dahilinde OSB'nin sıklığı 1/68 olarak kabul edilerek 752 kişi olarak hesaplanmıştır ($d=\pm 0,03$; $p=0,02$; $q=0,98$; $t=1,96$ alınarak, $n= t^2.p.q/ d^2$ formül yardımıyla $n=752$).

Örneklem büyüklüğü hesaplandıktan sonra her bir ASM bir küme kabul edilerek kaç küme alınacağına karar verilmiştir. Küme örnekleme yöntemiyle, toplam küme içerisinde, üzerinde çalışacağımız küme sayısı belirlenirken temsil etme oranı en az % 20, en fazla % 80'dir. Çalışmamızda temsil oranı % 30 alınarak 8 ASM'de çalışma yapılmasına karar verilmiştir. Hangi ASM'lerde çalışılacağını belirlemek için sistematik örnekleme yöntemi

kullanılmıştır ve üç ASM'den biri örnekleme alınmıştır. Buna göre çalışacağımız aile sağlığı merkezleri 1, 4, 7, 10, 13, 16, 19, 22 no'lu ASM'ler olarak belirlenmiştir. Bu ASM'lerden ne kadar sayıda kişinin örnekleme alınacağı belirlenirken tabakalı örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Her bir ASM'de kayıtlı çocuk sayısına orantılı olarak hangi ASM'den kaç kişinin alınacağı hesaplanmıştır. ASM'ye kayıtlı çocuk sayısı Cumhuriyet Üniversitesi Rektörlük Makamı ve valilik aracılığıyla üst yazı ile T.C. Sivas Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden dilekçe ile talep edilmiştir.

Tablo 1: Sivas İl Merkezi'ndeki ASM'lere kayıtlı çocuk sayısı

No	ASM Adı	ASM'ye Kayıtlı Çocuk Nüfusu
1	ALİBABA ASM	1101
2	AYDOĞAN ASM	1052
3	CEZAEVİ ASM	0
4	ÇARŞIBAŞI ASM	678
5	ÇAYYURT ASM	1117
6	DEMİRCİLERARDI ASM	754
7	DÖRT EYLÜL ASM	1326
8	EMEK ASM	1710
9	FATİH ASM	1046
10	GÖKMEDRESE ASM	436
11	GÜLTEPE ASM	244
12	KADIBURHANETTİN ASM	1007
13	KARDEŞLER ASM	567
14	KARŞIYAKA ASM	350
15	KLAVUZ ASM	1408
16	KIZILIRMAK ASM	1111
17	MEDİKO ASM	90
18	MEHMET AKİF ASM	803
19	MİMAR SİNAN ASM	1695
20	ORHANGAZİ ASM	973
21	ŞEYH ŞAMİL ASM	2062
22	TOKİ (KILAVUZ) ASM	253
23	TUZLUGÖL ASM	810
24	YUNUS EMRE ASM	1173
TOPLAM		21.766

Tablo 2: Seçilen ASM'lerden çalışmaya alınacak çocuk sayısı

No	ASM Adı	Çalışmaya Alınacak Çocuk Sayısı
1	ALİBABA ASM	115
4	ÇARŞIBAŞI ASM	71
7	DÖRT EYLÜL ASM	139
10	GÖKMEDRESE ASM	46
13	KARDEŞLER ASM	59
16	KIZILIRMAK ASM	117
19	MİMAR SİNAN ASM	178
22	TOKİ (KILAVUZ) ASM	27
	TOPLAM	752

Çalışmaya dahil edilecek çocukların, bağlı bulunduğu ASM'nin kayıt sisteminden rasgele örneklem yöntemiyle seçilmesi, seçilen çocukların ailelerinin ASM'deki ebe ya da hemşire tarafından aranması, çalışma ile ilgili bilgilendirilerek ASM'ye davet edilmesi ve bu kişilere araştırmacılar tarafından M-CHAT uygulanması planlanmıştır. Ancak ülkemizde OHAL sürecinin devam etmesi, çocukların isim ve iletişim bilgilerine erişimin yasak olması nedeniyle çocuklar rasgele örneklem yöntemiyle seçilememiştir. Ebe ve hemşireler iş yoğunluğu nedeniyle çalışmaya dahil olmak istememişlerdir. Bu nedenle bağlı bulunduğu ASM'ye herhangi bir nedenle başvurmuş 18-72 aylık çocukların çalışmaya alınmasına karar verilmiştir.

Çocuğun çalışmaya alınma ölçütleri:

- 1- Çocuğun 18-72 aylık yaş aralığında olup o ASM'ye kayıtlı olması,
- 2- Çocuğu getiren kişinin anketteki soruları eksiksiz ve düzgün yanıtlayabilmesi,
- 3- Çocuğu getiren kişinin çalışmaya katılmayı kabul etmesi.

Çocuğun çalışmadan dışlanma ölçütleri:

- 1- Çocuğu getiren kişinin çocukla ilgili soruları yanıtlamayacak durumda olması.

3.3.2. Verilerin Toplanması

Çalışmamız; aşı, boy- kilo takibi veya başka bir nedenle ASM'ye başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden 18-72 aylık çocukların ailelerine o görüşmede yüz yüze anket (EK-5) uygulanarak yapılmıştır. Katılımcıların yazılı onamları alınmıştır.

Sosyodemografik veri formu ve M-CHAT tarama ölçeğinden oluşan anket formumuz toplam 67 soru içermektedir.

Sosyodemografik Veri Formu: Tarafımızca oluşturulmuş olup; çocuğun yaş, cinsiyet, aile yapısı (anne-baba birlikteliği, kardeş sayısı, sosyoekonomik durum vb.), doğum öyküsü, gelişim öyküsü ve geçirdiği hastalıklar ile ilgili bilgileri içermektedir.

M-CHAT Tarama Testi: Değiştirilmiş Erken Çocukluk Dönemi Otizm Tarama Ölçeği, otizmin belirtilerini erken çocukluk döneminde tespit etmek amacıyla geliştirilmiş bir ölçektir. Yirmi üç sorudan oluşan testte tüm sorular ebeveynler tarafından “evet” ya da “hayır” şeklinde cevaplandırılmaktadır. “Evet” yanıtı olumsuz olan 11, 18, 20 ve 22 no’lu sorularda “hayır” yanıtı olumlu iken, geriye kalan 19 soruda “evet” olumlu, “hayır” olumsuz yanıtlardır. Kritik sorular olarak bilinen 2, 7, 9, 13, 14 ve 15. sorulardan 2 veya daha fazlasının ya da tüm soruların 3 veya daha fazlasının olumsuz olması olgunun OSB açısından riskli olduğunu göstermektedir (37).

3.3.3. Çalışmanın Akışı

Sivas Valiliği ve Sivas Halk Sağlığı Müdürlüğü’nden resmi izinler alındıktan sonra ASM’lerin sorumlu hekim ve hemşiresi çalışma ile ilgili bilgilendirilmiştir. Belirlenen 8 ASM’de tarama yapmak üzere araştırmacı ve Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği stajı yapmakta olan gönüllü intern doktorlar görevlendirilmiştir. İntern doktorlar stajın başında M-CHAT tarama testinin uygulanışı ve değerlendirilmesi ile ilgili sorumlu araştırmacılar tarafından bilgilendirilmiştir. İntern doktorlar görevlendirildikleri ASM’de sorumlu araştırmacılar tarafından sık sık denetlenmiştir. Araştırma sürecinde denetlemelerdeki zorluklar nedeniyle intern doktorlarla çalışmaya devam edilmemiş ve anketlerin yapılması sadece araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiştir. Her bir ASM’de hedeflenen sayıya ulaşıldıktan sonra o ASM’de çalışma sonlandırılmıştır. Anketlerin uygulanması ortalama 10 dakika, tüm anketlerin toplanması yaklaşık 6 ay sürmüştür.

M-CHAT testinin değerlendirilmesi sorumlu araştırmacılar tarafından yapılmıştır. Kritik sorulardan 2 veya daha fazlasının ya da tüm soruların 3 veya daha fazlasının olumsuz olduğu olgular OSB açısından "risk var" olarak değerlendirilmiştir. Test sonucuna göre riskli saptanan 47 olgunun ailesine telefonla ulaşıp bilgi verilmiş ve bu bireyler Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği’ne yönlendirilmiştir. Bu çocukların 20’si Çocuk Psikiyatri Uzmanı tarafından değerlendirilirken; 27’si (% 57.4) görüşmeye getirilmemiştir. Görüşmeye getirilmeyen çocukların aileleri telefonla bir kaç kez aranmış fakat bir kısmına ulaşılammıştır. Riskli saptanan ve getirilmeyen bu çocukların; 7’si için aile hekimi veya ASE’si normal gelişim gösterdiklerini

belirtmişlerdir. Çocuklarını getirmek istemeyen ailelere neden istemedikleri sorulduğunda; aileler çocuklarının normal olduğunu ve herhangi bir sorun görmediklerini ifade etmişlerdir. Görüşmeye getirilen çocuklar, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı tarafından DSM-5 Otizm Spektrum Bozuklukları Tanı Kriterleri ile değerlendirilmiştir. Ayrıca Klinik Psikolog tarafından M-CHAT tarama ölçeği tekrarlanıp, Ankara Gelişim Tarama Envanteri (AGTE) uygulanmıştır.

3.3.4. İstatistiksel Analiz

Çalışmadan elde edilen veriler IBM SPSS Statistics 22.0 (Statistical Package for the Social Sciences) programına yüklenmiştir. Verilerin tanımlayıcı istatistikleri (aritmetik ortalama, standart sapma ve yüzde değerleri) tablolar ve grafikler şeklinde belirtilmiştir.

3.4. SAĞLIK ÇALIŞANLARININ OSB'YE YÖNELİK BİLGİ VE TUTUMLARININ ARAŞTIRILMASI İLE İLGİLİ YÖNTEM VE GEREÇLER

Bu çalışma Mart 2017-Temmuz 2017 tarihleri arasında Sivas İl Merkezi'ndeki ASM'lerde görev yapan aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının OSB'ye yönelik bilgi ve tutumlarını belirlemek ve OSB farkındalığını artırmak amacıyla yapılmıştır.

3.4.1. Örneklem Seçimi

Sivas Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden alınan bilgiler dahilinde Sivas İl Merkezi'nde 24 ASM ve bu ASM'lerde görev yapan 105 aile hekimi ve aile hekimleri ile birlikte hizmet veren ebe, hemşire, sağlık memuru gibi 97 aile sağlığı elemanı bulunmaktadır. Araştırmanın evreni; Mart 2017-Temmuz 2017 tarihleri arasında Sivas İl Merkezi'ndeki ASM'lerde görev yapan tüm aile hekimleri ve onlarla birlikte çalışan aile sağlığı elemanları olarak belirlenmiştir.

3.4.2. Verilerin Toplanması

Veriler anket yöntemi ile toplanmıştır. Katılımcıların yazılı onamı alınmıştır. Üç bölümden oluşan anket formumuz (**EK-6**) toplam 44 soru içermektedir. Birinci bölümde 16 sorudan oluşan "Sosyodemografik Veri Formu"; ikinci bölümde 15 maddeden oluşan "Otizm Spektrum Bozukluğu Bilgi ve Tutum Ölçeği" ve üçüncü bölümde 13 maddeden oluşan "OSB Farkındalık Anketi" bulunmaktadır.

Sosyodemografik Veri Formu: Tarafımızca oluşturulan sosyodemografik veri formu; sağlık çalışanının yaşı, cinsiyetini, medeni durumu, eğitim durumu, meslekteki toplam çalışma süresi, otizme yönelik hizmet verme durumu vb. sorulardan oluşmaktadır.

Otizm Spektrum Bozukluğu Bilgi ve Tutum Ölçeği: Araştırmamızda Rahbar tarafından oluşturulmuş "Otizm Spektrum Bozukluğu Bilgi ve Tutum Ölçeği" kullanılmıştır (42). On beş sorudan oluşan 5'li likert tipi ölçektir. "Kesinlikle katılıyorum", "katılıyorum", "karasızım" "katılmıyorum" ile "kesinlikle katılmıyorum" seçeneklerinden oluşmaktadır. Ölçekte 1, 4, 7,

10, 11, 12, 13 ve 14. maddeler olumlu, 2, 3, 5, 6, 8, 9 ve 15. maddeler olumsuz ifade içermektedir. Puanlama olumlu ifadeler içeren maddelerde “kesinlikle katılıyorum” =5 puan, “katılıyorum” =4 puan, “karasızım” =3 puan, “katılmıyorum” =2 puan, “kesinlikle katılmıyorum” =1 puan; olumsuz ifadelerde tam tersten olacak şekilde düzenlenmiştir. Değerlendirme ortalama puan ve sorular üzerinden yapılmaktadır.

Ölçeğin ilk Türkçe versiyonu 2013 yılında Melek Sabuncuoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmış olup bu çalışma ile aile hekimliği asistanlarının OSB hakkında bilgi düzeyleri tahmin edilmeye çalışılmıştır (43). İstanbul’da 2015 yılında yapılan başka bir çalışmada Emel Lüleci, Seyhan Hıdıroğlu ve arkadaşları bu ölçeği kullanılarak eczacıların bilgi düzeylerini araştırmışlardır (44).

Otizm Spektrum Bozukluğu Farkındalık Anketi: Lüleci, Hıdıroğlu ve arkadaşları tarafından oluşturulmuş anket formu (44) otizm spektrum bozukluğu ile ilgili doğru ve yanlış ifadeler için 13 maddeden oluşmaktadır. Ankette 2, 6, 7, 8, 9, 11. maddeler olumlu, 1, 3, 4, 5, 10, 12, 13. maddeler olumsuz ifadeler içermektedir. “Kesinlikle katılıyorum”, “katılıyorum”, “karasızım” “katılmıyorum” ile “kesinlikle katılmıyorum” seçeneklerinden oluşmaktadır. Puanlama olumlu ifadeler içeren maddelerde “kesinlikle katılıyorum” =5 puan, “katılıyorum” =4 puan, “karasızım” =3 puan, “katılmıyorum” =2 puan, “kesinlikle katılmıyorum” =1 puan; olumsuz ifadelerde tam tersten olacak şekilde düzenlenmiştir. Değerlendirme ortalama puan ve sorular üzerinden yapılmaktadır.

Biz çalışmamızda “Otizm Spektrum Bozukluğu Bilgi ve Tutum Ölçeği” ni ve “Otizm Spektrum Bozukluğu Farkındalık Anketi” ni kullanmak için Marmara Üniversitesi Halk Sağlığı AD Öğretim Görevlisi Seyhan Hıdıroğlu ile iletişime geçtik ve ölçekleri mail yoluyla temin ettik.

3.3.3. Çalışmanın Akışı

Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları ASM’lerde görev başındayken ziyaret edilmiştir. Ulaşılan tüm sağlık çalışanları çalışma ile ilgili bilgilendirildikten sonra çalışmaya katılmayı kabul eden gönüllülere yüz yüze anket yapılmıştır. Sivas İl Merkezi’ndeki tüm ASM’lerde görev yapan toplam 106 aile hekiminin 90’ı (% 84.9); 97 ebe ve hemşirenin 78’i (% 80.4) çalışmaya katılmayı kabul etmiştir. Anketin uygulanması ortalama 10 dakika, tüm anketlerin tamamlanması yaklaşık 3 ay sürmüştür.

3.4.4. İstatistiksel Analiz

Çalışmadan elde edilen veriler IBM SPSS Statistics 22.0 programına yüklenmiştir. Bireylerin OSB bilgi tutum ölçeği ve OSB farkındalık anketindeki her bir soruya verdikleri yanıtların toplamları alınıp soru sayısına bölünerek ortalama değerler elde edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde parametrik test varsayımları yerine getirildiğinden (Kolmogorov-Smirnov) bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ve varyans analizi kullanılmıştır. Veriler tablolarda aritmetik ortalama, standart sapma, birey sayısı ve yüzdesi şeklinde belirtilmiş olup yanılma düzeyi 0,05 olarak alınmıştır.



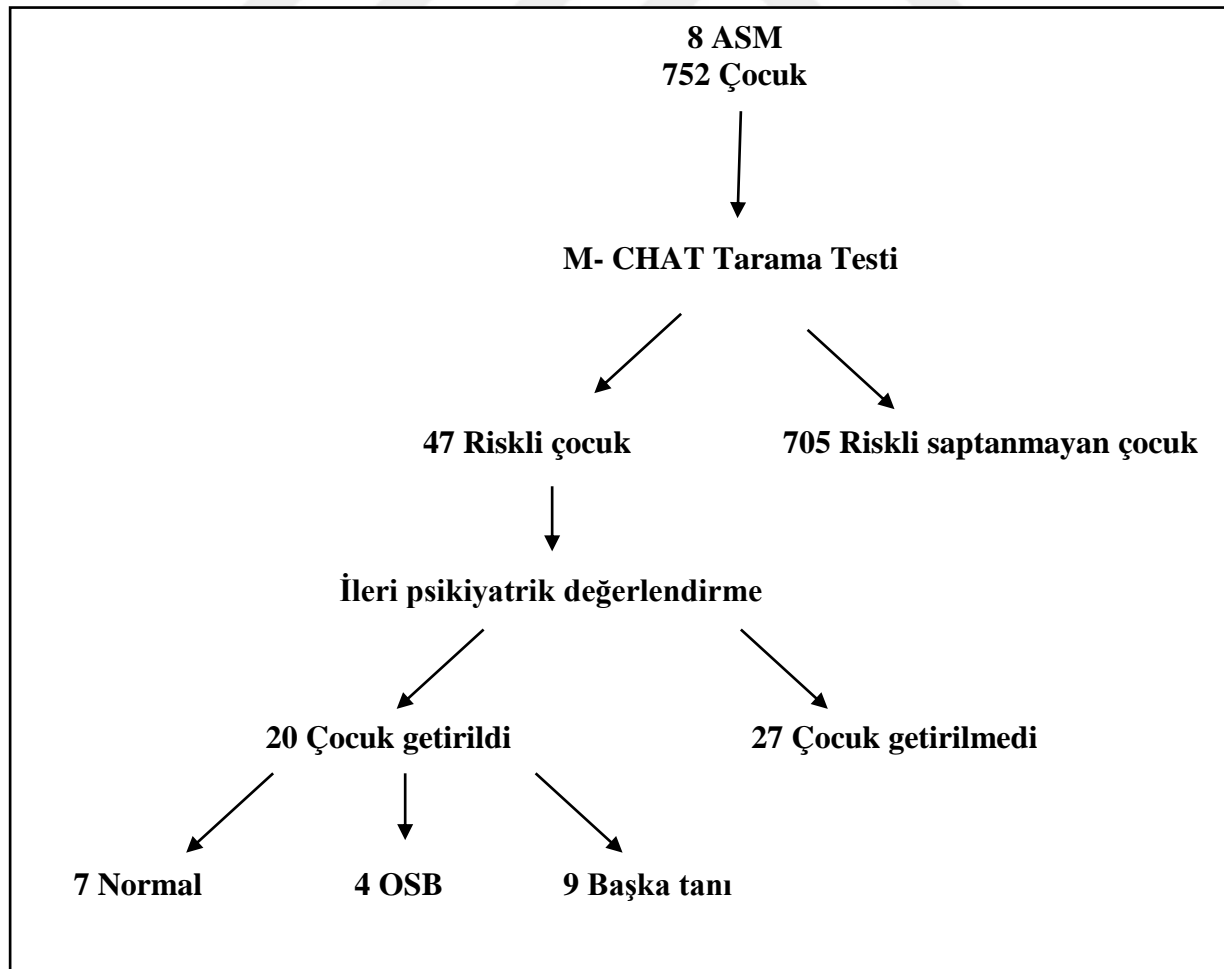
4. BULGULAR

4.1. SİVAS İL MERKEZİNDE OSB YAYGINLIĞININ ARAŞTIRILMASI İLE İLGİLİ BULGULAR

Çalışmamızda 18-72 aylık toplam 752 çocuğa M-CHAT tarama ölçeği uygulandı. Bu riskli çocukların 20'si Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı ve Klinik Psikolog tarafından değerlendirildi. Değerlendirilen 20 olgunun 7'si normal saptanırken 4'ü OSB tanısı; 9'u başka psikiyatrik tanıları aldı. OSB'li 4 olgunun 2'si daha önce OSB ile takipli iken 2'si yeni tanı aldı. OSB dışında başka tanı alan 9 olgunun; 2'si "uyaran eksikliği", 3'ü "sınırdaki bilişsel kapasite ve uyaran eksikliği", 2'si "hafif düzeyde bilişsel gelişim geriliği ve uyaran eksikliği", 2'si "orta düzeyde bilişsel gelişim geriliği" tanıları aldı. Bunların 4'ü aynı tanıları ile önceden takipli iken 5'i yeni tanı aldı. Çalışmanın akış şeması şekil 1'de gösterilmiştir.

Tarama yapılan toplam 752 çocuktan 47'sinde OSB açısından risk saptanmış olup risk oranı % 6.25 bulundu. Tarama sonucu çocukların 4'ü OSB'li olup OSB yaygınlık oranı % 0.53 (188'de 1) olarak saptandı.

Şekil 1: M-CHAT taraması akış şeması



Taramada yer alan 752 çocuğun yaş ortalaması 40.8 aydı. Bu çocukların % 47.3'ü (n=356) erkekti. Aile yapıları incelendiğinde çoğunun (% 81.8) çekirdek aileye sahip olduğu görüldü. Ailelerinin toplam gelir düzeyleri o dönem için belirlenmiş asgari ücret ve altında olanlar % 27.9; yoksulluk sınırı ve altında olanlar % 59.2 ve yoksulluk sınırı üstünde olanlar % 12.9'du. Çocukların annelerinin yaş ortalaması 31 iken, babalarının yaş ortalaması 34.9'du. Çocukların sosyodemografik özellikleri Tablo 3'te gösterilmiştir.

Tablo 3: Taramada yer alan çocukların sosyodemografik özellikleri

Değişkenler	Riskli Saptanan Grup (n=47)	Toplam (n=752)
Cinsiyet, n (%)		
Kız	24 (51.1)	396 (52.7)
Erkek	23 (48.9)	356 (47.3)
Yaş (ay) ortalama (min- max)	41.1 (18-72)	40.8 (18-72)
Aile yapısı, n (%)		
Çekirdek	37 (78.7)	615 (81.8)
Geniş	10 (21.3)	133 (17.7)
Boşanmış	0 (0)	4 (0.5)
Kardeş Sayısı (ortalama, min- max)	1 (0-4)	1 (0-5)
Ailenin gelir düzeyi, n (%)		
≤1400	16 (34)	210 (27.9)
1400-4600	25 (53.2)	445 (59.2)
>4600	6 (12.8)	97 (12.9)
Annesinin yaşı ortalama (min- max)	29.5 (21-47)	31 (18-47)
Annesinin eğitim durumu, n (%)		
Okul- yazar olmayan	0 (0)	10 (1.3)
İlk-orta okul mezunu	33 (70.2)	369 (49.1)
Lise mezunu	7 (14.9)	217 (28.9)
Üniversite mezunu	7 (14.9)	156 (20.7)
Annesinin mesleği, n (%)		
Ev hanımı/çalışmıyor	39 (83)	608 (80.9)
Memur	6 (12.8)	100 (13.2)
İşçi	2 (4.3)	44 (5.9)
Annesinin her hangi bir hastalığı, n (%)		
Var	10 (21.3)	121 (16.1)
Yok	37 (78.7)	631 (83.9)
Babasının yaşı ortalama (min- max)	33.7 (25-52)	34.9 (22-54)
Babasının eğitim durumu, n (%)		
Okur-yazar olmayan	2 (4.3)	6 (0.8)
İlk-orta okul mezunu	17 (36.2)	229 (30.5)
Lise mezunu	18 (38.3)	287 (38.1)
Üniversite mezunu	10 (21.2)	230 (30.6)
Babasının mesleği, n (%)		
Çalışmıyor	0 (0)	16 (2.1)
Memur	8 (17)	187 (24.9)
İşçi	39 (83)	731 (73.0)
Babasının her hangi bir hastalığı, n (%)		
Var	7 (14.9)	76 (10.1)
Yok	40 (85.1)	676 (89.9)

Taramada yer alan çocukların annelerinin gebelik ve doğum öncesi parametreleri ile çocukların doğum sonrası özellikleri Tablo 4'te gösterilmiştir. Annelerin gebelikteki yaşları 15 ile 43 yaş arasında değişmekte olup ortalama 27.5'ti. Bu dönemde babaların yaşları 18 ile 51 yaş arasında olup ortalama 31.4'tü. Annelerin gebelikte ilaç kullanıp kullanmadığı sorulduğunda; riskli saptananların % 74.4'ünün, riskli saptanmayanların % 70.9'unun annesinin gebelikte vitamin veya demir ilacı kullandığı saptandı. Riskli saptanan çocukların % 34'ünün; diğerlerinin % 41.1'inin doğum şeklinin sezaryen olduğu öğrenildi. Her iki gruptaki çocukların çoğunun zamanında ve normal doğum ağırlığı ile dünyaya geldiği belirlendi. Çocuğun zor doğum öyküsü olup olmadığı sorulduğunda; riskli saptanan gruptakilerin % 17'sinin; diğerlerinin % 6.7'sinin "evet" yanıtı verdiği görüldü.

Tablo 4: Taramada yer alan çocukların prenatal ve postnatal özellikleri

Değişkenler	Riskli Saptanan Grup (n=47)	Riskli Saptanmayan Grup (n=705)	Toplam (n=752)
Planlı istenen bir çocuk, n (%)			
Evet	35 (74.5)	575 (81.6)	610 (81.1)
Hayır	12 (25.5)	130 (18.4)	142 (18.9)
Annelerin çocuğa hamileyken yaş ortalaması (min-max)	26.1 (15-43)	27.6 (15-43)	27.5 (15-43)
Anne çocuğa hamileyken babaların yaş ortalaması (min-max)	30.1 (23-48)	31.5 (18-51)	31.4 (18-51)
Annenin gebelikte ilaç kullanımı, n (%)			
Evet; vitamin/demir	35 (74.4)	500 (70.9)	535 (71.1)
Evet; başka bir ilaç	6 (12.8)	95 (13.5)	101 (13.5)
Hayır	6 (12.8)	110 (15.6)	116 (15.4)
Çocuğun doğum şekli, n (%)			
Normal	31 (66.0)	415 (58.9)	446 (59.3)
Sezaryen	16 (34.0)	290 (41.1)	306 (40.7)
Çocuğun doğum zamanı, n (%)			
Erken	8 (17.0)	81 (11.5)	89 (11.8)
Miad	39 (83.0)	597 (84.7)	636 (84.6)
Geç	0 (0)	27 (3.8)	27 (3.6)
Çocuğun doğum ağırlığı, n (%)			
<2500	6 (12.8)	64 (9.1)	70 (9.3)
2500-4000	40 (85.1)	609 (86.4)	649 (86.3)
>4000	1 (2.1)	32 (4.5)	33 (4.4)
Çocuğun zor doğum öyküsü, n (%)			
Evet	8 (17.0)	47 (6.7)	55 (7.3)
Hayır	39 (83.0)	658 (93.3)	697 (92.7)
Çocuğun ağır seyreden sarılık öyküsü, n (%)			
Evet	3 (6.4)	57 (8.1)	60 (8.0)
Hayır	44 (93.6)	648 (91.9)	692 (92.0)

Taramada yer alan çocukların gelişimsel özellikleri Tablo 5'te gösterilmiştir. Çocukların çoğunun aşılarının tam olduğu görüldü. Baş kontrolü, desteksiz oturma, yürüme, konuşma ve tuvalet eğitimi gibi motor becerilerin gelişimi açısından bakıldığında; riskli saptanan çocukların bu becerilerini sağlıklı akranlarına göre daha geç kazandığı saptandı.

Tablo 5: Taramada yer alan çocukların gelişimsel özellikleri

Değişkenler	Riskli Saptanan Grup (n=47)	Riskli Saptanmayan Grup (n=705)	Toplam (n=752)
Çocuğun aşıları, n (%)			
Tam	46 (97.9)	701 (99.4)	747 (99.3)
Eksik	1 (2.1)	4 (0.6)	5 (0.7)
Çocuğun baş kontrolü, n (%)			
Vaktinde	39 (83.0)	698 (99.0)	737 (98.0)
Geç	8 (17.0)	7 (1.0)	15 (2.0)
Çocuğun desteksiz oturması, n (%)			
Vaktinde	40 (85.1)	697 (98.9)	737 (98.0)
Geç	7 (14.9)	8 (1.1)	15 (2.0)
Çocuğun yürümesi, n (%)			
Vaktinde	36 (76.6)	682 (96.7)	718 (95.5)
Geç	11 (23.4)	23 (3.3)	34 (4.5)
Çocuğun ilk konuşması, n (%)			
Vaktinde	37 (78.7)	683 (96.9)	720 (95.7)
Geç	10 (21.3)	22 (3.1)	32 (4.3)
Çocuğun tuvalet eğitimi, n (%)			
Vaktinde	27 (57.5)	501 (71.1)	528 (70.2)
Geç	8 (17.0)	5 (0.7)	13 (1.7)
Henüz yok	12 (25.5)	199 (28.2)	211 (28.1)

Taramada yer alan çocukların özgeçmiş ve soygeçmiş özellikleri Tablo 6'da gösterilmiştir. Riskli saptanan çocukların özgeçmişinde nörolojik bir hastalık veya travma bulunma oranlarının, riskli olmayanlara göre daha yüksek olduğu görüldü. Çocukların ikinci derece akrabalar dahil ailesinde otizmli birey bulunma durumu sorgulandığında riskli grupta % 6.4; diğerlerinde % 2.1 oranında otizmli bir birey olduğu öğrenildi. Yine ailelerinde mental retardasyonlu birey sorulduğunda riskli gruptakilerin % 12.8; diğerlerinin % 9.5 oranında "var" yanıtı verdiği belirlendi.

Tablo 6: Taramada yer alan çocukların özgeçmiş ve soygeçmiş özellikleri

Değişkenler	Riskli Saptanan Grup (n=47)	Riskli Saptanmayan Grup (n=705)	Toplam (n=752)
Çocuğun nörolojik bir hastalığı, n (%)			
Var	7 (14.9)	8 (1.1)	15 (2.0)
Yok	40 (85.1)	697 (98.9)	737 (98.0)
Çocuğun KBB* ile ilgili hastalığı, n (%)			
Var	0 (0)	9 (1.3)	9 (1.2)
Yok	47 (100)	696 (98.7)	743 (98.8)
Çocuğun travma öyküsü, n (%)			
Var	2 (4.3)	9 (1.3)	11 (1.5)
Yok	45 (95.7)	696 (98.7)	741 (98.5)
Çocuğun başka bir hastalık öyküsü, n (%)			
Var	2 (4.3)	40 (5.7)	42 (5.6)
Yok	45 (95.7)	665 (94.3)	710 (94.4)
Çocuğun ailesinde otizm öyküsü, n (%)			
Var	3 (6.4)	15 (2.1)	18 (2.4)
Yok	44 (93.6)	690 (97.9)	734 (97.6)
Çocuğun ailesinde MR* öyküsü, n (%)			
Var	6 (12.8)	67 (9.5)	73 (9.7)
Yok	41 (87.2)	638 (90.5)	679 (90.3)

*KBB: Kulak Burun Boğaz

MR: Mental Retardasyon

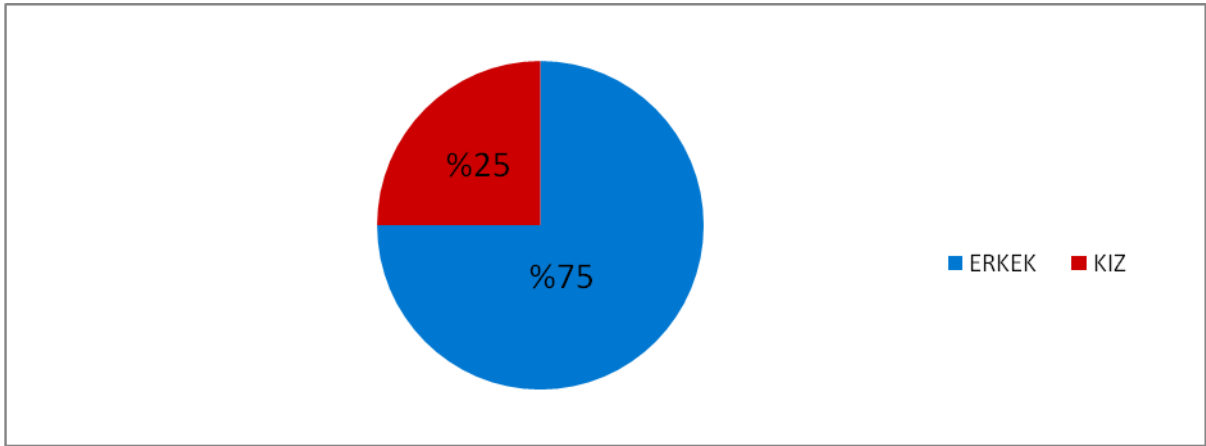
Başka bir hastalık: Astım, allerji, renal hastalık

Taramada yer alan çocukların bakım vereni sorulduğunda; % 90'ının (n=677) annesi; % 7.7'sinin (n=58) yakın akrabası; % 2.3'ünün (n=17) bir bakıcı ile bakımlarının sağlandığı öğrenildi. Anketteki soruları yanıtlayanlar; % 86.7 oranında çocuğun annesi; % 7.3 oranında babası; % 0.3 bakıcısı ve % 5.7 yakın akrabasıydı.

4.1.1. OSB Tanısı Konulan Çocuklara Ait Bulgular

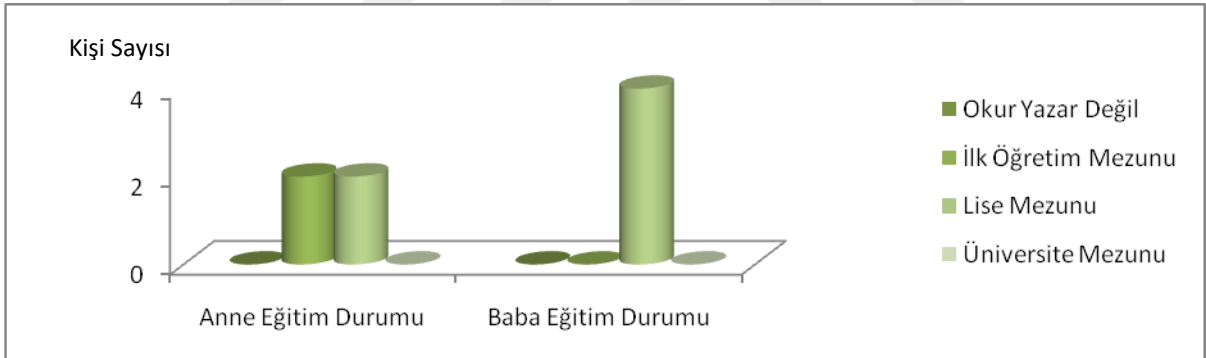
OSB'li 4 çocuğun yaş ortalaması 43.2 aydı. Çalışmamızda OSB tanısını yeni alan iki çocuğun yaşları; 29 ve 38 aydı. OSB'li çocukların 3'ü erkek; 1'i kızdı.

Şekil 2: OSB’li çocukların cinsiyet dağılımı



OSB’li çocukların aile yapıları incelendiğinde hepsinin çekirdek aile yapısına sahip olduğu gözlemlendi. Dört çocuğun ailesinin gelir düzeyi 1400-4600 arasındaydı. Bu çocukların annelerinin yaş ortalaması 31.2 iken babaların yaş ortalaması 37.2’ydi. Anne-babaların eğitim durumları incelendiğinde; annelerin ikisinin ilköğretim ikisinin lise mezunu olduğu; babaların dördünün de lise mezunu olduğu görüldü. Dördünün de annesi ev hanımı; babası işçi veya serbest çalışıyordu.

Şekil 3: OSB’li çocukların anne-baba eğitim durumları



OSB’li çocukların annelerinin gebelikteki yaş ortalaması 28 (min=25, max=31) iken anne çocuğa hamileyken babaların yaş ortalaması 34’tü (min=29, max=40). Bu çocukların annelerinin % 75’inin (diğer çocukların anneleriyle yaklaşık benzer oranlarda) gebelikte vitamin veya demir ilacı kullandığı öğrenildi. OSB’li çocukların ikisinin doğum şeklinin sezaryen olduğu öğrenildi. OSB’li çocukların üçünün zamanında ve normal doğum ağırlığı ile dünyaya geldiği; birinin doğumunun 37 haftadan önce ve düşük doğum ağırlıklı olduğu belirlendi. Çocuğun zor doğum öyküsü olup olmadığı sorulduğunda normal doğum yapan iki annenin de "evet" yanıtı verdiği görüldü.

OSB'li çocukların dördünün de aşularının tam olduğu gözlemlendi. Bu çocuklardan birinin baş kontrolü, desteksiz oturma, yürüme, konuşma ve tuvalet eğitimi becerilerinin tamamının geciktiği görülürken; ikisinde yürüme, konuşma ve tuvalet eğitimi becerilerinin geciktiği belirlendi.

OSB'li çocukların sadece birinin özgeçmişinde nörolojik bir hastalık (epilepsi) bulunduğu görüldü. Bu çocukların ikinci derece akrabalar dahil ailesinde otizmlili bir birey bulunmadığı öğrenildi. Yine ailelerinde mental retardasyonlu birey sorulduğunda sadece birinin ailesinde var olduğu belirlendi.

Tablo 7: OSB'li çocukların bazı özellikleri

Değişkenler	Toplam (n=4)
Annelerin çocuğa hamileyken yaş ortalaması (min-max)	28 (25-31)
Anne çocuğa hamileyken babaların yaş ortalaması (min-max)	34 (29-40)
Annenin gebelikte ilaç kullanımı, n (%)	
Evet;vitamin/demir	3 (75)
Hayır	1 (25)
Çocuğun doğum şekli, n (%)	
Normal	2 (50)
Sezaryen	2 (50)
Çocuğun doğum zamanı, n (%)	
Erken	1 (50)
Miad	3 (3)
Geç	0 (0)
Çocuğun doğum ağırlığı, n (%)	
<2500	1 (50)
2500-4000	3 (50)
>4000	0 (0)
Çocuğun zor doğum öyküsü, n (%)	
Evet	2 (50)
Hayır	2 (50)
Çocuğun nörolojik bir hastalığı, n (%)	
Var	1 (25)
Yok	3 (75)
Çocuğun ailesinde otizm öyküsü, n (%)	
Var	0 (0)
Yok	4 (100)
Çocuğun ailesinde MR* öyküsü, n (%)	
Var	1 (25)
Yok	3 (75)

MR: Mental Retardasyon

4.2. SAĞLIK ÇALIŞANLARININ OSB'YE YÖNELİK BİLGİ VE TUTUMLARI İLE İLGİLİ BULGULAR

Araştırmaya 90 aile hekimi ve 78 aile sağlığı elemanından (ASE) oluşan 168 kişi dahil edildi. Aile hekimlerinin % 30'u (n=27); ASE'lerin ise tamamı kadındı. Aile hekimlerinin yaş ortalaması 43.9 iken; ASE'lerin yaş ortalaması 34.3'tü. Mezun olduktan sonra geçen süre hekimler için ortalama 18.9 yıl; ASE'ler için 14.3 yıl olarak hesaplandı. Meslekteki toplam çalışma süreleri; hekimler için 18.8 yıl iken; ASE'ler için 13.4 yıldır.

Tablo 8: Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının bazı demografik özellikleri

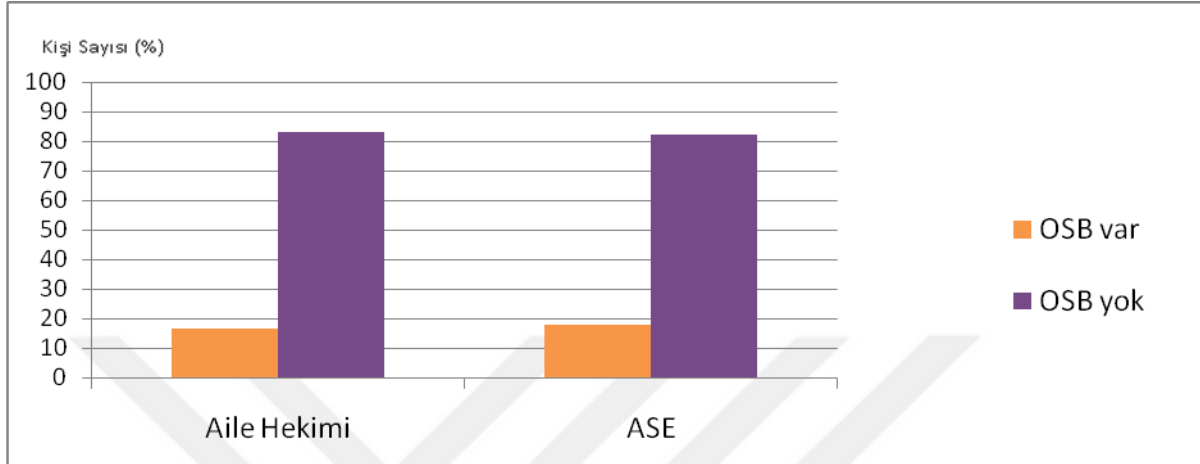
Değişkenler		Aile Hekimi n (%)	ASE n (%)
Cinsiyet	Kadın	27 (30)	78 (100)
	Erkek	63 (70)	0 (0.0)
	Toplam	90 (100)	78 (100)
Yaş	<30 yaş	1 (1.1)	18 (23.1)
	30-39 yaş	20 (22.2)	42 (53.8)
	≥40 yaş	69 (76.7)	18 (23.1)
	Toplam	90 (100)	78 (100)
Medeni Hal	Evli	80 (88.9)	76 (97.4)
	Bekar	10 (11.1)	2 (2.6)
	Toplam	90 (100)	78 (100)
Çocuk sahibi olma	Evet	82 (91.1)	68 (87.2)
	Hayır	8 (8.9)	10 (12.8)
Mezuniyetten sonra geçen süre	<5 yıl	1 (1.1)	7 (9.0)
	5-10 yıl	7 (7.8)	21 (26.9)
	>10 yıl	82 (91.1)	50 (64.1)
Meslekteki çalışma süresi	<20 yıl	50 (55.6)	58 (74.4)
	≥20 yıl	40 (44.4)	20 (25.6)

Çalışmaya katılan hekimlerin 2 tanesi aile hekimi uzmanıydı. ASE'lerin eğitim durumları incelendiğinde; % 21.8'inin (n=17) lise mezunu olduğu, % 78.2'sinin (n=61) üniversite ve üstü eğitim aldığı saptandı.

Sağlık çalışanlarının çevresinde, ailesinde veya kendisine kayıtlı birimde OSB'li bir birey olma durumları Şekil 3 ve Şekil 4'te gösterilmiştir.

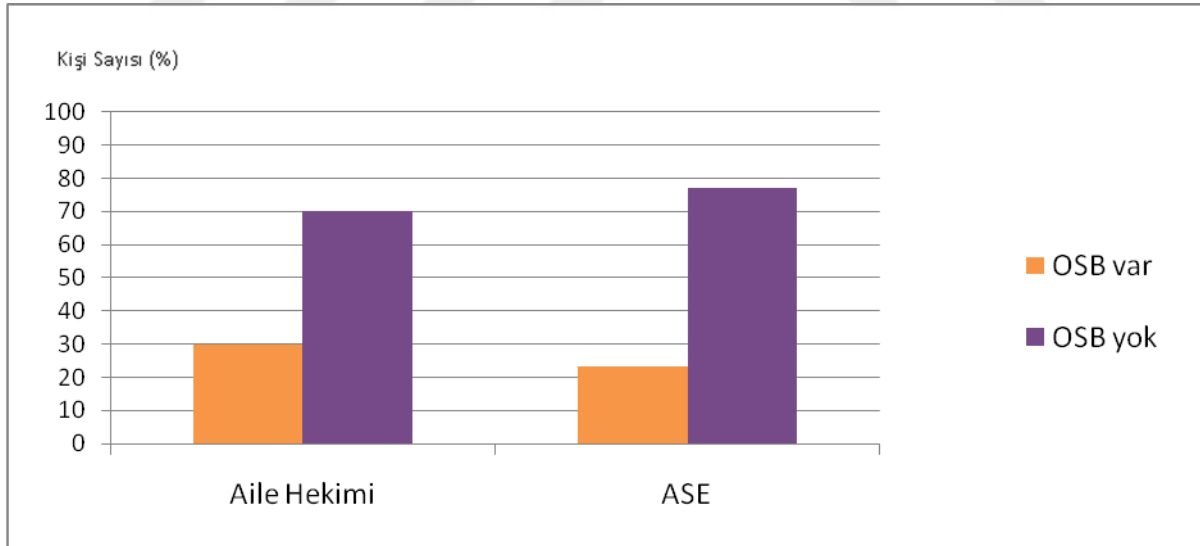
"Çevrenizde veya ailenizde OSB'li bir birey var mı?" sorusuna hekimlerin % 16.7'sinin, ASE'lerin % 17.9'unun "evet" yanıtı verdiği görüldü (Şekil 4).

Şekil 4: Sağlık çalışanlarının çevresinde veya ailesinde OSB'li birey olma durumu



Hekimlerin % 30'u, ASE'lerin % 23.1'i kendisine kayıtlı birimde OSB'li bir birey olduğunu ifade etti (Şekil 5).

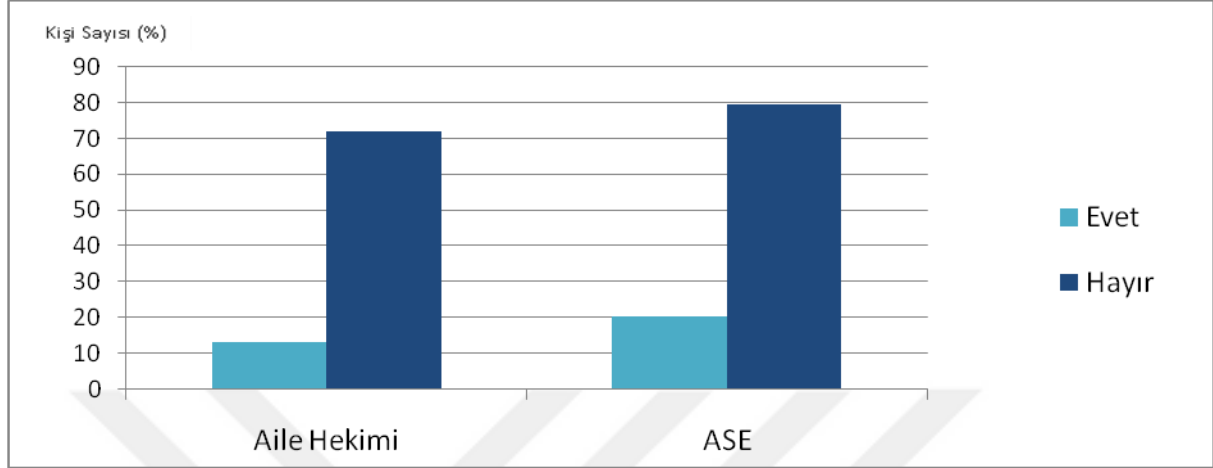
Şekil 5: Sağlık çalışanlarının kendisine kayıtlı birimde OSB'li birey olma durumu



"Daha önce OSB olabileceğinden şüphelendiğiniz bir çocuk oldu mu?" sorusuna hekimlerin % 25.6'sı (n=23); ASE'lerin % 14.1'i (n=11) "evet" yanıtı verdi. Şüphelenen hekimlerin neredeyse tamamı (% 96.7) çocuğu çocuk psikiyatrisine yönlendirdiğini, çok az bir kısmı ise ailesine tavsiyelerde bulunup çocuk doktoruna yönlendirdiğini ifade etti.

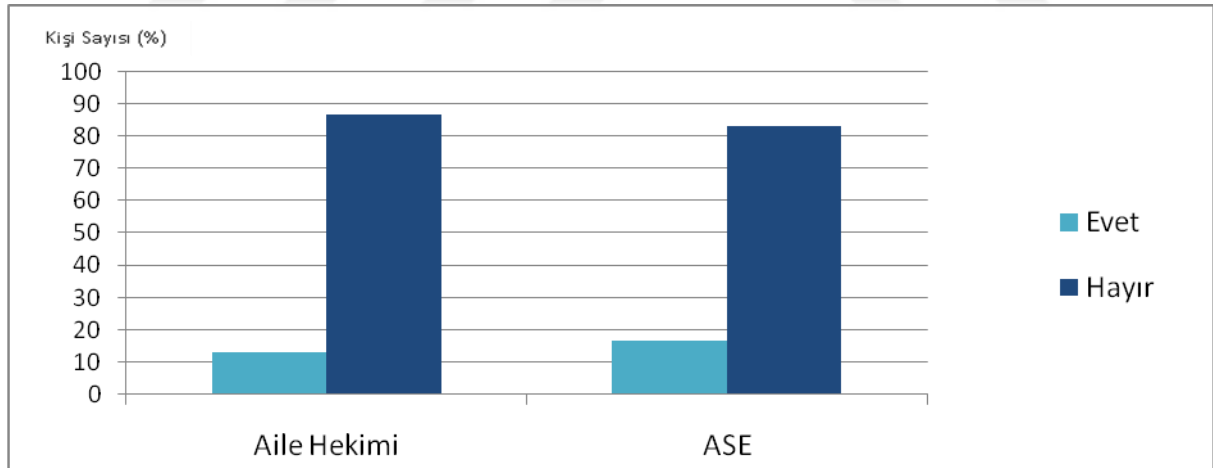
Çalışmaya katılan hekimlerin % 72.2'si, ASE'lerin % 79.5'i daha önce OSB ile ilgili herhangi bir bilgilendirme programına katılmadıklarını ifade etti (Şekil 6).

Şekil 6: Sağlık çalışanlarının OSB bilgilendirme programına katılma durumu



"ASM'de ailelere OSB'ye yönelik hizmet veriyor musunuz?" sorusuna hekimlerin ve ASE'lerin çoğu (sırasıyla % 86.7 ve % 83.3) "hayır" yanıtı verdi (Şekil 7).

Şekil 7: Sağlık çalışanlarının ASM'de OSB'ye yönelik hizmet verme durumu



Çalışmaya katılan aile hekimlerinin bir haftada muayene ettikleri hasta sayısı ortalama 208 (min=20, max=500) iken; çocuk sayısı ortalama 67'di (min=8, max=300). Aile sağlığı elemanlarının bir haftada karşılaştıkları hasta sayısı ortalama 134 (min=10, max=500); çocuk sayısı ortalama 27'di (min=4, max=100). Hekimlerin ve ASE'lerin birimine kayıtlı 1-5 yaş çocuk nüfus ortalaması ise 205'di (min=11, max=406).

Tablo 9’da görüldüğü gibi sağlık çalışanlarının OSB bilgi-tutum ölçek puanları ile OSB farkındalık anket puanları mesleklerine göre karşılaştırıldığında farklılık istatistiksel olarak önemli olup hekimlerin puan ortalamaları daha yüksekti ($p<0.05$). Aile hekimlerinin OSB bilgi-tutum ölçek puan ortalaması 5 üzerinden 3.47 iken, OSB farkındalık anket puan ortalaması 3.42’ydi. Aile sağlığı elemanlarının OSB bilgi-tutum ölçek puan ortalaması 5 üzerinden 3.36 iken, OSB farkındalık anket puan ortalaması 3.32’ydi.

Tablo 9: Sağlık çalışanlarının OSB bilgi-tutum ölçek ve OSB farkındalık anket puanları

Veri Toplama Aracı	Meslek	n	Ortalama	Standart Sapma	Sonuç
OSB Bilgi-Tutum Ölçeği	Aile Hekimi	90	3.47	0.31	$p=0.027^*$
	ASE	78	3.36	0.32	
OSB Farkındalık Anketi	Aile Hekimi	90	3.42	0.34	$p=0.048^*$
	ASE	78	3.32	0.30	

* $p<0.05$

Aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarının OSB bilgi-tutum ölçek puanları ve OSB farkındalık anket puanları yaş gruplarına göre kendi içinde karşılaştırıldığında farklılık istatistiksel olarak önemsizdi ($p>0.05$) (Tablo 10).

Tablo 10: Sağlık çalışanlarının OSB’ye yönelik bilgi, tutum ve farkındalıklarının yaş gruplarına göre karşılaştırılması

Meslek	Veri Toplama Aracı	Yaş grupları	n	Ortalama	Standart Sapma	Sonuç
Aile hekimi	OSB Bilgi-Tutum Ölçeği	<40 yaş	21	3.54	0.34	$p=0.266$
		≥40 yaş	69	3.45	0.30	
	OSB Farkındalık Anketi	<40 yaş	21	3.43	0.32	
		≥40 yaş	69	3.41	0.34	
ASE	OSB Bilgi-Tutum Ölçeği	<40 yaş	60	3.38	0.30	$p=0.426$
		≥40 yaş	18	3.31	0.39	
	OSB Farkındalık Anketi	<40 yaş	60	3.33	0.31	
		≥40 yaş	18	3.28	0.28	

Aile hekimlerinin OSB bilgi-tutum ölçek puanları cinsiyete göre karşılaştırıldığında farklılık istatistiksel olarak önemli olup kadın hekimlerin bilgi düzeyleri daha yüksekti ($p<0.05$). Aile hekimlerinin OSB farkındalık anket puanları cinsiyete göre karşılaştırıldığında farklılık istatistiksel olarak önemsizdi ($p>0.05$) (Tablo 11).

Tablo 11: Aile hekimlerinin OSB'ye yönelik bilgi, tutum ve farkındalıklarının cinsiyete göre karşılaştırılması

Veri Toplama Aracı	Cinsiyet	n	Ortalama	Standart Sapma	Sonuç
OSB Bilgi-Tutum Ölçeği	Kadın	27	3.59	0.34	$p=0.023^*$
	Erkek	63	3.42	0.28	
OSB Farkındalık Anketi	Kadın	27	3.50	0.30	$p=0.132$
	Erkek	63	3.38	0.35	

* $p<0.05$

Aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarının OSB bilgi- tutum ölçek puanları ve OSB farkındalık anket puanları medeni durumlarına göre kendi içinde karşılaştırıldığında farklılık istatistiksel olarak önemsizdi ($p>0.05$) (Tablo 12).

Tablo 12: Sağlık çalışanlarının OSB'ye yönelik bilgi, tutum ve farkındalıklarının medeni durumuna göre karşılaştırılması

Meslek	Veri Toplama Aracı	Medeni Durumu	n	Ortalama	Standart Sapma	Sonuç
Aile hekimi	OSB Bilgi-Tutum Ölçeği	Evli	80	3.49	0.30	$p=0.108$
		Bekar	10	3.32	0.37	
	OSB Farkındalık Anketi	Evli	80	3.43	0.34	$p=0.419$
		Bekar	10	3.33	0.28	
ASE	OSB Bilgi-Tutum Ölçeği	Evli	76	3.36	0.33	$p=0.883$
		Bekar	2	3.40	0.09	
	OSB Farkındalık Anketi	Evli	76	3.32	0.31	$p=0.676$
		Bekar	2	3.23	0.21	

Çocuk sahibi olma durumuna göre hekimlerin OSB bilgi-tutum ölçek puanları karşılaştırıldığında farklılık istatistiksel olarak önemli olup, çocuk sahibi olan hekimlerin bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu görüldü ($p < 0.05$). Çocuk sahibi olma durumuna göre hekimlerin OSB farkındalık anket puanları karşılaştırıldığında farklılık istatistiksel olarak önemsizdi ($p > 0.05$). Çocuk sahibi olma durumuna göre ASE'lerin OSB bilgi-tutum ölçek puanları ve OSB farkındalık anket puanları karşılaştırıldığında, farklılık istatistiksel olarak önemsizdi ($p > 0.05$) (Tablo 13).

Tablo 13: Sağlık çalışanlarının OSB'ye yönelik bilgi, tutum ve farkındalıklarının çocuk sahibi olma durumuna göre karşılaştırılması

Meslek	Veri Toplama Aracı	Çocuk Sahibi Olma	n	Ortalama	Standart Sapma	Sonuç
Aile hekimi	OSB Bilgi-Tutum Ölçeği	Evet	82	3.50	0.30	$p=0.013^*$
		Hayır	8	3.21	0.32	
	OSB Farkındalık Anketi	Evet	82	3.42	0.34	$p=0.517$
		Hayır	8	3.34	0.30	
ASE	OSB Bilgi-Tutum Ölçeği	Evet	68	3.35	0.33	$p=0.677$
		Hayır	10	3.40	0.33	
	OSB Farkındalık Anketi	Evet	68	3.30	0.29	$p=0.347$
		Hayır	10	3.40	0.37	

* $p < 0.05$

Aile sağlığı elemanlarının OSB bilgi-tutum ölçek puanları ve OSB farkındalık anket puanları eğitim durumlarına göre karşılaştırıldığında farklılık istatistiksel olarak önemsiz bulundu ($p > 0.05$) (Tablo 14).

Tablo 14: Aile sağlığı elemanlarının OSB'ye yönelik bilgi, tutum ve farkındalıklarının eğitim durumlarına göre karşılaştırılması

Veri Toplama Aracı	Eğitim Durumu	n	Ortalama	Standart Sapma	Sonuç
OSB Bilgi-Tutum Ölçeği	Lise	17	3.41	0.35	$p=0.729$
	Ön Lisans	24	3.38	0.40	
	Lisans	34	3.32	0.26	
	Yüksek Lisans	3	3.46	0.37	
OSB Farkındalık Anketi	Lise	17	3.25	0.21	$p=0.652$
	Ön Lisans	24	3.29	0.30	
	Lisans	34	3.36	0.35	
	Yüksek Lisans	3	3.33	0.24	

Aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarının OSB bilgi-tutum ölçek puanları ve OSB farkındalık anket puanları mezuniyet sonrası geçen süreye göre kendi içinde karşılaştırıldığında farklılık istatistiksel olarak önemsizdi ($p>0.05$) (Tablo 15).

Tablo 15: Sağlık çalışanlarının OSB'ye yönelik bilgi,tutum ve farkındalıklarının mezuniyet sonrası geçen süreye göre karşılaştırılması

Meslek	Veri Toplama Aracı	Mezuniyet Süresi	n	Ortalama	Standart Sapma	Sonuç
Aile hekimi	OSB Bilgi-Tutum Ölçeği	≤10 yıl	8	3.54	0.27	p=0.537
		>10 yıl	82	3.46	0.31	
	OSB Farkındalık Anketi	≤10 yıl	8	3.54	0.36	p=0.274
		>10 yıl	82	3.40	0.33	
ASE	OSB Bilgi-Tutum Ölçeği	<5 yıl	7	3.30	0.16	p=0.696
		5-10 yıl	21	3.33	0.26	
		>10 yıl	50	3.38	0.37	
	OSB Farkındalık Anketi	<5 yıl	7	3.29	0.23	p=0.919
		5-10 yıl	21	3.34	0.32	
		>10 yıl	50	3.31	0.31	

Çevresinde veya ailesinde OSB tanılı bir birey olmasına göre sağlık çalışanlarının OSB bilgi-tutum ölçek puanları ve OSB farkındalık anket puanları karşılaştırıldığında farklılık istatistiksel olarak önemsiz bulundu ($p>0.05$) (Tablo 16).

Tablo 16: Sağlık çalışanlarının OSB'ye yönelik bilgi, tutum ve farkındalıklarının çevresinde veya ailesinde OSB'li birey olma durumuna göre karşılaştırılması

Meslek	Veri Toplama Aracı	Çevresinde OSB'li Birey Olma Durumu	n	Ortalama	Standart Sapma	Sonuç
Aile hekimi	OSB Bilgi-Tutum Ölçeği	Evet	15	3.54	0.28	p=0.341
		Hayır	75	3.46	0.31	
	OSB Farkındalık Anketi	Evet	15	3.41	0.32	p=0.941
		Hayır	75	3.42	0.34	
ASE	OSB Bilgi-Tutum Ölçeği	Evet	14	3.29	0.35	p=0.380
		Hayır	64	3.38	0.32	
	OSB Farkındalık Anketi	Evet	14	3.31	0.36	p=0.912
		Hayır	64	3.32	0.29	

* $p<0.05$

Aile hekimlerinin ve ASE'lerin OSB bilgi- tutum ölçek puanları ve OSB farkındalık anket puanları meslekteki çalışma sürelerine göre kendi içinde karşılaştırıldığında farklılık istatistiksel olarak önemsiz bulundu ($p>0.05$). Ancak 20 yıldan az çalışan hekimlerin farkındalık puanları 20 yıldan uzun süredir çalışan hekimlerin puanından daha yüksekti (Tablo 17).

Aile sağlığı elemanlarından ebelerin ve hemşirelerin meslekteki çalışma sürelerine göre OSB bilgi tutum ölçek puanları ve OSB farkındalık ölçek puanları ayrı ayrı incelendi. Ebelerin OSB farkındalık anket puanları meslekteki çalışma sürelerine göre karşılaştırıldığında farklılık istatistiksel olarak önemli bulundu ($p<0.05$). Tablo 17'de görüldüğü gibi 20 yıldan az çalışan ebelerin farkındalıkları daha yüksekti.

Tablo 17: Sağlık çalışanlarının OSB'ye yönelik bilgi, tutum ve farkındalıklarının meslekteki çalışma sürelerine göre karşılaştırılması

Meslek	Veri Toplama Aracı	Çalışma Süresi	n	Ortalama	Standart Sapma	Sonuç
Aile hekimi	OSB Bilgi-Tutum Ölçeği	<20 yıl	50	3.48	0.33	p=0.760
		≥20 yıl	40	3.46	0.27	
	OSB Farkındalık Anketi	<20 yıl	50	3.47	0.33	p=0.094
		≥20 yıl	40	3.35	0.33	
Ebe	OSB Bilgi-Tutum Ölçeği	<20 yıl	48	3.38	0.30	p=0.127
		≥20 yıl	13	3.23	0.37	
	OSB Farkındalık Anketi	<20 yıl	48	3.33	0.30	p=0.031*
		≥20 yıl	13	3.13	0.22	

* $p<0.05$

Kendisine kayıtlı nüfusta OSB'li bir birey olan ve olmayan ASE'lerin OSB bilgi-tutum ölçek puanları karşılaştırıldığında farklılık istatistiksel olarak önemli olup kendisine kayıtlı nüfusta OSB'li bir birey olan aile sağlığı elemanlarının bilgi düzeyinin daha yüksek olduğu görüldü ($p<0.05$) (Tablo 18).

Kendisine kayıtlı nüfusta OSB'li bir birey olan ve olmayan aile hekimlerinin OSB bilgi-tutum ölçek puanları ve OSB farkındalık anket puanları karşılaştırıldığında farklılık istatistiksel olarak önemsiz bulundu ($p>0.05$) (Tablo 18).

Tablo 18: Sağlık çalışanlarının OSB'ye yönelik bilgi, tutum ve farkındalıklarının kendine kayıtlı OSB'li birey olma durumuna göre karşılaştırılması

Meslek	Veri Toplama Aracı	Kendine kayıtlı OSB'li Birey Olma Durumu		n	Ortalama	Standart Sapma	Sonuç	
		Evet	Hayır					
Aile hekimi	OSB Bilgi-Tutum Ölçeği	Evet	Hayır	27	3.54	0.28	p=0.154	
	OSB Farkındalık Anketi	Evet	Hayır	63	3.44	0.31		
	ASE	OSB Bilgi-Tutum Ölçeği	Evet	Hayır	27	3.41	0.35	p=0.882
		OSB Farkındalık Anketi	Evet	Hayır	63	3.42	0.33	
ASE	OSB Bilgi-Tutum Ölçeği	Evet	Hayır	18	3.53	0.35	p=0.011*	
	OSB Farkındalık Anketi	Evet	Hayır	60	3.31	0.30		
	ASE	OSB Bilgi-Tutum Ölçeği	Evet	Hayır	18	3.35	0.31	p=0.653
		OSB Farkındalık Anketi	Evet	Hayır	60	3.31	0.30	

*p<0.05

OSB ile ilgili bilgilendirme programına katılma durumuna göre sağlık çalışanlarının OSB bilgi-tutum ölçek puanları ve OSB farkındalık anket puanları karşılaştırıldığında farklılık istatistiksel olarak önemsiz bulundu ($p>0.05$) (Tablo 19).

Tablo 19: Sağlık çalışanlarının OSB'ye yönelik bilgi, tutum ve farkındalıklarının OSB ile ilgili bilgilendirme programına katılma durumuna göre karşılaştırılması

Meslek	Veri Toplama Aracı	Bilgilendirme Programına Katılma Durumu		n	Ortalama	Standart Sapma	Sonuç	
		Evet	Hayır					
Aile hekimi	OSB Bilgi-Tutum Ölçeği	Evet	Hayır	25	3.52	0.25	p=0.358	
	OSB Farkındalık Anketi	Evet	Hayır	65	3.45	0.33		
	ASE	OSB Bilgi-Tutum Ölçeği	Evet	Hayır	25	3.42	0.32	p=0.956
		OSB Farkındalık Anketi	Evet	Hayır	65	3.42	0.35	
ASE	OSB Bilgi-Tutum Ölçeği	Evet	Hayır	16	3.32	0.42	p=0.582	
	OSB Farkındalık Anketi	Evet	Hayır	62	3.37	0.30		
	ASE	OSB Bilgi-Tutum Ölçeği	Evet	Hayır	16	3.41	0.33	p=0.160
		OSB Farkındalık Anketi	Evet	Hayır	62	3.29	0.29	

Sağlık çalışanlarının bir haftada karşılaştıkları hasta sayısı, bir haftada karşılaştıkları çocuk sayısı ve birimine kayıtlı çocuk sayısı ile OSB bilgi-tutum ölçek puanları ve OSB farkındalık anket puanları arasındaki ilişki katsayıları istatistiksel olarak önemsizdi (Tablo 20).

Tablo 20: Sağlık çalışanlarının OSB'ye yönelik bilgi, tutum ve farkındalıklarının karşılaştıkları hasta sayısı, çocuk sayısı ve kayıtlı çocuk sayısı ile karşılaştırılması

Meslek	Değişkenler		OSB Bilgi-Tutum Ölçeği	OSB Farkındalık Ölçeği
Aile hekimi	Bir haftada karşılaştığı hasta sayısı	r	0.163	-0.086
		p	0.124	0.419
		n	90	90
	Bir haftada karşılaştığı çocuk sayısı	r	0.130	-0.149
		p	0.222	0.162
		n	90	90
Birimine kayıtlı 1-5 yaş çocuk sayısı	r	0.042	0.008	
	p	0.696	0.937	
	n	90	90	
ASE	Bir haftada karşılaştığı hasta sayısı	r	-0.023	0.105
		p	0.841	0.361
		n	78	78
	Bir haftada karşılaştığı çocuk sayısı	r	0.043	0.132
		p	0.708	0.250
		n	78	78
Birimine kayıtlı 1-5 yaş çocuk sayısı	r	-0.232	0.086	
	p	0.051	0.453	
	n	78	78	

r: Pearson Correlation (Korelasyon katsayısı)

p: Sig. (2-tailed) (İki yönlü alternatif hipoteze göre olasılık değeri)

n: Sayı

Tablo 21: Aile hekimlerinin OSB bilgi-tutum ölçeğine verdikleri yanıtlar

n=90					
Sorular	Kesinlikle Katılıyor n (%)	Katılıyor n (%)	Kararsız n (%)	Katılmıyor n (%)	Kesinlikle Katılmıyor n (%)
Otizm spektrum bozukluğu olan çocuklar ailelerine karşı kayıtsızlık sergiler.	8 (8.9)	49 (54.4)	12 (13.3)	20 (22.2)	1 (1.1)
Otizm yüksek sosyoekonomik düzeyde daha yaygındır.	0 (0.0)	21 (23.3)	20 (22.2)	39 (43.3)	10 (11.1)
Otizm yüksek eğitim düzeyinde daha yaygındır.	0 (0.0)	21 (23.3)	19 (21.1)	39 (43.3)	11 (12.2)
Otizm spektrum bozukluğu olan çocuklar cana yakın değildir.	5 (5.6)	28 (31.1)	14 (15.6)	37 (41.1)	6 (6.7)
Otizm şizofreninin bir belirtisidir.	1 (1.1)	3 (3.3)	11 (12.2)	41 (45.6)	34 (37.8)
Otizm ile şizofreni arasındaki farkı ayırt etmek güçtür.	1 (1.1)	15 (16.7)	14 (15.6)	43 (47.8)	17 (18.9)
Otizm spektrum bozukluklarını tanılamada son derece titiz davranırım.	10 (11.1)	45 (50.0)	27 (30.0)	7 (7.8)	1 (1.1)
Çocuklarda otizm çoğunlukla erken çocukluk dönemindeki ebeveyn ihmeline bağlanır.	7 (7.8)	11 (12.2)	19 (21.1)	41 (45.6)	12 (13.3)
Çocuklar psikolojik olarak olgunlaştıkça ve büyüdükçe otizmin belirtileri ortadan kalkar.	3 (3.3)	15 (16.7)	15 (16.7)	46 (51.1)	11 (12.2)
Otizm spektrum bozukluğu olan çocukların özel eğitim alması gerektiğini düşünüyor musunuz?	57 (63.3)	28 (31.1)	1 (1.1)	1 (1.1)	3 (3.3)
Otizmin bu toplumda etiketlenmeye yol açtığını düşünüyor musunuz?	17 (18.9)	48 (53.3)	13 (14.4)	11 (12.2)	1 (1.1)
Bir çocuğa otizm tanısı konmasının o çocuğun ayrımcılığa uğramasına yol açtığını düşünüyor musunuz?	7 (7.8)	48 (53.3)	11 (12.2)	18 (20.0)	6 (6.7)
Genel olarak otizm tanısı konmuş çocuklara karşı olumsuz bir görüş var mıdır?	5 (5.6)	46 (51.1)	20 (22.2)	17 (18.9)	2 (2.2)
Ebeveynler çocuklarında otizm riski olduğunu düşünme eğilimindedirler.	2 (2.2)	22 (24.4)	16 (17.8)	42 (46.7)	8 (8.9)
Otizm önenebilir.	10 (11.1)	27 (30.0)	23 (25.6)	26 (28.9)	4 (4.4)

Tablo 22: Aile sağlığı elemanlarının OSB bilgi-tutum ölçeğine verdikleri yanıtlar

n=78					
Sorular	Kesinlikle Katılıyorrum n (%)	Katılıyorrum n (%)	Kararsızım n (%)	Katılmıyorrum n (%)	Kesinlikle Katılmıyorrum n (%)
Otizm spektrum bozukluğu olan çocuklar ailelerine karşı kayıtsızlık sergiler.	9 (11.5)	30 (28.5)	23 (29.5)	13 (16.7)	3 (3.8)
Otizm yüksek sosyoekonomik düzeyde daha yaygındır.	3 (3.8)	3 (3.8)	20 (25.6)	37 (47.4)	15 (19.2)
Otizm yüksek eğitim düzeyinde daha yaygındır.	3 (3.8)	1 (1.3)	15 (19.2)	43 (55.1)	16 (20.5)
Otizm spektrum bozukluğu olan çocuklar cana yakın değildir.	6 (7.7)	18 (23.1)	18 (23.1)	27 (34.6)	9 (11.5)
Otizm şizofreninin bir belirtisidir.	4 (5.1)	0 (0.0)	17 (21.8)	33 (42.3)	24 (30.8)
Otizm ile şizofreni arasındaki farkı ayırt etmek güçtür.	0 (0.0)	7 (9.0)	27 (34.6)	27 (34.6)	17 (21.8)
Otizm spektrum bozukluklarını tanılamada son derece titiz davranırım.	11 (14.1)	35 (44.9)	24 (30.8)	8 (10.3)	0 (0.0)
Çocuklarda otizm çoğunlukla erken çocukluk dönemindeki ebeveyn ihmeline bağlanır.	7 (9.0)	22 (28.2)	21 (26.9)	23 (29.5)	5 (6.4)
Çocuklar psikolojik olarak olgunlaştıkça ve büyüdükçe otizmin belirtileri ortadan kalkar.	2 (2.6)	12 (15.4)	24 (30.8)	30 (38.5)	10 (12.8)
Otizm spektrum bozukluğu olan çocukların özel eğitim alması gerektiğini düşünüyor musunuz?	52 (66.7)	19 (24.4)	0 (0.0)	1 (1.1)	6 (7.7)
Otizmin bu toplumda etiketlenmeye yol açtığını düşünüyor musunuz?	8 (10.3)	26 (33.3)	23 (29.5)	15 (19.2)	6 (7.7)
Bir çocuğa otizm tanısı konmasının o çocuğun ayrımcılığa uğramasına yol açtığını düşünüyor musunuz?	9 (11.5)	28 (35.9)	7 (9.0)	24 (30.8)	10 (12.8)
Genel olarak otizm tanısı konmuş çocuklara karşı olumsuz bir görüş var mıdır?	5 (6.4)	28 (35.9)	12 (15.4)	26 (33.3)	7 (9.0)
Ebeveynler çocuklarında otizm riski olduğunu düşünme eğilimindedirler.	3 (3.8)	18 (23.1)	19 (24.4)	32 (41.0)	6 (7.7)
Otizm önlenebilir.	12 (15.4)	24 (30.8)	22 (28.2)	16 (20.5)	4 (5.1)

Tablo 23: Aile hekimlerinin OSB farkındalık anketine verdiği yanıtlar

n: 90					
Sorular	Kesinlikle Katılıyor n (%)	Katılıyor n (%)	Kararsız n (%)	Katılmıyor n (%)	Kesinlikle Katılmıyor n (%)
Otizm spektrum bozukluğu olan çocuklar karşı cinsteki çocuklarla anlaşmakta sorun yaşarlar.	3 (3.3)	40 (44.4)	22 (24.4)	22 (24.4)	3 (3.3)
Otizm bir insanın çalışma yaşamında bulunmasını engeller.	4 (4.4)	27 (30.0)	15 (16.7)	41 (45.6)	3 (3.3)
Otizm spektrum bozukluğu olan çocuklar diğer arkadaşlarıyla zorlanmadan beraber oyun oynayabilir, çalışma yapabilir.	3 (3.3)	28 (31.1)	18 (20.0)	34 (37.8)	7 (7.8)
Otizm spektrum bozukluğuna sahip çocuklar aynı problem yaşayan arkadaşlarıyla daha iyi anlaşılır.	3 (3.3)	25 (27.8)	31 (34.4)	30 (33.3)	1 (1.1)
Otizm spektrum bozukluğu olan çocuklar kendi iyilikleri için söylenen bir tavsiyeyi/talimatı kolaylıkla dinlerler.	1 (1.1)	25 (27.8)	19 (21.1)	40 (44.4)	5 (5.6)
Göz teması kurmamak ve bundan kaçınmak otizmin bir bulgusudur.	24 (26.7)	54 (60.0)	6 (6.7)	5 (5.6)	1 (1.1)
Otizm spektrum bozukluğu olan çocukların hafıza becerileri normal çocuklardan çok daha iyi olabilir.	13 (14.4)	56 (62.2)	18 (20.0)	3 (3.3)	0 (0.0)
Otizm spektrum bozukluğunda yeme-içme alışkanlıkları akrabalarından daha farklı seyreder.	4 (4.4)	42 (46.7)	31 (34.4)	12 (13.3)	1 (1.1)
Otizm spektrum bozukluğu olan çocuklar matematik, resim, müzik gibi alanlarda çok başarılı olabilirler.	18 (20.0)	56 (62.2)	14 (15.6)	2 (2.2)	0 (0.0)
Otizm spektrum bozukluğu ilaçla düzeltilebilen bir hastalıktır.	1 (1.1)	13 (14.4)	21 (23.3)	45 (50.0)	10 (11.1)
Anne-babalarında benzer şikayetlerin bulunması otizm spektrum bozukluğu sahibi çocukları olma ihtimalini artırır.	5 (5.6)	53 (58.9)	22 (24.4)	10 (11.1)	0 (0.0)
Otizm spektrum bozukluğu olan çocuklar işaret parmağıyla gösterilen bir nesneye kolaylıkla odaklanabilirler.	1 (1.1)	23 (25.6)	24 (26.7)	36 (40.0)	6 (6.7)
Otizm spektrum bozukluğu olan çocuklar kendilerine seslenince hemen yanıt verirler.	3 (3.3)	7 (7.8)	18 (20.0)	52 (57.8)	10 (11.1)

Tablo 24: Aile sağlığı elemanlarının OSB farkındalık anketine verdiği yanıtlar

n=78					
Sorular	Kesinlikle Katılıyor n (%)	Katılıyor n (%)	Kararsız n (%)	Katılmıyor n (%)	Kesinlikle Katılmıyor n (%)
Otizm spektrum bozukluğu olan çocuklar karşı cinsteki çocuklarla anlaşmakta sorun yaşarlar.	7 (9.0)	18 (23.1)	30 (38.5)	20 (25.6)	3 (3.8)
Otizm bir insanın çalışma yaşamında bulunmasını engeller.	4 (5.1)	22 (28.2)	21 (26.9)	29 (37.2)	2 (2.6)
Otizm spektrum bozukluğu olan çocuklar diğer arkadaşlarıyla zorlanmadan beraber oyun oynayabilir, çalışma yapabilir.	6 (7.7)	22 (28.2)	24 (30.8)	22 (28.2)	4 (5.1)
Otizm spektrum bozukluğuna sahip çocuklar aynı problem yaşayan arkadaşlarıyla daha iyi anlaşır.	5 (6.4)	11 (14.1)	38 (48.7)	21 (26.9)	3 (3.8)
Otizm spektrum bozukluğu olan çocuklar kendi iyilikleri için söylenen bir tavsiyeyi/talimatı kolaylıkla dinlerler.	4 (5.1)	13 (16.7)	28 (35.9)	30 (38.5)	3 (3.8)
Göz teması kurmamak ve bundan kaçınmak otizmin bir bulgusudur.	28 (35.9)	28 (35.9)	14 (17.9)	6 (7.7)	2 (2.6)
Otizm spektrum bozukluğu olan çocukların hafıza becerileri normal çocuklardan çok daha iyi olabilir.	9 (11.5)	29 (37.2)	32 (41.0)	6 (7.7)	2 (2.6)
Otizm spektrum bozukluğunda yeme-içme alışkanlıkları akrabalarından daha farklı seyreder.	6 (7.7)	34 (43.6)	25 (32.1)	13 (16.7)	0 (0.0)
Otizm spektrum bozukluğu olan çocuklar matematik, resim, müzik gibi alanlarda çok başarılı olabilirler.	11 (14.1)	36 (46.2)	26 (33.3)	5 (6.4)	0 (0.0)
Otizm spektrum bozukluğu ilaçla düzeltilebilen bir hastalıktır.	0 (0.0)	10 (12.8)	40 (51.3)	21 (26.9)	7 (9.0)
Anne-babalarında benzer şikayetlerin bulunması otizm spektrum bozukluğu sahibi çocukları olma ihtimalini artırır.	4 (5.1)	33 (42.3)	29 (37.2)	11 (14.1)	1 (1.3)
Otizm spektrum bozukluğu olan çocuklar işaret parmağıyla gösterilen bir nesneye kolaylıkla odaklanabilirler.	7 (9.0)	12 (15.4)	30 (38.5)	21 (26.9)	8 (10.3)
Otizm spektrum bozukluğu olan çocuklar kendilerine seslenince hemen yanıt verirler.	1 (1.3)	6 (7.7)	24 (30.8)	29 (37.2)	18 (23.1)

5. TARTIŞMA

5.1. SİVAS İL MERKEZİNDE OSB YAYGINLIĞI İLE İLGİLİ TARTIŞMA

5.1.1. Yaygınlık

Otizm spektrum bozukluğu, son yıllarda artan yaygınlık oranlarıyla dikkat çeken önemli bir halk sağlığı sorunudur. Nörogelişimsel bozukluklar arasında zihinsel engellilikten sonra ikinci sırada yer alır. İlk ortaya atıldığı dönemde on binde bir gibi verilen yaygınlık oranlarının günümüzde tahmin edilenden daha fazla olduğu anlaşılmıştır (2). OSB yaygınlığındaki dramatik artışın fark edilmesiyle çocukların OSB'ye yönelik taranması önem kazanmıştır. Amerikan Pediatri Akademisi erken tanı için tüm çocukların 18. ve 24. aylarda OSB açısından taranmasını önermektedir (11).

OSB'nin yaygınlık oranları her ülkede farklı rapor edilmektedir. Son yıllarda yürütülen OSB tarama çalışmalarının en kapsamlısı; ABD, Avustralya ve İngiltere'de yürütülmektedir (38). Farklı ülkelerin prevalans çalışmaları incelendiğinde OSB yaygınlık oranları % 0.07 ile % 2.6 arasında değişmektedir (18, 19, 45–49). Prevalansın ülkeden ülkeye büyük değişiklik göstermesi; çalışmanın yöntemi, kullanılan tarama araçlarındaki farklılıklar, OSB tanı kriterlerinin değişmiş olması, yaş gruplarının farklılık göstermesi ve toplumun otizm farkındalık düzeyinin değişken olmasından kaynaklanıyor olabilir. Yine çalışmanın kırsal ya da kentsel bölgede yapılmış olması sonuçlarda etkilidir. Bu yüzden sonuçlar arası tam bir karşılaştırma yapılması mümkün olmamaktadır.

ABD'deki tarama çalışmaları Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri'nde (CDC) oluşturulan ADDM-NET (Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network) tarafından yürütülmektedir. ADDM, ABD'nin farklı eyaletlerinde ikamet eden 8 yaşındaki çocuklarda OSB özelliklerini ve yaygınlığını araştıran bir sürveyans sistemidir. Bu ağın verilerine göre, OSB yaygınlığı 2002 yılında 150'de 1 iken, zaman içinde artmış ve 2006 yılında 110'da 1 ve 2012 yılında 88'de 1 olduğu gözlenmiştir. CDC'nin 2016 yılında yayımladığı raporda, 11 çalışma alanında 8 yaş grubundaki 346.978 çocuk değerlendirilmiştir. Bu çocuklar, tüm ABD'de 8 yaş grubunda yer alan çocukların % 8.5'ini oluşturmaktadır. Çalışmanın sonucunda ortalama olarak her 68 çocuktan birinin OSB'li olduğu belirlenmiştir (17,18,50). Görülme sıklığındaki bu artışın, toplumda ve klinik ortamlarda otizm farkındalığının artması, tanı kriterlerinin genişlemesi ve erken tanı konulması nedenleriyle olabileceği belirtilmektedir (3).

Avustralya'da OSB yaygınlığının artması ve etkilenen çocukların sayısı hakkında yeterli veri bulunmaması nedeniyle Avustralya'nın tüm eyaletlerinde kapsamlı bir çalışma yürütülmüştür. Avustralya'nın genelinde 6–12 yaşlarındaki çocuklarda otizm, Asperger Sendromu ve yaygın gelişimsel bozukluk tanısına sahip olanların oranları belirlenmiştir. 2005 yılındaki bu verilere göre Avustralya'da 6-12 yaş aralığında OSB prevalansı 10.000'de 62.5'tir. Araştırma bulguları, eyaletler arasında farklılıklara rağmen ortalama olarak her 160 çocuktan birinin otizm spektrum bozukluğu tanısına sahip olduğunu göstermiştir (45).

Güney Kore'de 7-12 yaş aralığında yaklaşık 55.000 çocuğun değerlendirildiği kapsamlı bir epidemiyolojik çalışmada, OSB yaygınlığının % 0.75 ile % 2.64 arasında olduğu saptanmıştır. Çalışmada, özel eğitim veren okullardan ve normal okullardan örneklem seçilerek tarama yapılmıştır. İlk aşamada Otizm Spektrum Tarama Ölçeği kullanılmıştır. Tarama sonucu pozitif olan çocukların ebeveynleri ileri tanısal değerlendirme için yönlendirilmiştir. İkinci aşamada bu çocuklar standart tanı testleri (ADOS ve ADI-R) kullanılarak değerlendirilmiştir (19).

Robins ve arkadaşları 2001 yılındaki çalışmalarında 18-30 aylık çocuklarda OSB taraması amaçlı M-CHAT ölçeği kullanmıştır. İki aşamalı olarak planlanan çalışmanın ilk aşamasında, pediatri ya da aile hekimine kontrole getirilen çocukların aileleri tarafından M-CHAT ölçeği doldurulmuştur. İkinci aşamada riskli çıkan çocukların aileleri telefonla aranarak yanıtları yeniden değerlendirilmiştir. Şayet bu aşamada çocuğun başarısız yanıtları hala sınır değer üstündeysen aile daha ileri değerlendirme için yönlendirilmiştir. Robins ve arkadaşlarının bu ilk çalışmasında 1.293 çocuğa M-CHAT ölçeği uygulanmış, bu çocuklardan 132'si (% 10) riskli saptanmıştır. İkinci aşamada telefonla yapılan M-CHAT testinin kontrolünde 74'ünün riskli olmadığı belirlenmiştir. İkinci aşamada riskli belirlenenlerin 58'inin OSB açısından daha ileri değerlendirmesi yapılmış; bunların 19'u konuşma gecikmesi veya gelişim geriliği gibi OSB dışında bir tanı; 39'u (% 3) OSB tanısı almıştır. Bu sayede M-CHAT'in otizmin erken teşhisinde kullanılabileceği gösterilmiştir (37).

M-CHAT ölçeğinin, Türkiye'de geçerlilik çalışması 2005 yılında Aslı Yıkgeç tarafından yapılmıştır. M-CHAT ölçeğinin küçük çocuklarda otizm belirtilerinin tespiti için uygun bir tarama aracı olduğu sonucuna varılmıştır. Ancak ölçeğin otizmlı olmayan çocukları otizm açısından riskli göstermesi, testin yanlış pozitiflik oranını yükseltmektedir. M-CHAT, genel toplum taraması için kullanılabilir, uygulaması kolay, Türkiye'de geçerliği ve güvenilirliği çalışılmış ve pozitif ön görü değeri yüksek bir ölçek olarak kabul edilmiştir (12–14).

Türkiye Otizm Erken Tanı ve Eğitim Vakfı (TOHUM), 2008 yılında Adana, Bursa, Gaziantep, İzmir ve Kocaeli illerindeki sağlık ocaklarında ve AÇSAP merkezlerinde otizm tarama projesi gerçekleştirmiştir. Bu proje, ülkemizde erken çocukluk döneminde M-CHAT ve CHAT ölçeği uygulanarak OSB riskini belirlemeye yönelik çok geniş bir kitle üzerinde yapılmış ilk çalışma olma özelliğini göstermektedir. Ancak bu projedeki sonuçlar, OSB yaygınlığını değil OSB riskini göstermektedir (38).

Ülkemizde yapılan bir tez çalışmasında, OSB tanısında M-CHAT tarama testinin geçerlilik-güvenilirliği, Kayseri'de 18-24 aylık çocuklarda OSB sıklığı ve etiyojide bazı çevresel faktörlerin rolü araştırılmıştır. Belirlenen 14 Aile Sağlığı Merkezinde, 18-30 aylık 2021 çocuğa eğitimli kişiler tarafından M-CHAT testi uygulanmış ve riskli bulunan çocuklar Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı tarafından değerlendirilmiştir. Bölgede belirtilen yaş grubu için OSB sıklığı 1/1000 olarak saptanmıştır. Sonuç olarak M-CHAT testinin, 18-30 aylık çocuklarda, çocuk sağlığı izlemlerinde kullanılabileceği kanaatine varılmıştır (12).

Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Sosyal Pediatri Bilim Dalı'na sağlıklı çocuk izlemi için getirilmiş 16-38 aylık 511 çocuk, gözleme dayalı bir test olan TIDOS (Üç Maddelik Direk Gözlemsel Tarama) ve M-CHAT tarama testleri ile OSB açısından değerlendirilmiştir. Her iki tarama testinden en az birinde otizm şüphesi saptanan çocuklar Ankara Üniversitesi Çocuk Psikiyatri Kliniği'nde değerlendirilmiş ve kesin tanı konulmuştur. Araştırmada belirlenen grup için OSB sıklığı 1/104 saptanmıştır. Araştırmada OSB olgularını yakalamada M-CHAT yada TIDOS'un tek başına yeterli olmadığı; sağlıklı çocuk izleminde OSB taraması için M-CHAT ve TIDOS'un beraber yapıldığında daha etkili olacağı sonucuna varılmıştır (51).

Sivas İl Merkezi'ndeki ASM'lere kayıtlı 18-72 aylık çocuklarda M-CHAT ölçeği kullanarak OSB taraması yaptığımız çalışmamızda; 752 çocuktan 47'sini (% 6.25) riskli bulduk. Ülkemizde M-CHAT ölçeği kullanılarak yapılan OSB tarama çalışmalarında risk oranları % 1 ile % 11.2 arasında değişmektedir (12, 38, 51). Robins ve ark. (37) ilk çalışmasında 1.293 çocuğa M-CHAT ölçeği uygulamış, bu çocuklardan 132'si (% 10) riskli saptanmıştır. Yama ve ark. (52) 20-67 aylık çocuklara M-CHAT testi uygulamış; yaş gruplarına göre risk oranları; 20-32 aylık çocuklarda % 2.8, 33-48 aylık çocuklarda % 5.6 ve 48 aydan büyük çocuklarda % 11.76 olarak belirlenmiştir. Çalışmamızda % 6.25 olarak saptadığımız risk oranının literatürle kıyaslandığında ortalama bir değer olduğu görülmektedir.

Araştırmamızda M-CHAT testine göre riskli saptanan 47 çocuğun ailesiyle telefon görüşmesi yapıldı ve aile Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne yönlendirildi. Bu çocukların 20'si değerlendirilirken; 27'si (% 57.4) görüşmeye getirilmedi. Görüşmeye getirilmeyen çocukların aileleri telefonla bir çok kez arandı fakat bir kısmına ulaşamadı. Çocuklarını getirmek istemeyen ailelere neden istemedikleri sorulduğunda; çocuklarının normal olduğunu ve herhangi bir sorun görmediklerini belirttiler. Türkiye'de 18-30 aylık çocuklarda M-CHAT testinin geçerliliğinin değerlendirildiği bir çalışmada benzer sıkıntılar yaşanmıştır. Çalışmada, sıklıkla telefon görüşmesi gereksinimine yol açması, ailelere telefonla ulaşamama ya da ulaşmak için yaşanan zaman kaybı ve telefon görüşmelerinin maddi yükü nedeniyle M-CHAT formunun aile tarafından doldurulmasının uygun bir yöntem olmadığı sonucuna varılmıştır (13). Çalışmamızda; ailelerin bir kısmının numaralarının olmaması, bu numaraların kayıtlı olduğu aile hekimi veya ASE'sinin izniyle elde edilmesi, ailelerin telefonda bilgilendirilirken oluşan iletişim sorunları, getirilmeyen çocuklar için tekrar tekrar aranması gibi zorluklar yaşanmıştır. Bu durum hem zaman kaybına hem maddi kayba yol açmıştır.

Araştırmamızda M-CHAT ölçeklerinin bir kısmı ASM'lerde görevlendirilen Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği stajı yapmakta olan intern doktorlar tarafından uygulandı. Intern doktorlar stajın başında M-CHAT tarama testinin uygulanışı ve değerlendirilmesi ile ilgili sorumlu araştırmacılar tarafından bilgilendirildi. Ülkemizdeki çalışmalarda M-CHAT ölçeğinin uygulanması konusunda benzer yöntemler izlenmiştir (12, 13, 38). TOHUM'un (38) otizm tarama projesinde M-CHAT ölçeği hemşire ya da ebeler tarafından uygulanmıştır. Kondolot'un (12) çalışmasında ASM'lerde tarama testini uygulamak üzere farklı bölümlerde okuyan üniversite öğrencilerinden bir grup oluşturulmuştur. Çalışmamızda M-CHAT testini uygulamak üzere intern doktorların görevlendirilmiş olması olguların bir hekim gözüyle değerlendirilmesi avantajını sağlamıştır. Ancak bu kişilerin OSB ve M-CHAT konusunda yeterince tecrübeli olmaması çalışmayı kısıtlamıştır. Bununla birlikte bu çalışma yeni doktorların OSB'ye yönelik bilgi ve farkındalıklarını artırması ve OSB'li çocukların erken tespit edilmesi açısından önemli bir işlevi yerine getireceğini düşünmekteyiz.

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı ve Klinik Psikolog tarafından değerlendirilen 20 olgunun 4'ü OSB tanısı aldı. OSB'li 4 olgunun 2'si daha önce OSB ile takipli iken 2'si yeni tanı aldı. Sivas İl Merkezi'nde OSB yaygınlık oranı % 0.53 (188'de 1) olarak saptandı. Ülkemizde OSB'nin yaygınlık oranları net olarak bilinmemektedir (20). Bazı çalışmalarda OSB sıklığı ile ilgili epidemiyolojik veriler bulunsa da bunlar metodolojik olarak

hastalığın sıklığını belirlemeye yönelik planlanmış çalışmalar değil; M-CHAT testinin Türkçe geçerlilik çalışmalarıdır. Bu çalışmalarda saptanan OSB sıklık değerleri büyük farklılık (0.001-0.97) göstermektedir (12, 38, 51). Saptadığımız yaygınlık oranı ülkemizde yapılmış çalışmalarla uyumludur. Ancak bu değerlerin literatürdeki son verilerden düşük olması; çalışmaya katılımın gönüllülük esasına dayanıyor olmasından ve riskli saptanmasına rağmen ileri değerlendirmeye getirilmeyen çocuklardan kaynaklanıyor olabilir. Aileler çocukları ile ilgili araştırmaya dahil olmaktan veya bir tanı almaktan çekiniyor olabilirler. Yine 18-72 ay çocuk yaş grubunda tek ölçekle OSB taranması bazı çocukların tespit edilememesine dolayısıyla yaygınlık oranlarının beklenenden düşük olmasına yol açmış olabilir. M-CHAT testi, özellikle 16-30 aylık çocuklar için uygun olmasına rağmen (37); literatürde M-CHAT testinin büyük çocuklara uygulandığı çalışmalar mevcuttur (14, 52-54). Yama ve ark. (52) çalışmalarında; 20-67 aylık çocuklara M-CHAT uygulamıştır. Wong ve ark. (53) M-CHAT ve CHAT'i birleşmesiyle oluşturmuş CHAT-23 testi ile 16-86 aylık 212 çocuğu değerlendirmiştir. Eaves ve ark. (55) yaptıkları bir çalışmada M-CHAT ve Sosyal İletişim Soru Listesi (SCQ)'ni otizmli çocukları erken belirleme yönünden karşılaştırmışlardır. Araştırma sonucuna göre her iki ölçeğin tek başına otizmi tanılamak için yeterli olmayacağı ifade edilmiştir. Topçu'nun (51) çalışmasında çocuklar TIDOS ve M-CHAT tarama testleri ile değerlendirilmiş olup; OSB olgularını yakalamada M-CHAT yada TIDOS'un tek başına yeterli olmadığı; sağlıklı çocuk izleminde OSB taraması için M-CHAT ve TIDOS'un beraber yapıldığında daha etkili olacağı sonucuna varılmıştır.

Çalışmamız OSB yaygınlığı konusunda ülkemizde yapılmış nadir çalışmalardandır. Araştırmamızın güçlü yanı; sağlıklı bebek ve çocuk izlemlerinin yapıldığı ASM'lerde gerçekleşmiş olmasıdır. Düşük riskli bir grupta çalışılması hastalığın prevalansını doğru yansıtması açısından önemlidir. Yine çalışmamızda Sivas İl Merkezi'ni temsil edecek şekilde örneklem seçilmiş ve her ASM'de hedeflenen örneklem sayısına ulaşılmıştır. Ancak araştırmanın kentsel bölgede yapılmış olması, ilçe ve köylerin dahil edilememiş olması sonuçların genellenmesini kısıtlamaktadır. Araştırmamız, Sivas'da birinci basamakta M-CHAT ölçeği kullanılarak OSB taraması yapılmış ilk çalışmadır. Ölçeklerin çocuğun aşı, boy-kilo takibi veya başka bir nedenle ASM'ye getirildiği esnada yapılmış olmasının buralarda görev yapan aile hekimi, ebe ve hemşirelerin OSB taraması ve erken tanısı konusunda farkındalıklarını artırdığı görüşündeyiz. Ayrıca riskli saptanan çocukların bir uzman hekim tarafından değerlendirilmesi erken tanı konulmasına ve müdahalelerin erken yapılmasına olanak sağlamıştır.

5.1.2. Riskli Olguların Özellikleri

Tarama sonucu riskli saptanan bir uzman ve klinik psikolog tarafından değerlendirilen çocukların 7'sinin normal gelişim gösterdiği belirlendi. Yine riskli saptanan çocukların biri "uyaran eksikliği", biri "hafif düzeyde bilişsel gelişim geriliği", ikisi "orta düzeyde bilişsel gelişim geriliği" ile önceden takipli iken beşi yeni tanı almıştır. Bu yeni tanı alanların ; biri "uyaran eksikliği", üçü "sınırdaki bilişsel kapasite ve uyaran eksikliği", biri "hafif düzeyde bilişsel gelişim geriliği ve uyaran eksikliği" dir. M-CHAT ölçeği normal bireyleri ve gelişim geriliği olanları OSB açısından riskli göstermiştir. Bu durum, M-CHAT'in otizmlili olmayan çocukları otizmlili olarak sınıflama oranının yüksek olduğunu ifade eden Yıkgeç'in (14) bulgularını destekler niteliktedir. M-CHAT'in yanlış pozitif sonuç verme oranı Türkiye'deki çalışmalarda % 12.3-24 olarak verilmiştir. Bu çalışmalarda yanlış pozitif değerlendirilen grup zihinsel engelli bireylerden oluşmaktadır (14, 56). Robins ve ark. (37), M-CHAT'in şüpheli olarak tanımladığı 58 çocuğun, 39'unun otizm tanısı aldığını, 19 çocuğun ise farklı gelişimsel bozukluk tanıları aldığını ifade etmişlerdir. Literatürde, M-CHAT sonucunda yanlışlıkla riskli saptanan çocuklarda ileri değerlendirmeler sonucunda OSB dışında gelişimsel bozukluklar saptanabilmektedir (14, 37, 56). Bir çocuğun riskli saptanıp değerlendirmeler sonucunda normal olduğunun belirlenmesi; otizm veya başka gelişimsel bozuklukların atlanmasından iyi bir durum olduğu kanaatindeyiz. Bu nedenle taramaların temel amaçlarından biri; *"Riskli olan çocukları mümkün olan en kısa sürede saptamak"* tır. Ayrıca uyaran eksikliği ve gelişim geriliği tanıları alan çocukların erken farkedilmiş olması erken müdahale açısından önemlidir.

Çalışmamızda OSB'li çocuk sayısı çok az olduğundan kontrol grubu kullanılarak karşılaştırma yapılamamıştır. OSB'li çocukların özellikleri mevcut risk faktörleri üzerinden incelenmiştir.

Çalışmamızda OSB tanısını yeni alan iki çocuğun yaşları; 29 ve 38 aydı. Bu durum literatürde OSB'li çocuklar için bildirilen erken tanı yaşıyla uyumluydu. OSB'de en sık başvuru yaşı 2-3 yaştır (24). Türkiye'de Erden ve arkadaşlarının otizm tanısı almış çocukların ailesiyle yaptığı görüşmeler sonucunda, çocukların tanı aldıkları yaş aralığının 20-43 ay arasında değiştiği tespit edilmiştir (35). Gürkan ve arkadaşlarının YGB ve iletişim bozukluğu olgularının ilk başvuru özelliklerini geriye dönük incelediği çalışmasında; YGB olgularının ilk başvuru yaş ortalamasının 38.3 ay olduğu belirlenmiştir (57).

Çalışmamızda OSB'li çocukların 3'ü erkek; 1'i kızdı. Bu bulgunun literatürle uyumlu olduğu gözlemlendi. CDC'nin 2014 yılı raporuna göre OSB'nin erkeklerde kızlara göre 4-5 kat daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (18). Pek çok çalışmada OSB'li erkeklerin kızlara oranının 2.1 ile 6.5 arasında değiştiği gözlemlenmiştir (2, 11).

OSB'li çocukların anne-babaların eğitim durumları incelendiğinde; annelerin ikisinin ilköğretim ikisinin lise mezunu olduğu; babaların dördünün de lise mezunu olduğu görüldü. Dört çocuğun annesi ev hanımı; babası işçi veya serbest çalışıyordu. Aile toplam gelir düzeyleri dördünün de 1400-4600 arasındaydı. Sosyoekonomik sınıf ile otizm yaygınlığının artıp artmadığı uzun bir süre tartışılmıştır. Ailenin sosyal statüsü, eğitim düzeyi ve gelir düzeyi ile otizm arasında ilişki saptanmamıştır (2, 58, 59).

OSB'li çocukların annelerinin gebelikteki yaş ortalaması 28 (min=25, max=31) iken, anne çocuğa hamileyken babaların yaş ortalaması 34'tü (min=29, max=40). Otizm etyolojisinde rol alabileceği düşünülen çevresel etmenler içerisinde en tutarlı veriler "ileri baba yaşı" ile ilgili edinilmiştir. İleri baba ve anne yaşı şuan otizm için risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Ancak bu durum tek başına bir sebep değil; biyolojik sürecin bir belirleyicisi olarak düşünülmektedir. Çalışmalarda özellikle 40 ve üstünde babalık yaşının otizm riskini 3-5 kat arttırdığı bildirilmiştir (2, 24, 60, 61). Tanı koyduğumuz OSB'li çocuklardan yalnızca birinin babalık yaşı 40'tı.

OSB'li çocukların annelerinin % 75'inin (diğer çocukların anneleriyle yaklaşık benzer oranlarda) gebelikte vitamin ve demir ilacı kullandığı öğrenildi. Son yıllarda OSB etyopatogenezinde D vitamini eksikliğinin rolü çok tartışılmaktadır. Gebelik döneminde vitamin desteği almanın özellikle genetik olarak duyarlı çocuklarda otizm riskini azalttığı yönünde çalışmalar mevcuttur. Ancak bu konuda daha fazla araştırmaya gerek duyulmaktadır (24, 62).

OSB'li çocukların ikisinin doğum şeklinin sezaryen olduğu öğrenildi. OSB'li çocukların üçünün zamanında ve normal doğum ağırlığı ile dünyaya geldiği; birinin erken doğum ve düşük doğum ağırlıklı olduğu belirlendi. Çocukların zor doğum öyküsü olup olmadığı sorulduğunda normal doğum yapan iki annenin de "evet" yanıtı verdiği görüldü. Gebelik ve doğuma ait özellikler ile OSB ilişkisi pek çok çalışmanın konusu olmuştur. Yapılan bazı çalışmalarda, düşük doğum ağırlığı, düşük Apgar skoru, gestasyonel haftanın 37'den küçük olması ve sezaryen geliş ile otizm riskinde artış olduğu saptanmıştır (2, 59, 63).

OSB'li çocukların dördünün de aşılmasının tam olduğu görüldü. Bir dönem aşılarda otizm arasında bir ilişki olduğu çok gündem yaratmış olmasına rağmen yapılan çalışmalarda aşılarda otizm arasında bir bağlantı saptanmamıştır (2, 24).

OSB'li çocukların ikinci derece akrabalar dahil ailesinde otizimli bir birey bulunmadığı öğrenildi. Yine ailelerinde mental retardasyonlu birey sorgulandığında sadece birinin ailesinde var olduğu belirlendi. OSB henüz nedeni tam bilinmese de son yapılan çalışmalar genetik faktörler üzerinde yoğunlaşmıştır. OSB'li tek yumurta ikizlerindeki

konkordans oranının çift yumurta ikizlerden daha yüksek olması güçlü bir genetik etkiyi düşündürmektedir (2, 21, 24). Kardeşlerinde, otizm, Asperger Sendromu ve diğer YGB tanılarında biri olan bireylerde risk 13 ile 22 kat arasında artmaktadır (64). Çalışmamızdaki vaka sayısının az olması nedeniyle bu bulgunun literatürle kıyaslanmaması gerektiği kanaatindeyiz.



5.2. SAĞLIK ÇALIŞANLARININ OSB'YE YÖNELİK BİLGİ VE TUTUMLARI İLE İLGİLİ TARTIŞMA

Çeşitli ülkelerde yapılan araştırmalarda, birinci basamak sağlık çalışanlarının ve çocuk doktorlarının OSB'ye yönelik bilgi düzeylerinin çok farklılık gösterdiği ve yeterli olmadığı bildirilmektedir (35, 42, 43, 65–68). Ülkemizde birinci basamakta görev yapan sağlık çalışanlarının OSB konusundaki bilgi düzeylerine ait çok az veri bulunmaktadır.

Malatya'da yapılmış bir tez çalışmasında, birinci basamakta çalışan aile hekimlerinin OSB konusundaki bilgi, tutum ve davranışları değerlendirilmiştir. Bu çalışmada, katılımcı bilgi formu, DSM-5 tanı kriterleri, CARS, M-CHAT ve İmran ve arkadaşlarının oluşturduğu anket formu baz alınarak hazırlanmış bir araştırma formu kullanılmıştır. Çalışmaya ASM ve TSM'lerde görev yapan 101 hekim dahil edilmiştir. Hekimler tanı kriterlerinden 12 puan üzerinden 8.2 ± 2.3 puan almıştır. Çalışmada Malatya'da birinci basamakta çalışan aile hekimlerinin OSB'nin tanı kriterleri ve klinik bulguları açısından kısmen yeterli bilgiye sahip olduğu saptanmıştır. Ayrıca tecrübeye dayalı öğrenmenin OSB konusunda etkili bir faktör olduğu sonucuna varılmıştır (69).

Gaziantep'de yapılan bir yüksek lisans tez çalışmasında, hemşire ve ebelerin otizm ve erken tanısına yönelik bilgi düzeyleri incelenmiştir. Çalışmanın örneklemini, çocuk klinikleri ve çocuk acil servislerinde görev yapan toplam 248 hemşire ve ebeler oluşturmuştur. Araştırmanın verileri araştırmacılar tarafından literatür taranarak hazırlanmış bir soru formu ile toplanmıştır. Hemşire ve ebeler 100 puan üzerinden ortalama 71.31 ± 17.74 puan almıştır. Çalışmada, hemşire ve ebelerin otizme yönelik bilgi düzeylerinin iyi olduğu sonucuna varılmıştır (10).

Marmara Hemşirelik Fakültesi ve Tıp Fakültesi öğrencilerinin otizm farkındalıklarının araştırıldığı bir çalışmada, "Knowledge about childhood autism among health workers (KCAHW)" ölçeği (70) kullanılmış; öğrencilerin farkındalık düzeyleri % 8'inde "yüksek" (15-19); % 70.9'unda "orta" (8-15) ve % 21.1'inde "düşük" (0-7) saptanmıştır (71). Yine KCAHW ölçeği kullanılarak son sınıfta okuyan tıp fakültesi, hemşirelik ve psikoloji bölümü öğrencilerinin otizm bilgi düzeylerinin araştırıldığı bir çalışmada, öğrenciler 19 puan üzerinden ortalama 10.67 puan almış ve bilgi düzeylerinin düşük olduğu sonucuna varılmıştır (68).

Erden ve arkadaşlarının çalışmasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı'nda otizm tanısı almış çocukların aileleri ile yüz yüze görüşmeler yapılmış ve çocuk hekimlerinin erken tanıdaki ve yönlendirmedeki rolü araştırılmıştır. Yeni tanı alan 125 çocuğun ailesiyle yapılan görüşmeler sonucunda çocukların sadece 14'ünde (% 11.2) çocuk hekimleri otizm belirtilerini fark etmişlerdir. Bu araştırma, çocukları düzenli olarak izleyen çocuk hekimlerinin otizm belirtilerini fark etme ve aileyi yönlendirme konusunda bilgi, beceri ve tutumlarında eksiklikler olduğunu göstermiştir (35).

Rahbar ve arkadaşlarının 2007 yılında Pakistan'daki genel pratisyenlerin otizm hakkındaki bilgi ve tutumlarını değerlendirdiği çalışmalarında, 348 pratisyen hekimden sadece % 44.6'sı (148 kişi) otizmi daha önce duyduklarını bildirmişlerdir. Bunların da % 42'si (62 kişi) otizm hakkında kendi pratik hayatlarında kullanılabilir bilgiye sahip olduklarını belirtmişlerdir. Verilere göre 30 yaşından küçük olan ve son 5 yılda mezun olan pratisyenlerin otizm hakkında bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu çalışma, Pakistan'daki pratisyen hekimlerin otizm hakkındaki bilgi düzeylerinin yetersiz olduğunu ortaya koymuştur (42). Rahbar ve arkadaşları tarafından oluşturulan "Otizm Spektrum Bozukluğu Bilgi ve Tutum Ölçeği" nin ilk Türkçe versiyonu 2013 yılında Sabuncuoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (43).

Sivas İl Merkezi'ndeki ASM'lerde görev yapan sağlık çalışanlarının OSB'ye yönelik bilgi, tutum ve farkındalıklarını belirlemek amacıyla yaptığımız çalışmamızda; Rahbar tarafından oluşturulmuş olan "Otizm Spektrum Bozukluğu Bilgi ve Tutum Ölçeği" (42) ile Lülecı ve arkadaşları tarafından oluşturulmuş "OSB Farkındalık Anketi" (44) kullanıldı. Değerlendirmeler hem katılımcıların ankette verdikleri yanıtlar hem ortalama puanlar üzerinden yapıldı. Aile hekimlerinin OSB bilgi-tutum ölçek puan ortalaması 5 üzerinden 3.47 ± 0.31 iken, ASE'lerin OSB bilgi-tutum ölçek puan ortalaması 3.36 ± 0.32 saptandı. Aile hekimlerinin OSB farkındalık anket puan ortalaması 3.42 ± 0.34 iken, ASE'lerin OSB farkındalık anket puan ortalaması 3.32 ± 0.30 'du. Rahbar'ın orijinal çalışmasında, Pakistan'daki pratisyen hekimlerin otizm hakkında bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada hekimlerin bilgi düzeyinin değerlendirilmesi sorulara verdikleri yanıtlar üzerinden yapılmıştır (42). Aynı ölçeği kullanan Sabuncuoğlu ve ark.'nın çalışmasına, Türkiye genelinde dokuz ilden toplam 313 aile hekimliği asistanı (AHA) dahil edilmiştir. Bu çalışmada ölçek puanlaması olumlu ifadelerde "1", olumsuz ifadelerde "-1", "karasızım" "0" olacak şekilde yapılmış, ortalama anket puanı ile değişkenler karşılaştırılmıştır. Çalışmadan elde edilen verilere göre AHA'ların OSB konusundaki bilgi düzeylerinin düşük olduğu sonucuna varılmıştır (43). İstanbul'da 2015 yılında yapılan bir

çalışmada, eczacıların otizm hakkındaki bilgi, tutum ve farkındalıklarını değerlendirmek için Rahbar (42) tarafından oluşturulan ölçek kullanılmıştır. Çalışmada gönüllü 141 eczacının verdiği yanıtlar frekans hesaplamasıyla değerlendirilmiştir. OSB'nin genel özellikleri ile ilgili eczacıların bilgi düzeylerinin yeterli olmadığı sonucuna varılmıştır (44). Çalışmamızdan elde ettiğimiz sonuçlar literatürle benzer niteliktedir. Birinci basamakta görev yapan sağlık çalışanlarının OSB'ye yönelik bilgi, tutum ve farkındalıklarının yeteri kadar yüksek olmadığı, bu nedenle aile hekimleri ve ebeler OSB ile ilgili eğitim programları düzenlenmesi gerektiği kanaatindeyiz. Ancak ülkemizde sağlık çalışanlarının OSB hakkında bilgi, tutum ve farkındalıklarını belirlemek üzere kullanılan, geçerlik güvenirliği yapılmış bir ölçek bulunmamaktadır. Çalışmamızın en önemli kısıtlılığı budur.

Çalışmamızda, hekimlerin bilgi düzeyi ve farkındalıkları hemşire ve ebelerden yüksek bulundu. Türkiye'de hemşirelik ve tıp fakültesi birinci sınıf öğrencilerinin otizm farkındalıklarının araştırıldığı bir çalışmada öğrencilerin farkındalık düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır (71). Bu durum çalışmaya dahil edilen öğrencilerin birinci sınıf olmasından kaynaklanıyor olabilir. Nijerya'da son sınıfta okuyan tıp fakültesi, hemşirelik ve psikoloji öğrencilerinin otizm hakkında bilgi düzeylerinin araştırıldığı bir çalışmada, tıp fakültesi öğrencilerinin bilgi düzeyleri diğerlerine göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır (68). Aldıkları eğitim süresinin ve müfredatın farklı olması nedeniyle hekimlerin bilgi düzeylerinin ebe ve hemşirelerden yüksek olması beklenen bir durumdur.

Çalışmaya katılan hekimlerin % 72.2'si, ASE'lerin % 79.5'i daha önce OSB ile ilgili herhangi bir bilgilendirme programına katılmadıklarını ifade etti. Bakır'ın çalışmasında hemşire ve ebelerin çok büyük bir bölümünün (% 92.8) otizmle ilgili eğitim almadığı saptanmıştır (10). Bu bulgu bizim çalışmamızla benzer niteliktedir.

Çalışmamızda aile hekimlerinin OSB bilgi-tutum ölçek puanları cinsiyete göre karşılaştırıldığında farklılık istatistiksel olarak önemli olup, kadın hekimlerin bilgi düzeyleri daha yüksekti ($p=0.023$). Sabuncuoğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada benzer olarak kadın AHA'ların ölçek puan ortalamaları erkek AHA'ların ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur. Cinsiyetler arası bu farklılığın kadınların anne olma içgüdüüne bağlı duyarlılıklarından kaynaklanıyor olabileceği düşünülmüştür (43). Yine Lülecı ve ark. çalışmasında kız öğrencilerin otizm farkındalık düzeyleri erkek öğrencilerden yüksek saptanmıştır (71). Bu durum kız öğrencilerin kardeş bakımında daha etkin olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarının yaş gruplarına göre OSB bilgi-tutum ölçek puanları karşılaştırıldığında farklılık istatistiksel olarak önemsizdi. Ancak aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarının OSB bilgi-tutum ölçek puanları 40 yaş altında daha yüksekti. Literatürde, genç doktorların OSB bilgi düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Sabuncuoğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada AHA'ların yaşları ile OSB ölçek puanları arasındaki ilişki incelendiğinde 26 yaş ve altındaki hekimlerin bilgi düzeylerinin 35 yaş ve üstündeki hekimlerden daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durumun, yaşça büyük olan hekimlerin mesleki tükenmişlik yaşamalarından kaynaklanabileceği düşünülmüştür (43). Yine Rahbar ve arkadaşlarının çalışmasında 30 yaş altındaki hekimlerin bilgi düzeyi daha yüksek bulunmuştur (42). Ancak bizim çalışmamızda genç doktorların sayısı az olduğu için bu durum değerlendirilemedi. Çalışmamıza katılan hekimlerin yaş ortalaması 43.9 olup sadece biri otuz yaş altındaydı.

Çalışmamızda çocuk sahibi olma durumuna göre hekimlerin OSB bilgi-tutum ölçek puanları karşılaştırıldığında farklılık istatistiksel olarak önemli olup, çocuk sahibi olan hekimlerin bilgi düzeyleri daha yüksekti ($p=0.013$). Literatürde, çocuk istismarı ve ihmali konusunda çocuk sahibi olan hekimlerin bilgi düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (72). Bu da, çocuk sahibi olan hekimlerin normal çocuk gelişimi konusunda daha deneyimli olmalarından kaynaklanabileceğini düşündürmektedir.

Kendisine kayıtlı nüfusta OSB'li bir birey olan ve olmayan aile sağlığı elemanlarının OSB bilgi-tutum ölçek puanları karşılaştırıldığında farklılık istatistiksel olarak önemli olup, kendisine kayıtlı nüfusta OSB'li bir birey olan ASE'lerin bilgi düzeyi daha yüksekti ($p=0.011$). Kara ve arkadaşlarının (72) doktorların çocuk istismarı ve ihmali konusundaki çalışmasında, istismar olgusu ile karşılaşan hekimlerin bilgi düzeyi, olgu ile karşılaşmayanlara göre anlamlı oranda yüksek bulunmuştur. Bu durum mesleki tecrübenin bilgi düzeyini belirleyen önemli bir etmen olduğunu göstermektedir.

Ebelerin meslekteki çalışma sürelerine göre OSB farkındalık anket puanları karşılaştırıldığında farklılık istatistiksel olarak önemli olup, çalışma süresi 20 yıldan fazla olan ebelerin farkındalıkları daha düşüktü ($p=0.031$). Bakır'ın çalışmasında 11 yıl ve üstü süredir çalışan hemşire ve ebelerin otizm ve erken tanısına yönelik bilgi düzeyinin 1-5 ve 6-10 yıl arası çalışan hemşire ve ebelere göre daha düşük olduğu saptanmıştır (10). Son yıllarda ülkemizde engelli ve otizmlili bireylere yönelik olumlu gelişmeler yaşanmaktadır. OSB ile ilgili yasal düzenlemeler, sivil toplum kuruluşlarının bilinçlendirme çabaları ve üniversitelerde çalışmalar artmıştır. Eğitim veren kurumlarda OSB ile ilgili çalışmaların artması genç ebelerin bu konudaki farkındalığını artırmış olabilir.

Aile hekimlerinin ve ASE'nin OSB bilgi-tutum ölçeğindeki doğru ve yanlış ifadelere verdikleri yanıtlar incelenmiştir. OSB bilgi-tutum ölçeğindeki bilgi düzeyini değerlendiren maddelerden ilki: "*Otizm spektrum bozukluğu olan çocuklar ailelerine karşı kayıtsızlık sergiler.*" olumlu bir ifade olup aile hekimlerinin % 63.3'ü; ASE'lerin % 40'ı bu maddeye doğru yanıt vermişlerdir. Rahbar ve arkadaşlarının çalışmasında pratisyen hekimlerin % 64.5'i; Sabuncuoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında AHA'nın % 49.5'i; Lüleci ve arkadaşlarının çalışmasında eczacıların % 50.4'ü bu maddeyi doğru yanıtlamıştır. Çalışmamızın sonuçları diğer çalışmalarla benzerdir. Fakat OSB'li bireylerin sosyal özelliklerine yönelik bu maddeye ASE'lerin daha düşük oranda doğru yanıt verdiği görülmüştür.

Bilgi düzeyini değerlendiren 2. madde; "*Otizm yüksek sosyoekonomik düzeyde daha yaygındır.*" olumsuz bir ifade olup aile hekimlerinin % 54.4'ü; ASE'lerin % 66.6'sı doğru yanıt vermişlerdir. Rahbar ve arkadaşlarının çalışmasında pratisyen hekimlerin % 46.7'si; Sabuncuoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında AHA'nın % 36.7'si bu maddeyi doğru yanıtlamıştır. Çalışmamızda OSB'nin yaygınlığına yönelik bu maddeye aile hekimlerinin ve ASE'lerin daha yüksek oranda doğru yanıt verdiği görülmüştür.

Bilgi düzeyini değerlendiren maddelerden; "*Otizm spektrum bozukluğu olan çocuklar cana yakın değildir.*" olumlu bir ifade olup aile hekimlerinin sadece % 36.7'si; ASE'lerin % 30.8'i doğru yanıt vermişlerdir. Rahbar ve arkadaşlarının çalışmasında pratisyen hekimlerin % 32.8'i; Lüleci ve arkadaşlarının çalışmasında eczacıların % 36.9'u bu maddeyi doğru yanıtlamıştır. Çalışmamızın sonuçları diğer çalışmalarla benzerdir. OSB'li bireylerin sosyal özelliklerine yönelik bu maddeye aile hekimlerinin ve ASE'lerin yüksek oranda yanlış yanıt vermesi kaygı vericidir.

Bilgi düzeyini değerlendiren maddelerden "*Otizm şizofreninin bir belirtisidir.*" olumsuz bir ifade olup aile hekimlerinin % 83.4'ü; ASE'lerin % 73.1'i doğru yanıt vermişlerdir. Rahbar ve arkadaşlarının çalışmasında pratisyen hekimlerin % 37.7'si; Sabuncuoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında AHA'nın % 50.8'i; Lüleci ve arkadaşlarının çalışmasında eczacıların % 34'ü bu maddeyi doğru yanıtlamıştır. Çalışmamızda bu maddeye aile hekimlerinin ve ASE'lerin daha yüksek oranda doğru yanıt verdiği görülmüştür.

Bilgi düzeyini değerlendiren maddelerden; *"Otizm önlenbilir."* olumsuz bir ifade olup aile hekimlerinin sadece % 33.3'ü; ASE'lerin % 25.6'sı doğru yanıt vermişlerdir. Rahbar ve arkadaşlarının çalışmasında pratisyen hekimlerin % 45'i; Sabuncuoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında AHA'nın % 34.8'i; Lüleci ve arkadaşlarının çalışmasında eczacıların % 33.4'ü bu maddeyi doğru yanıtlamıştır. Ancak OSB'nin genel özelliklerine yönelik bu maddeye aile hekimlerinin ve ASE'lerin yüksek oranda yanlış yanıt vermesi; ASM'lerde görev yapan sağlık çalışanlarına OSB konusunda bilgilendirici eğitim programları düzenlenmesi gerektiğini düşündürmektedir.

OSB ölçeğinde tutuma yönelik maddelerden *"Otizm spektrum bozukluğu olan çocukların özel eğitim alması gerektiğini düşünüyor musunuz?"* maddesine hekimlerin % 63.3'ü *"kesinlikle katılıyorum"*; % 31.1'i *"katılıyorum"* yanıtı verirken; ASE'lerin % 66.7'si *"kesinlikle katılıyorum"*; % 24.4'ü *"katılıyorum"* yanıtı vermiştir. Rahbar ve arkadaşlarının çalışmasında pratisyen hekimlerin % 38.7'si bu maddeyi *"kesinlikle katılıyorum"*; % 41.9'u *"katılıyorum"* şeklinde yanıtlamıştır. Çalışmamızda aile hekimlerinin ve ASE'lerin OSB'li çocukların özel eğitime ihtiyacı konusunda daha duyarlı olduğu görülmüştür.

Tutuma yönelik maddelerden *"Otizmin bu toplumda etiketlenmeye yol açtığını düşünüyor musunuz?"* maddesine hekimlerin % 72.2'si; ASE'lerin % 43.6'sı katıldıklarını ifade etmişlerdir. Rahbar ve arkadaşlarının çalışmasında pratisyen hekimlerin % 61.3'ü; Lüleci ve arkadaşlarının çalışmasında eczacıların % 60'ı bu maddeye katıldıklarını ifade etmişlerdir.

OSB farkındalık anketindeki maddelerden *"Otizm spektrum bozukluğu olan çocuklar diğer arkadaşlarıyla zorlanmadan beraber oyun oynayabilir, çalışma yapabilir."* maddesi olumsuz bir ifade olup aile hekimlerinin % 45.6'sı; ASE'lerin % 33.3'ü doğru yanıt vermişlerdir. Lüleci ve arkadaşlarının çalışmasında eczacıların % 35.4'ü bu maddeyi doğru yanıtlamıştır. Çalışmamızın sonuçları bu çalışmayla benzerdir. Ancak OSB'li bireylerin temel özelliklerine yönelik bu maddeye aile hekimlerinin ve ASE'lerin yarısından azının doğru yanıt vermesi kaygı vericidir.

OSB farkındalık anketindeki maddelerden *"Göz teması kurmamak ve bundan kaçınmak otizmin bir bulgusudur."* maddesi olumlu bir ifade olup aile hekimlerinin % 86.7'si; ASE'lerin % 71.8'i katıldıklarını ifade etmişlerdir. Lüleci ve arkadaşlarının çalışmasında eczacıların % 65.3'ü bu maddeye katılmıştır. Çalışmamızda OSB'nin genel özelliklerine yönelik bu maddeye aile hekimlerinin ve ASE'lerin daha yüksek oranda doğru yanıt verdiği görülmüştür.

Farkındalık maddelerden *"Otizm spektrum bozukluğu olan çocuklar işaret parmağıyla gösterilen bir nesneye kolaylıkla odaklanabilirler."* maddesi olumsuz bir ifade olup aile hekimlerinin % 46.7'si doğru yanıt vermiştir. ASE'lerin % 37.2'si doğru yanıt verirken % 38.5'i *"kararsızım"* yanıtı vermiştir. Lüleci ve arkadaşlarının çalışmasında eczacıların % 41.1'i doğru cevaplamıştır. Çalışmamızın sonuçları bu çalışmayla benzerdir. Birinci basamakta çocuk izlemlerini gerçekleştiren aile sağlığı elemanlarının mutlaka değerlendirmesi gereken konulardan biri; otizmdir. Çocuğun parmakla gösterilen bir nesneye bakıp bakmaması OSB açısından önemli ve kolay anlaşılabilir bir belirtidir (4, 24).

Farkındalık maddelerinden *"Otizm spektrum bozukluğu olan çocuklar matematik, resim, müzik gibi alanlarda çok başarılı olabilirler."* maddesi olumlu bir ifade olup aile hekimlerinin % 82.2'si; ASE'nin % 60.3'ü katıldıklarını ifade etmişlerdir. Lüleci ve arkadaşlarının çalışmasında eczacıların % 58.9'u bu maddeye katılmıştır. Çalışmamızda OSB'li bireylerin özelliklerine yönelik bu maddeye aile hekimlerinin ve ASE'lerin daha yüksek oranda doğru yanıt verdikleri görülmüştür.

Farkındalık maddelerinden *"Otizm spektrum bozukluğu olan çocuklar kendilerine seslenince hemen yanıt verirler."* maddesi olumsuz bir ifade olup aile hekimlerinin % 68.9'u; ASE'nin % 60.3'ü bu maddeye doğru yanıt vermişlerdir. Lüleci ve arkadaşlarının çalışmasında eczacıların % 51.7'si bu maddeyi doğru yanıtlamıştır. Çalışmamızda OSB'li bireylerin genel özelliklerine yönelik bu maddeye aile hekimlerinin ve ASE'lerin daha yüksek oranda doğru yanıt verdikleri görülmüştür.

Farkındalık maddelerinden *"Otizm spektrum bozukluğu ilaçla düzeltilebilen bir hastalıktır."* maddesi olumsuz bir ifade olup aile hekimlerinin % 61.1'i katılmadıklarını ifade etmişlerdir. ASE'nin % 35.9'u katılmadıklarını belirtirken % 51.3'ü *"kararsızım"* yanıtı vermiştir. Lüleci ve arkadaşlarının çalışmasında eczacıların % 44'ü bu maddeye katılmadıklarını ifade etmişlerdir. Çalışmamızda OSB'nin tedavisine yönelik bu maddeye ASE'lerin doğru yanıt oranlarının düşük olması; OSB konusunda farkındalığı artırıcı çalışmaların gerçekleştirilmesi gerektiğini düşündürmektedir.

6. SONUÇ

A- Çalışmanın ilk aşaması olan Sivas İl Merkezi'nde OSB yaygınlığı ile ilgili sonuçlar;

- Çalışmamız, genel toplum taraması için planlanan ve riskli saptanan çocukların daha ayrıntılı değerlendirilmesini sağlayan nitelikli bir çalışmadır. Ayrıca, Sivas'daki OSB yaygınlığı konusunda bilgi verebilecek ilk çalışmadır.
- Sivas İl Merkezi'ni temsil edebilecek şekilde belirlenmiş 8 ASM'de 18-72 aylık toplam 752 çocuğa M-CHAT tarama ölçeği uygulandı.
- Taramada yer alan 752 çocuktan 47'si (% 6.25) riskli saptandı. Riskli saptanan çocukların ailesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne yönlendirildi. Bu çocukların 20'si Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı tarafından değerlendirildi.
- Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı ve Klinik Psikolog tarafından değerlendirilen 20 olgunun 7'si normal saptanırken, 4'ü OSB tanısı, 9'u başka psikiyatrik tanıları aldı. OSB dışında başka tanı alan 9 olgunun 2'si "uyaran eksikliği", 3'ü "sınırdaki bilişsel kapasite ve uyaran eksikliği", 2'si "hafif düzeyde bilişsel gelişim geriliği ve uyaran eksikliği", 2'si "orta düzeyde bilişsel gelişim geriliği" tanıları aldı. Bunların 4'ü aynı tanıları ile önceden takipli iken, 5'i yeni tanı aldı.
- OSB'li 4 olgunun 2'si daha önce OSB ile takipli iken, 2'si yeni tanı aldı. Sivas İl Merkezi'nde OSB yaygınlık oranı % 0.53 (188'de 1) olarak saptandı.

B- Çalışmanın ikinci aşaması olan; aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının OSB'ye yönelik bilgi, tutum ve farkındalıkları ile ilgili sonuçlar;

- Çalışmamız, ülkemizde birinci basamakta görev yapan sağlık çalışanlarının OSB konusunda bilgi, tutum ve farkındalıklarının değerlendirildiği nadir çalışmalardan biridir.
- Çalışmamıza Sivas İl Merkezi'ndeki ASM'lerde görev yapan 90 aile hekimi, 78 ASE olmak üzere toplam 168 sağlık çalışanı katıldı.
- Aile hekimlerinin OSB bilgi-tutum ölçek puan ortalaması 3.47 ± 0.31 iken, ASE'lerin OSB bilgi-tutum ölçek puan ortalaması 3.36 ± 0.32 idi.
- Aile hekimlerinin OSB farkındalık anket puan ortalaması 3.42 ± 0.34 iken, ASE'lerin OSB farkındalık anket puan ortalaması 3.32 ± 0.30 'du.
- ASM'lerde görev yapan aile hekimlerinin ve ASE'lerin OSB konusundaki bilgi, tutum ve farkındalıklarında eksiklikler olduğu görüldü.

- Hekimlerin OSB bilgi düzeyleri ve farkındalıkları hemşire ve ebelerden yüksekti.
- Kadın hekimlerin bilgi düzeyleri erkeklerden daha yüksekti.
- Çocuk sahibi olan hekimlerin bilgi düzeyleri, olmayanlara göre daha yüksekti.
- Kendisine kayıtlı nüfusta OSB'li bir birey olan ASE'lerin bilgi düzeyleri, kayıtlı nüfusta OSB'li bir birey olmayanlara göre daha yüksekti.
- Yirmi yıldan uzun süredir meslekte çalışan ebelerin OSB farkındalık puanları, yirmi yıldan az çalışanlara göre düşüktü.



7. ÖNERİLER

- Otizm spektrum bozukluğu olan bireylerin erken fark edilebilmesi için, bebek ve çocuk izlemleri yapılan ASM'lerde görev yapan sağlık personeline OSB'de erken tanı ve erken tanıda aile hekimi ve ebelerin rollerini vurgulayan eğitim programlarının düzenlenmesi uygun olabilir.
- Ülkemizde birinci basamakta görev yapan sağlık çalışanlarının, kendilerine kayıtlı olan bebek ve çocukları 18-36 aylar arasında bir kez OSB açısından değerlendirmesi ve şüphelenilen durumlarda aileyi bilgilendirerek, ilgili uzmanlık alanına yönlendirmesi konusunda bilgilendirilmesi uygun olabilir.
- OSB ile ilgili tarama ve izleme çalışmalarının yaygınlaştırılması ve bu taramalarda M-CHAT ölçeğinin kullanımı ile ilgili çalışmalar artırılabilir.
- OSB konusunda, 1-3 yaş arası çocuğu olan ailelere farkındalığı artırıcı uygulamalar (aile eğitim seminerleri, broşürler, kitapçıklar, medya haberleri vb.) gerçekleştirilebilir.
- Sağlık çalışanlarına konuyla ilgili broşür, e posta vb. ile güncel bilgiler ulaştırılabilir.
- Türkiye genelinde OSB yaygınlığının saptanması için kurumlararası bütüncül bir takip sistemi kurulabilir ve izlem protokolleri oluşturulabilir.
- Taramaların ülkemiz şartlarında uygulanması ile ilgili, kimlerin uygulayacağı, ne zaman ve nasıl uygulanacağı, riskli çıkanların en kısa sürede "Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı" tarafından değerlendirilmesi konularında strateji belirlemek için, bölümler arası işbirliğine ve kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

8. KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-V, 2013.
2. Newschaffer CJ, Croen LA, Daniels J, Giarelli E, Grether JK, Levy SE, vd. The Epidemiology of Autism Spectrum Disorders. *Annu Rev Public Health* 28(1):235–58, 2007.
3. Kose S, Ozbaran B, Yazgan Y, Baytunca MB, Bildik T, Erermis S, vd. The Psychometric Properties of Turkish Version of Autism Spectrum Screening Questionnaire in Children aged 6-18 years. *Turkish J Psychiatry* (January), 2016.
4. TC Sağlık Bakanlığı. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri, Ankara, 2015.
5. Motavalli Mukaddes N. Bebeklikten Erişkinliğe Otizm Aileler için Klavuz. Nobel Tıp Kitapevleri, 236 s., 2017.
6. Glascoe F. Early detection of developmental and behavioral problems. *Pediatr Rev* 21(8):272–80, 2000.
7. Steiner AM, Goldsmith TR, Snow A V., Chawarska K. Practitioner's Guide to Assessment of Autism Spectrum Disorders in Infants and Toddlers. *J Autism Dev Disord* 42(6):1183–96, 2012.
8. Filipek PA, Accardo PJ, Ashwal S, Baranek GT, Cook EH, Dawson G, vd. Practice parameter: Screening and diagnosis of autism Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Child Neurology Society. *Am Acad Neurol* 55(4):468–79, 2000.
9. Bodur Ş, Soysal AŞ. Otizmin Erken Tanısı ve Önemi. *Türk Tabipler Birliği Derg* 13(10):394–8, 2004.
10. Bakir E. Hemşirelerin ve Ebelerin Otizm ve Erken Tanısına Yönelik Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı, 2013.
11. Johnson CP, Myers SM. Identification and Evaluation of Children With Autism Spectrum Disorders. *Pediatrics* 120(5):1183–215, 2007.
12. Kondolot M. Otizm Spektrum Bozukluklarının tanısında M-CHAT (Modified Checklist for Autism in Toddlers) tarama testinin geçerlilik-güvenilirliği, Kayseri'de 18-24 aylık çocuklarda Otizm Spektrum Bozukluklarının sıklığı ve etiyolojide bazı çevresel faktörlerin rolü. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sosyal Pediatri, 2014.
13. Kara B. İstanbul'da Yaygın Gelişimsel Bozuklukların Tanısında M-CHAT Testinin Geçerliliği. Yandal Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Nörolojisi, 2009.
14. Yıkgeç A. A Validity Study of the Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT) on a Turkish Sample. Master of Arts in Psychology, Boğaziçi University, 2005.
15. Kanner L. Autistic disturbances of affective contact. *Nerv. Child* 2:217–50, 1943.
16. American Psychiatric Association. DSM-IV, 2000.
17. Prevalence of autism spectrum disorders--Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 14 sites, United States, 2008, 2012.
18. Christensen DL, Baio J, Braun KVN, Bilder D, Charles J, Constantino JN, vd. Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years - Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2012. *Morb Mortal Wkly report Surveill Summ* 65(3):1–23, 2016.
19. Kim YS, Leventhal BL, Koh Y-J, Fombonne E, Laska E, Lim E-C, vd. Prevalence of Autism Spectrum Disorders in a Total Population Sample. *Am J Psychiatry*

- 168(9):904–12, 2011.
20. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. Otizm Spektrum Bozukluğu Aile Bilgilendirme Rehberi, 2014.
 21. Lichtenstein P, Carlström E, Råstam M, Gillberg C, Anckarsäter H. The genetics of autism spectrum disorders and related neuropsychiatric disorders in childhood. *Am J Psychiatry* 167(11):1357–63, 2010.
 22. Ozonoff S, Young GS, Carter A, Messinger D, Yirmiya N, Zwaigenbaum L, vd. Recurrence Risk for Autism Spectrum Disorders: A Baby Siblings Research Consortium Study. *Pediatrics* 128(3):e488–95, 2011.
 23. Abrahams BS, Geschwind DH. Connecting genes to brain in the autism spectrum disorders. *Arch. Neurol.*67(4):395–9, 2010.
 24. Motavalli Mukaddes N. Otizm Spektrum Bozuklukları Tanı ve Takip. Nobel Tıp Kitapevleri, 202s., 2013.
 25. Deborah F, Helt M, Brennan L. The Activity Kit for Babies and Toddlers at Risk. Nobel Tıp Kitapevleri, 2016.
 26. Landa RJ. Developmental Features and Trajectories Associated with Autism Spectrum Disorders in Infants and Toddlers, 2011.
 27. Seltzer MM, Krauss MW, Shattuck PT, Orsmond G, Swe A, Lord C. The Symptoms of Autism Spectrum Disorders in Adolescence and Adulthood. *J Autism Dev Disord* 33(6):565–81, 2003.
 28. Volkmar F, Klin A. Issues in the classifications of Autism and Related Conditions. 2005.
 29. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Synopsis of Psychiatry: Behavioral Science/ Clinical Psychiatry 11Th Edition. 2015
 30. Lovaas OI. Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *J Consult Clin Psychol* 55(1):3–9, 1987.
 31. Howard JS, Sparkman CR, Cohen HG. A comparison of intensive behavior analytic and eclectic treatments for young children with autism. 26(4):359–83, 2005.
 32. Howard C, Amerine-Dickens M, Smith T. Early intensive behavioral treatment: replication of the UCLA model in a community setting. *J Dev Behav Pediatr* :145–55, 2006.
 33. McEachin JJ, Smith T, Lovaas OI. Long-term outcome for children with autism who received early intensive behavioral treatment. *Am J Ment Retard* 97(4):359–72, 1993.
 34. Shattuck PT, Durkin M, Maenner M, Newschaffer C, Mandell DS, Wiggins L, vd. The timing of identification among children with an autism spectrum disorder: Findings from a population-based surveillance study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 48(5):474–83, 2009.
 35. Erden G. Çocuk Hekimleri ve Otizm: Tanıda Zorluklar. *Türkiye Klin J Pediatr* 19(1):9–15, 2010.
 36. Baron-Cohen S, Wheelwright S, Cox A, Baird G, Charman T, Swettenham J, vd. Early identification of autism by the CHECKlist for Autism in Toddlers (CHAT). *J R Soc Med* 93(10):521–5, 2000.
 37. Robins Fein, D., Barton, M., & Green, J. D. The modified-checklist for autism in toddlers: An initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. *J Autism Dev Disord* 31(2):131–44, 2001.
 38. TC Sağlık Bakanlığı. Tohum Otizm Vakfı. Otizm Tarama Projesi. İstanbul, 2008
 39. AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMA YÖNETMELİĞİ, Resmi Gazete Tarihi: 25.01.2013, Resmi Gazete Sayısı: 28539.
 40. Doğan DG. Gelişimi İzleme ve Destekleme Rehberi 0-2 Yaş Standardizasyon Çalışması. 2006.

41. Matson JL, Cervantes PE, Peters WJ. Autism spectrum disorders: management over the lifespan. *Expert Rev. Neurother.*16(11):1301–10, 2016.
42. Rahbar MH, Ibrahim K, Assassi P. Knowledge and attitude of general practitioners regarding autism in Karachi, Pakistan. *J Autism Dev Disord* 41(4):465–74, 2011.
43. Sabuncuoğlu DM, Cebeci S, Rahbar MH. Autism Spectrum Disorder and Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Knowledge and Attitude of Family Medicine Residents in Turkey Otizm Spektrum Bozukluğu ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite. *Turkish J Fam Med Prim Care* (3), 2015.
44. Luleci NE, Hidiroglu S, Karavus M, Karavus A, Sanver FF, Ozgur F, vd. The pharmacists' awareness, knowledge and attitude about childhood autism in Istanbul. *Int J Clin Pharm* 38(6):1477–82, 2016.
45. Wray J WK. The Prevalence of Autism in Australia Can it be established from existing data? Overview and Report The Prevalence of Autism in Australia. 2006.
46. Hossain MD, Ahmed HU, Jalal Uddin MM, Chowdhury WA, Iqbal MS, Kabir RI, vd. Autism Spectrum disorders (ASD) in South Asia: A systematic review. *BMC Psychiatry* 17(1):1–7, 2017.
47. Williams JG. Systematic review of prevalence studies of autism spectrum disorders. *Arch Dis Child* 91(1):8–15, 2005.
48. Baron-Cohen S, Scott FJ, Allison C, Williams J, Bolton P, Matthews FE, vd. Prevalence of autism-spectrum conditions: UK school-based population study. *Br J Psychiatry* 194(6):500–9, 2009.
49. Fombonne E. Epidemiology of pervasive developmental disorders. *Pediatr. Res.*65(6):591–8, 2009.
50. Rice C. Prevalence of autism spectrum disorders: autism and developmental disabilities monitoring network, United States, 2006.[Internet]. *Morb. Mortal. Wkly. Rep.*58:1–20. Available from: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss5810a1.htm>. 2009.
51. Topçu S, Ulukol B. Çocuklarda Otizm Spektrum Bozukluğunun M-CHAT (Değiştirilmiş Erken Çocukluk Dönemi Otizm Tarama Ölçeği) ve TIDOS (Üç Maddelik Direk Gözlemsel Tarama) Tarama Testleri İle Değerlendirilmesi. [Internet]. Available from: http://www.turkpediatriarsivi.com/materyal/buyuk/Sozel_bildiriler.pdf. 2017.
52. Yama B, Freeman T, Graves E, Yuan S, Karen Campbell M. Examination of the properties of the modified checklist for autism in toddlers (m-chat) in a population sample. *J Autism Dev Disord* 42(1):23–34, 2012.
53. Wong V, Hui L-HS, Lee W-C, Leung L-SJ, Ho P-KP, Lau W-LC, vd. A Modified Screening Tool for Autism (Checklist for Autism in Toddlers [CHAT-23]) for Chinese Children. *Pediatrics* 114(2):e166–76, 2004.
54. Seif Eldin A, Habib D, Noufal A, Farrag S, Bazaid K, Al-Sharbaty M, vd. Use of M-CHAT for a multinational screening of young children with autism in the Arab countries. *Int Rev Psychiatry* 20(3):281–9, 2008.
55. Eaves LC, Wingert H, Ho HH. Screening for autism: Agreement with diagnosis. *Autism* 10(3):229–42, 2006.
56. Dikmen U. Otistik Davranış Kontrol Listesi (ABC) ve Değiştirilmiş Erken Çocukluk Dönemi Otizm Tarama Ölçeği (M-CHAT)'in otistik çocukları belirleme yönünden karşılaştırması. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Özel Eğitim Ana Bilim Dalı Zihinsel Engelliler Öğretmenliği Bilim Dalı, 2008.
57. Gürkan K, Türkbay T. Yaygın Gelişimsel Bozukluklar ve İletişim Bozukluklarında İlk Başvuru Yaşları. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derg* 13(1):19–24, 2006.
58. Bhasin TK, Schendel D. Sociodemographic risk factors for autism in a US metropolitan area. *J Autism Dev Disord* 37(4):667–77, 2007.

59. Larsson HJ, Eaton WW, Madsen KM, Vestergaard M, Olesen AV, Agerbo E, vd. Risk factors for autism: Perinatal factors, parental psychiatric history, and socioeconomic status. *Am J Epidemiol* 161(10):916–25, 2005.
60. Reichenberg A, Gross R, Weiser M, Bresnahan M, Silverman J, Harlap S, vd. Advancing paternal age and autism. *Arch Gen Psychiatry* 63(9):1026–32, 2006.
61. Durkin MS, Maenner MJ, Newschaffer CJ, Lee L-C, Cunniff CM, Daniels JL, vd. Advanced Parental Age and the Risk of Autism Spectrum Disorder. *Am J Epidemiol* 168(11):1268–76, 2008.
62. Schmidt RJ, Hansen RL, Hartiala J, Allayee H, Schmidt LC, Tancredi DJ, vd. Prenatal vitamins, one-carbon metabolism gene variants, and risk for autism. *Epidemiology* 22(4):476–85, 2011.
63. Wang C, Geng H, Liu W, Zhang G. Prenatal, perinatal, and postnatal factors associated with autism: A meta-analysis. *Med (United States)* 96(18):1–7, 2017.
64. Lauritsen MB, Pedersen CB, Mortensen PB. Effects of familial risk factors and place of birth on the risk of autism: A nationwide register-based study. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip* 46(9):963–71, 2005.
65. Sabuncuoğlu DM, Özgün Araştırma Otizm Bilgi Düzeyi : Okul Öncesi E ğitimcileri Otizm Bilgi Düzeyi : Okul Öncesi E ğitimcileri Autism Knowledge : Preschool Educators. *Autism Knowledge; Preschool Educators Dudu Melek Er- Sabuncuoğlu. :28–52, 2016.*
66. Imran N, Chaudry MR, Azeem MW, Bhatti MR, Choudhary ZI, Cheema MA. A survey of Autism knowledge and attitudes among the healthcare professionals in Lahore, Pakistan. *BMC Pediatr* 11, 2011.
67. Heidgerken AD, Geffken G, Modi A, Frakey L. A survey of autism knowledge in a health care setting. *J Autism Dev Disord* 35(3):323–30, 2005.
68. State E. Factors influencing knowledge about childhood autism among final year undergraduate Medical , Nursing and Psychology students of University of. :1–7, 2010.
69. Tural CÜ, Malatya da birinci basamakta çalışan hekimlerin otizm spektrum bozukluğu ile ilgili bilgi tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. *Tıpta uzmanlık Tezi, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Malatya, 2016*
70. Muideen O Bakare, Peter O Ebigbo AOA and NCm. Clinical Practice and Epidemiology Executive function abnormalities in pathological gamblers. *Clin Pract Epidemiol Ment Heal* 6:1–6, 2008.
71. Lüleci NE, Hidiroglu S, Karavus M, Celik S, Cetiner D, Koc E, vd. A study exploring the autism awareness of first grade nursing and medical students in Istanbul, Turkey. *J Pak Med Assoc* 66(8):916–21, 2016.
72. Kara O, Caliskan D, Suskan E. Comparison of the levels of knowledge and approaches in relation with child abuse and neglect in residents of pediatrics, pediatricians and practitioners working in the province of Ankara. *Türk Pediatr Arşivi* :57–65, 2017.

9. ÖZGEÇMİŞ

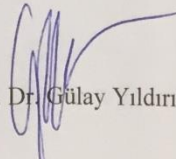
Adı ve Soyadı	: Hatice GÖLBAŞI
Doğum Yeri	: Tirebolu/ Giresun
Doğum Tarihi	: 29.10.1986
Medeni Durumu	: Evli ve 1 çocuk annesi
Tıp Eğitimi	: Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi (2005-2011)
Uzmanlık Eğitimi	: Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği
Yabancı Dili, Sınav ve Derecesi	: İngilizce (ÜDS: 75)

Bilimsel Çalışmaları

- Gölbaşı, H.,** Nemmezi Karaca, S., Dinç, N., Demirel, Y., " Zyban ve Champix'in Ücretsiz Dağıtımının Sigara Bırakma Başarısı Üzerine Etkisi", *15. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi, 27-30 Ekim, Ankara, 2016. (POSTER) (* Poster Birincilik Ödülü Kazanmıştır.)*
- Gölbaşı, H.,** Uzun, A., Nemmezi Karaca, S., Demirel, Y., " Sivas İl Merkezi'nde Otizm Spektrum Bozuklukları Yaygınlığı ", *10. Aile Hekimliği Araştırma Günleri, Bir Fikrim Var Bildirisi, 6-9 Nisan, Kayseri, 2017. (POSTER)*
- Nemmezi Karaca, S., **Gölbaşı, H.,** Biçer, A., Demirel, Y., " ROMATOİD ARTRİTE BAĞLI EKLEM AĞRISININ AKUPUNKTUR İLE TEDAVİSİ: OLGU SUNUMU", *16. Uluslararası Doğu Akdeniz Aile Hekimliği Kongresi, 11-14 Mayıs, Adana, 2017. (POSTER)*

10. EKLER

EK-1: Etik Kurul Onayı

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU				
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Sivas İl Merkezinde Otizm Spektrum Bozuklukları Yaygınlığı ve Sağlık Çalışanlarının Otizm Spektrum Bozukluklarına Yönelik Bilgi ve Tutumları		
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu		
	AÇIK ADRESİ:	Cumhuriyet Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başhekimlik Girişi Kampüsü, TR-58140 Merkez/Sivas		
	TELEFON	0 346 258 00 25		
	FAKS	0 346 258 00 24		
	E-POSTA	gokaek2014@gmail.com		
BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Yeltekin Demirel		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Aile Hekimliği		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı		
	DESTEKLEYİCİ	-		
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-		
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Uzmanlık tezi		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>
Etik Kurul Başkanının Unvanı/Adı/Soyadı: Doç. Dr. Gülay Yıldırım İmza: 				

GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI

Sivas İl Merkezinde Otizm Spektrum Bozuklukları Yaygınlığı ve Sağlık Çalışanlarının Otizm Spektrum Bozukluklarına Yönelik Bilgi ve Tutumları

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	ILAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
DİĞER:	<input type="checkbox"/>			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2017-01/31	Tarih: 20.01.2017		
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmannın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmannın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerden gerekli izin alınarak gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.			

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

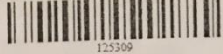
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, Helsinki Bildirgesi, Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Yönergesi
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Doç. Dr. Gülay Yıldırım


Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E	K	E	H	E	H	
Prof. Dr. Şahande Elagöz	Patoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Serpil Değerli	Parazitoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Naim Nur	Halk Sağlığı	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ercan Özdemir	Fizyoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Dığdem Eren	Diş Hastalıkları ve Tedavisi	Cumhuriyet Üniversitesi, Diş Hekimliği	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Sulhattin Arslan	Göğüs Hastalıkları	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Gülay Yıldırım	Tıp Tarihi ve Etik	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Zehra Gölbaşı	Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği	Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Ceylan Hepokur	Eczacılık Biyokimya	Cumhuriyet Üniversitesi, Eczalık Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

*: Toplantıda bulunma

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç. Dr. Gülay Yıldırım
İmza:

EK-2: Sivas Valiliği Halk Sağlığı Müdürlüğü İzni

Tarih:27.02.2017 08:06
Sayı:56303526-903.07.01-
E.00000125309

125309


T.C.
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
DAHİLİ TIP BİLİMLERİ BÖLÜM BAŞKANLIĞI

Sayı : 56303526-903.07.01
Konu : Dr.Hatice **GÖLBAŞI** Anket Çalışması

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Anabilim Dalınız araştırma görevlisi Hatice **GÖLBAŞI**'nın ASM'lerde kayıtlı 18-72 aylık çocukların ailelerine ve sağlık çalışanlarına 15/03/2017-15/07/2017 tarihleri arasında "Otizm Spektrum Bozukluğu Tarama Anketi, Aile Hekimi ve Sağlık Çalışanı Bilgi Düzeyi Anketi" başlıklı anket formlarını uygulamasının uygun görülmesi ile ilgili Sivas Valiliği Halk Sağlığı Müdürlüğü'nün 21/02/2017 tarihli ve 39800366 sayılı yazısı ekte gönderilmiştir. Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır
Prof.Dr.Ertuğrul BOLAYIR
Bölüm Başkanı

Ek: Dr. Hatice **GÖLBAŞI** Araştırma Talebi_
Ek_Tarama_20170224130335.pdf



T.C.
SİVAS VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü

SİVAS HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ - SİVAS HALK
SAĞLIĞI TOPLUM SAĞLIĞI HİZMETLERİ ŞUBE
MÜDÜRLÜĞÜ
21/02/2017 14.12.73192166 - 044 - E.135
00039500366

Sayı : 73192166/044
Konu : Araştırma Talebi Hk.

Cumhuriyet Üniversitesi Rektörlüğü
DAĞITIM YERLERİNE

İlgi: 20/02/2017 tarih ve 73192166-044-E.132 sayılı Olur.

Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı Araştırma Görevlisi Dr. Hatice GÖLBAŞI " Sivas İl Merkezinde Otizm Spektrum Bozuklukları Yaygınlığı ve Sağlık Çalışanlarının Otizm Spektrum Bozukluklarına Yönelik Bilgi ve Tutumları" konulu uzmanlık tez çalışmasını 15.03.2017 - 15.07.2017 tarihleri arasında ekli listede isimleri belirtilen ASM'lere kayıtlı 18-72 aylık çocukların ailelerine ve sağlık çalışanlarına "Otizm Spektrum Bozukluğu Tarama Anketi, Aile Hekimi ve Sağlık Çalışanı Bilgi Düzeyi Anketi" başlıklı anket formlarını uygulayabilmesi için alınan Olur ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ve rica ederim.

Uzm. Dr. Levent SAĞLAM
Halk Sağlığı Müdürü

Ekler:
Başvuru Formu
Olur

Dağıtım:
İbn-i Sina Toplum Sağlığı Merkezi Başkanlığı
Cumhuriyet Üniversitesi Rektörlüğü

21 Şubat 2017

...../...../2017...

e-İmza ile imzalanmıştır.

Üzayır GÜVENDİ

V.H.K.N.

Halk Sağlığı Müdürlüğü Yüceyurt Mh. Rahmi Günay Cd. No:3/L 58040/ SİVAS

Bilgi için: Nazmiye DELİCAN

Faks No: 0346 223 49 00

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanununa göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Unvan: Veri Hazırlama ve Kontrol İşlt.

E-Posta adresi: nazmiye.delican@sihas.gov.tr E-İmza Adresi: www.sivas-halk-saglik.gov.tr den 32.12.2017 tarihinde saat 10:53:46 tarihinde oluşturulmuştur. Bu belgeyi 0346 223 49 00'ye ulaşarak teyit edebilirsiniz.



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
SİVAS VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü

SİVAS HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ - SİVAS HALK
SAĞLIĞI TOPLUM SAĞLIĞI HİZMETLERİ ŞUBE
MÜDÜRLÜĞÜ



Sayı : 73192166/044
Konu : Araştırma Talebi

VALİLİK MAKAMINA

Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı Araştırma Görevlisi Dr. Hatice GÖLBAŞI " Sivas İl Merkezinde Otizm Spektrum Bozuklukları Yaygınlığı ve Sağlık Çalışanlarının Otizm Spektrum Bozukluklarına Yönelik Bilgi ve Tutumları" konulu uzmanlık tez çalışmasını 15.03.2017 - 15.07.2017 tarihleri arasında ekli listede isimleri belirtilen ASM'lere kayıtlı 18-72 aylık çocukların ailelerine ve sağlık çalışanlarına "Otizm Spektrum Bozukluğu Tarama Anketi, Aile Hekimi ve Sağlık Çalışanı Bilgi Düzeyi Anketi" başlıklı anket formlarını uygulayabilmesi uygun mütalaa edilmektedir.

Tensiplerinize arz ederim.

Dr. M. Fatih AKOVA
Halk Sağlığı Müdür Yardımcısı

OLUR
...../...../2017

Uzm. Dr. Levent SAĞLAM
Vali a.
Halk Sağlığı Müdürü

Halk Sağlığı Müdürlüğü Yüceyurt Mh. Rahmi Günay Cd. No:3/L 58040/ SİVAS

Bilgi için:Nazmiye DELİCAN

Faks No 0346 223 49 00

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Unvan:Veri Hazırlama ve Kontrol İşlt.

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 3019041817-4333-8343-06894

Telefon No (0)346 225627/123

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 3019041817-4333-8343-06894

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C.
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
Rektörlük

Sayı : 30182376-044
Konu : Hatice GÖLBAŞI'nın Anket İzni

Tarih: 10.02.2017 14:57
Sayı: 30182376-044-E.00000115641
11564

SİVAŞ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

Üniversitemiz Tıp Fakültesi Aile Hekimliği, Ana Bilim Dalı Araştırma Görevlisi Dr. Hatice GÖLBAŞI "Sivas İl Merkezinde Otizm Spektrum Bozuklukları Yayıgınlığı ve Sağlık Çalışanlarının Otizm Spektrum Bozukluklarına Yönelik Bilgi ve Tutumları" adlı tıpta uzmanlık tezinin anket çalışmasını Müdürlüğümüze bağlı ve listesi ekte gönderilen Aile Sağlığı Merkezlerine kayıtlı 18-72 aylık çocukların ailelerine ve bu Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışan sağlık personeline 15.03.2017-15.07.2017 tarihleri arasında uygulamak istemektedir.

Gereğini rica ederim.

e-İmzalıdır
Prof. Dr. Mehmet ÇİMEN
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

Ek:
1-Aile Sağlığı Merkezleri Listesi
2-Çalışma Dosyası (2 Adet)

SİVAŞ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - SİVAŞ
HALK SAĞLIĞI GİDEN EVRAK BİRDİMİ
14/02/2017 14:23 - 92835297-000.604



00039434037

Tıp Fakültesi Aile Hekimliği

BELGENİN ASLI
ELEKTRONİK İMZALIDIR
13.1.02.1 2017

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanununa göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Evrakın elektronik imzalı suretine <https://ebelgedogrulama.cumhuriyet.edu.tr> adresinden fe646169-3020-4f47-b865-1668bbc4e727 kodu ile erişebilirsiniz.

Adres: Cumhuriyet Üniversitesi Rektörlüğü SİVAŞ

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanununa göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. Evrakın elektronik imzalı suretine <https://ebelgedogrulama.cumhuriyet.edu.tr> adresinden 82f2b0af-382ba-441678902a7d1508 kodu ile erişebilirsiniz.

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-beleg.saglik.gov.tr> adresinden d86b9941-ecf7-4853-82cd-9ba2c2dba84e kodu ile erişebilirsiniz.

EK-3: CÜBAP



**T.C.
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
BİLİMSEL ARAŞTIRMA PROJELERİ KOORDİNASYON
BİRİMİ
TIPTA UZMANLIK PROJESİ DESTEKLEME PROTOKOLÜ**

MADDE 1:

Cumhuriyet Üniversitesi tarafından desteklenmesine karar verilen **T-737** nolu "**Sivas İl Merkezinde Otizm Spektrum Bozuklukları Yaygınlığı ve Sağlık Çalışanlarının Otizm Spektrum Bozukluklarına Yönelik Bilgi ve Tutumları**" başlıklı projenin, Bilimsel Araştırma Projeleri Yönergesiyle belirlenen esaslar dahilinde yürütülmesi ve sonuçlandırılması amacıyla Cumhuriyet Üniversitesi Rektörü **Prof. Dr. Alim YILDIZ** ile proje yürütücüsü **Prof.Dr. Yeltekin DEMİREL** arasında aşağıda belirlenen koşullarla işbu protokol imzalanmıştır.

MADDE 2:

Proje yürütücüsü, projenin Cumhuriyet Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Yönergesi ve bu protokol hükümlerinde öngörülen amaç, kapsam, süre ve diğer hususlara uygun olarak yürütülmesi ve sonuçlandırılmasından sorumludur.

MADDE 3:

Desteklenmesi kabul edilen projenin amaç, kapsam, süre, bütçe, program, yardımcı araştırmacılar ve yapılacak her türlü değişiklikler, Bilimsel Araştırma Projeleri Komisyonunun kararıyla mümkündür.

MADDE 4:

Bilimsel Araştırma Projeleri kapsamında alınan demirbaşlar ilgili proje yürütücüsünün kadrosunun bağlı bulunduğu birim ayniyat kayıtlarına alınarak ilgili kullanıcıya ilgili birim tarafından zimmetlenir. İlgili demirbaşlardan Üniversitemizde araştırma yapan tüm elemanların faydalanması sağlanmalı ve ortak kullanıma açılmalıdır.

MADDE 5:

Proje yürütücüsü, projenin kabulünden itibaren 6 aylık sürelerle aşağıdaki tarihlerde gelişme ve sonuç raporlarını istenilmeden teslim etmek zorundadır.

1. Ara Rapor:	23-01-2018
2. Ara Rapor:	23-07-2018
3. Ara Rapor:	23-01-2019
Sonuç Raporu:	23-07-2019

Proje yürütücüsü, Komisyonca talep edilmesi halinde proje ile ilgili ayrıntılı tüm bilgileri ve kayıtları Bilimsel Araştırma Projeleri Komisyonuna vermekle yükümlüdür.

Ara Raporlarının, kabul edilebilir mazeret bildirmeksizin bu protokol ile belirlenen tarihlerde teslim edilmemesi halinde proje yürütücüsüne ödeme yapılmaz.

Uyarıldığı halde süresinde **ara raporu vermeyen**, ara raporu verdiği halde Komisyon tarafından kesin şekilde reddedilen veya etik ihlali yapılan projeler iptal edilir. Projesi iptal edilen yöneticinin proje kapsamında yaptığı harcamalardan, demirbaş olarak kaydedilenlerin bedeli düşüldükten sonra geriye kalan tutarlar proje yöneticisinden yasal faizi ile tahsil edilir. Alınan demirbaşlar, proje yöneticisinin görev yaptığı birim envanterine ya da bunlara gereksinim duyacak diğer akademik bir birime devredilir. Bu durumların varlığı halinde ilgili proje yöneticisi 3(üç) yıl süreyle yeni bir proje önerisinde bulunamaz. Bu durumda Bilimsel Araştırma Projeleri Komisyonu projeyi iptal edebileceği gibi proje yürütücüsünün değiştirilmesine de karar verebilir.

Bilimsel Araştırmalar Birimi tarafından desteklenen projeler Bilimsel Araştırma Projeleri Komisyonunun ve/veya bu komisyonun belirleyeceği proje izleyicileri tarafından yerinde incelenebilir; proje yürütücüsü izleyicilerle istenilen her türlü belgeyi vermekle yükümlüdür.

MADDE 6:

Proje yürütücüsü, sonuçlanan projenin tüm yönlerini ve sonuçlarını kapsayan sonuç raporunu protokol tarihinin sona ermesinden itibaren üç ay içinde Bilimsel Araştırma Projeleri Komisyonu'nca hazırlanmış olan "Sonuç Raporu" formatına uygun olarak Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimine vermekle yükümlüdür.

Lisansüstü tez projeleri için, ilgili birimlerce onaylanmış tezler de sonuç raporu olarak kabul edilebilir. Tez projeleri için sağlanacak mali destekler, ilgili lisansüstü eğitim ve öğretim mevzuatında belirlenen normal öğrenim süreleri ile sınırlıdır.

Uyarıldığı halde süresinde **sonuç raporu vermeyen**, sonuç raporu verdiği halde hakem tarafından kesin şekilde reddedilen veya etik ihlali yapılan projeler iptal edilir. Projesi iptal edilen yöneticinin proje kapsamında yaptığı harcamalardan, demirbaş olarak kaydedilenlerin bedeli düşüldükten sonra geriye kalan tutarlar proje yöneticisinden yasal faizi ile tahsil edilir. Alınan demirbaşlar, proje yöneticisinin görev yaptığı birim envanterine ya da bunlara gereksinim duyacak diğer akademik bir birime devredilir. Bu durumların varlığı halinde ilgili proje yöneticisi 3(üç) yıl süreyle yeni bir proje önerisinde bulunamaz.

Bilimsel Araştırmalar Birimi'ne sunulan Sonuç Raporu, Bilimsel Araştırma Projeleri Komisyonu tarafından bilimsel hakemlere (uzmanlara) incelendikten sonra kabul edilebilir veya gerekli düzeltmelerin yapılmasını isteyebilir. Yapılan değişikliklerden sonra yeniden değerlendirmeye alınan Sonuç Raporu kabul edilir veya reddedilir.

MADDE 7:

Bilimsel araştırma projelerinin **ek süreler dâhil en çok otuz altı ay** içerisinde tamamlanması esastır. A tipi Bireysel Araştırma Projelerinde azami süre bir yıldır. Projeler için gerektiği durumlarda ek süre ve ek ödenek istekleri, proje yürütücüsünün gerekçeli başvurusu üzerine, Komisyon tarafından karara bağlanabilir. Ek süre talepleri, toplam süresi otuz altı ayı geçmemesi koşuluyla 1 yıla ve ek ödenek % 50' ye kadar artırılabilir. Geçerli mazeretleri nedeniyle yürütücünün isteği doğrultusunda proje süresi BAP Komisyonunca dondurulabilir ve bu süre proje süresine dâhil edilmez.

Tez projeleri için verilen süreler, yetkili birimler tarafından tezler için verilen yasal ek süreleri kapsayacak şekilde uzatılabilir. Ancak tez projeleri için sağlanacak mali destekler, ilgili lisansüstü eğitim ve öğretim mevzuatında belirlenen normal öğrenim süreleri ile sınırlıdır.

MADDE 8:

Proje yürütücüsü, tamamlanan proje ile ilgili veri, kayıt ve dokümanları en az 10 yıl saklamak zorundadır.

MADDE 9:

Araştırma projesi desteklenmiş proje yürütücüsü (Güdümlü, Lisansüstü Tez Projeleri ile Tamamlayıcı Destek Projeleri hariç), aşağıda yer alan esaslar dâhilinde yayın yapmak zorundadır.

a. A Tipi Bireysel Araştırma Projesi bulunan proje yürütücüsü en az, hakemli ulusal ve/veya uluslararası sempozyumlarda proje çıktıları ile ilgili bir defa sözlü veya poster sunumu yapmadan yeni proje önerisinde bulunamaz.

b. B Tipi Bireysel Araştırma projesi ile C Tipi Araştırma Projesi bulunan proje yürütücüsü en az, ULAKBİM tarafından taranan bir hakemli ulusal dergide veya uluslararası diğer indekslerde taranan dergilerde proje çıktıları ile ilgili bir defa tam metin makalesi yayımlanmadan (kabul edilmiş olanlarda yayım yapılmış sayılacaktır) yeni proje önerisinde bulunamaz.

c. Grup ya da Katılımlı Araştırma Projesi bulunan proje yürütücüsü, proje çıktıları ile ilgili en az, uluslararası indekslerde taranan bir dergide bir defa basılıncaya kadar (kabul edilmiş olanlarda yayım yapılmış sayılacaktır) yeni proje önerisinde bulunamaz.

Sonuçlarından patent almış projelerde ve akademik teşvik yönetmeliği çerçevesinde kitabı basılan projelerde yayın şartı aranmaz.

Herhangi bir yayın, proje çıktıları ile ilgili olarak sadece tek bir projenin kapatılmasında kullanılır.

Yapılan yayınların bir örneğinin CÜBAP Komisyon Başkanlığına sunulması zorunludur.

CÜBAP tarafından desteklenen projeler kapsamında gerçekleştirilen her türlü yayında, makalede, yazıda, bildiri (v.b.) "Bu çalışma, Cumhuriyet Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri (CÜBAP) tarafından T-737 proje numarası ile desteklenmiştir." ("This work is supported by the Scientific Research Project Fund of Cumhuriyet University under the project number T-737") şeklindeki bir ibarenin bulunması zorunludur.

Yayınlarda bu ifadeyi kullanmayan proje yürütücüsüne beş yıl süreyle yeni bir proje desteği verilmez.

MADDE 10:

Bilimsel ve tıbbi etiğe aykırılık tespit edilen projeler hakkında "Cumhuriyet Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Yönergesinin" 24. maddesi hükmü uygulanır.

MADDE 11:

Cumhuriyet Üniversitesi BAP Otomasyonu

Proje ile ilgili çalışmaların sürdürülmesinde, işyeri ve proje personeli yönünden çalışmanın gerektirdiği her türlü güvenlik önlemlerinin alınmasından proje yürütücüsü sorumludur.

MADDE 12:

Projeden elde edilen bilimsel sonuçların telif hakkı Cumhuriyet Üniversitesine aittir.

MADDE 13:

Bu protokol ile öngörülen toplam maddi destek miktarı ve ödeme planı Bilimsel Araştırma Projeleri ödeneklerinin nakit akışında meydana gelebilecek kısıntıların neden olacağı aksamalar mücbir sebep olarak kabul edilir ve bu nedenle taraflar sorumlu tutulamazlar.

MADDE 14:

Cumhuriyet Üniversitesi tarafından **T-737** nolu Projeye **6,629.00** TL (rakamla) **ALTIBİNALTIYÜZYİRMİDOKUZ** TL (yazı ile) destek sağlanacaktır.

MADDE 15:

24-07-2017 tarihinde taraflarca imzalanan bu protokolün yürürlük süresi projenin sonuç raporunun sunulup, komisyonca kapatılması onaylanıncaya kadar yürürlüktedir. Proje yöneticisine ek süre verilmesi halinde bu protokol ek sürede de geçerli olup, ayrı bir protokol imzalanmaz.

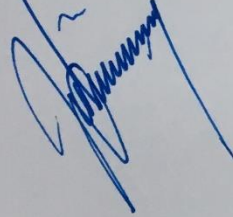
MADDE 16:

Bu protokolde bulunmayan hâllerde, CÜBAP yönergesi hükümleri uygulanır. Anlaşmazlık durumunda öncelikle 659 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin uzlaşmaya ilişkin hükümleri çerçevesinde çözüm yoluna gidilir. Uyuşmanın sağlanmaması durumunda yetkili merci, Sivas Mahkeme ve İcra Daireleridir.

MADDE 17:

İş bu protokol; 2 (iki) adet düzenlenmiş ve imzalanmıştır.

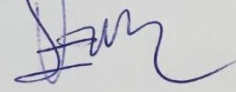
CÜBAP Komisyonu Başkanı
Prof. Dr. Ünal KILIÇ



Rektör
Prof. Dr. Alim YILDIZ



Proje Yürütücüsü
Prof.Dr. Yelken DEMİREL



EK-4: M-CHAT

DEĞİŞTİRİLMİŞ ERKEN ÇOCUKLUK DÖNEMİ OTİZM TARAMA ÖLÇEĞİ (M-CHAT)*¹⁻³

*(Modified Checklist for Autism in Toddlers)

2001 yılında geliştirilen **Değiştirilmiş Erken Çocukluk Dönemi Otizm Tarama Ölçeği (M-CHAT)** otizmin ya da Yaygın Gelişimsel Bozukluk'un (YGB) belirtilerini erken çocukluk döneminde tespit etmek amacıyla geliştirilmiş bir tarama ölçeğidir. M-CHAT toplam **23 maddeden** oluşmaktadır ve uygulaması yaklaşık **10-15 dakika** sürmektedir.

Uygulayan kişi çocuğu ebeveynin (anne, baba ya da ikisi birlikte) verdiği bilgi üzerinden değerlendirir. Çocuk uygulayıcı tarafından gözlemlenmez. M-CHAT'ten alınan sonuç uygulayıcıya değerlendirilen çocukta **otizm/YGB şüphesi** olup olmadığını gösterir.

M-CHAT'İN SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ³

M-CHAT'i Türk örnekleme üzerinde kullanırken göz önüne alınması gereken 7 tane kritik madde vardır. Türk örneklemindeki kritik maddeler madde **2, 6, 7, 9, 13, 14, 15**'tir. Bir çocuğun M-CHAT'te başarısız olması ve 'otizm şüphesi olan çocuk' olarak değerlendirilmesi için değerlendirilen çocuğun **7 kritik maddenin en az herhangi ikisinde ya da tüm 23 maddenin en az herhangi üçünde başarısız olması** gerekmektedir.

Değiştirilmiş Erken Çocukluk Dönemi Otizm Tarama Ölçeği (M-CHAT)

Lütfen aşağıdaki her soruyu çocuğunuzun genelde nasıl olduğunu göz önünde bulundurarak cevaplamaya çalışın. Eğer belirli bir davranışı nadiren yapıyorsa (bir veya bir iki kere), çocuğunuz o davranışı yapmıyormuş gibi yanıtlayın.

1. Çocuğunuz kucakta sallanmaktan ya da dizinizde hoplatılmaktan hoşlanır mı?
 Evet Hayır
2. Çocuğunuz başka çocuklarla ilgilenir mi?
 Evet Hayır
3. Çocuğunuz bir şeylerin üzerine tırmanmayı mesela merdiven çıkmayı sever mi?
 Evet Hayır
4. Çocuğunuz ce'-ee ya da saklambaç oynamaktan hoşlanır mı?
 Evet Hayır
5. Çocuğunuz sembolik oyunlar (örneğin, oyuncak araba/bebekle oynarken sanki arabayı sürerek bir yerden başka bir yere götürüyormuş gibi/bebeğini uyutuyormuş gibi) oynar mı?
 Evet Hayır
6. Çocuğunuz bir şey istemek için hiç işaret parmağını kullanır mı?
 Evet Hayır
7. Çocuğunuz bir şeyle ilgilendiğini göstermek için hiç işaret parmağını kullanır mı?
 Evet Hayır
8. Çocuğunuz küçük oyuncaklarla (arabalar ya da küpler gibi) onları ağızına almadan, kurcalamadan ya da düşürmeden düzgün bir şekilde oynayabilir mi?
 Evet Hayır
9. Çocuğunuz size bir şey göstermek için nesnelere alıp size getirir mi?
 Evet Hayır
10. Çocuğunuz gözünüze bir iki saniyeden fazla bakar mı?
 Evet Hayır
11. Çocuğunuzun sese karşı aşırı hassasiyeti var mı? (örneğin kulaklarını tıkır mı?)
 Evet Hayır

12. Çocuğunuz sizin yüzünüze ya da gülümsemenize karşılık olarak gülümser mi?
 Evet Hayır
13. Çocuğunuz sizi taklit eder mi? (örneğin siz bir yüz ifadesi takınsanız, bunu taklit eder mi?)
 Evet Hayır
14. Çocuğunuza adıyla seslendiğinizde tepki verir mi?
 Evet Hayır
15. Odanın diğer ucundaki bir oyuncacı parmağınızla gösterseniz çocuğunuz o oyuncacı bakar mı?
 Evet Hayır
16. Çocuğunuz yürüyor mu?
 Evet Hayır
17. Çocuğunuz sizin baktığınız bir şeye bakar mı?
 Evet Hayır
18. Çocuğunuz yüzünün yakınında sıra dışı parmak hareketleri yapar mı?
 Evet Hayır
19. Çocuğunuz sizin dikkatinizi yaptığı ře çekmeye çalışır mı?
 Evet Hayır
20. Çocuğunuzun sağır olup olmadığını merak ettiğiniz oldu mu?
 Evet Hayır
21. Çocuğunuz insanların ne dediğini anlayabiliyor mu?
 Evet Hayır
22. Çocuğunuz bazen boşluğa gözünü dikip bakar mı ya da amaçsızca etrafta dolanır mı?
 Evet Hayır
23. Çocuğunuz alışık olmadığı bir şeyle karşılaştığında tepkinizi ölçmek için yüzünüze bakar mı?
 Evet Hayır

EK-5: OSB Tarama Anket Formu

Anketi dolduran kişi:.....

Anketteki soruları yanıtlayan kişi:

Annesi Babası Bakıcı Yakın akraba

1-Çocuğun bağlı bulunduğu ASM:.....

2- Çocuğun cinsiyeti: Kız Erkek

3- Çocuğun yaşı(ay olarak):.....Doğum Tarihi:.....

4- Çocuğun okul öncesi eğitim durumu: Alıyor Almıyor

5- Çocuğun aile yapısı:

Çekirdek Geniş Anne Baba Ayrı/Boşanmış Ölüm

6- Çocuğun ailesinde çift dillilik: Var Yok

7- Çocuğun ailesinin gelir düzeyi:

≤1400 1400-4600 >4600

8- Çocuğun annesinin yaşı:.....

9- Çocuğun annesinin mesleği:.....

10- Çocuğun annesinin eğitim durumu:

Okur yazar değil İlk-ortaokul Lise Üniversite-üstü

11-Çocuğun annesinin herhangi bir hastalığı:Var(.....) Yok

12- Çocuğun annesi:Öz Üvey

13- Çocuğun babasının yaşı:.....

14- Çocuğun babasının mesleği:.....

15- Çocuğun babasının eğitim durumu:

Okur yazar değil İlk-ortaokul Lise Üniversite-üstü

16-Çocuğun babasının herhangi bir hastalığı:Var(.....) Yok

17- Çocuğun babası: Öz Üvey

18- Çocuğun kardeş sayısı:.....

19- Çocuğun kaçınıcı çocuk olduğu:.....

Çocuğun Gebelik Öyküsü:

20- Planlı istenen bir çocuk mu?: Evet Hayır

21- Annenin çocuğa hamileykenki yaşı:.....

22-Anne çocuğa hamileyken babanın yaşı:.....

23-Annenin gebelikte ilaç kullanımı:

Evet(vitamin,demir) Evet;diğer(.....) Hayır

24-Annenin gebelikte stresli yaşamı: Evet Hayır

25-Annenin gebelikte geçirdiği hastalık, zehirlenme, travma:

Evet Hayır

Çocuğun Doğum Öyküsü:

26-Çocuğun doğum şekli: NVYD C/S

27-Çocuğun doğum zamanı: Erken Miad Geç

28-Çocuğun doğum ağırlığı:

2500 gr altı 2500- 4000 gr 4000 gr üstü

29-Çocuğun doğumunda komplikasyon: Evet Hayır

30-Çocuğun perinatal travma öyküsü: Evet Hayır

31-Çocuğun ağır seyreden sarılık öyküsü: Evet Hayır

Çocuğun Gelişim Öyküsü:

32-Çocuğun bakımını kim yapıyor/yapmış?:

Anne Yakın Akraba Bakıcı

33-Çocuğun aşıları: Tam Eksik

34-Çocuğun baş kontrolü: Vaktinde Geç

35-Çocuğun desteksiz oturması: Vaktinde Geç

36-Çocuğun yürümesi: Vaktinde Geç

37-Çocuğun ilk kelimeler söylemesi: Vaktinde Geç

38-Çocuğun tuvalet eğitimi: Vaktinde Geç Henüz Yok

Çocuğun Beden Sağlığı ve Geçirdiği Hastalıklar:

39-Çocuğun nörolojik bir hastalığı: Var Yok

40-Çocuğun KBB ile ilgili bir hastalığı: Var Yok

41-Çocuğun travmaöyküsü: Var Yok

42-Çocuğun başka bir hastalığı:

Var(.....) Yok

Çocuğun Aile Öyküsü:

43-Çocuğun ailesinde otizm öyküsü (ikinci derece akrabalar dahil): Var Yok

44-Çocuğun ailesinde mental retardasyon öyküsü: Var Yok

Lütfen aşağıdaki formu çocuğunuzun genelde nasıl olduğunu göz önünde bulundurarak doldurunuz. Eğer belirli bir davranışı nadiren yapıyorsa, çocuğunuz o davranışı yapmıyormuş gibi yanıtlayın.

DEĞİŞTİRİLMİŞ ERKEN ÇOCUKLUK DÖNEMİ **OTİZM TARAMA ÖLÇEĞİ (M-CHAT)**

1. Çocuğunuz kucakta sallanmaktan ya da dizinizde hoplatılmaktan hoşlanır mı?

a) Evet b) Hayır

2. Çocuğunuz başka çocuklarla ilgilenir mi?

a) Evet b) Hayır

3. Çocuğunuz bir şeylerin üzerine tırmanmayı mesela merdiven çıkmayı sever mi?

a) Evet b) Hayır

4. Çocuğunuz ce'-e (yüzünüzü ellerinizle kapatıp açarken ce-e demek) veya saklambaç oynamaktan hoşlanır mı?

a) Evet b) Hayır

5. Çocuğunuz hiç hayali oyunlar oynar mı? (örneğin, oyuncak araba/bebekle oynarken sanki arabayı sürerek bir yerden başka bir yere götürüyormuş gibi/bebeğini uyutuyormuş gibi oynar mı?)

a) Evet b) Hayır

6. Çocuğunuz bir şey istemek için hiç işaret parmağını kullanır mı?

a) Evet b) Hayır

7. Çocuğunuz bir şeyle ilgilendiğini göstermek için hiç işaret parmağını kullanır mı?

a) Evet b) Hayır

8. Çocuğunuz küçük oyuncaklarla (arabalar ya da küpler gibi) onları ağızına almadan, kurcalamadan yada düşürmeden düzgün bir şekilde oynayabilir mi?

a) Evet b) Hayır

9. Çocuğunuz size göstermek için eşyaları ya da oyuncakları alıp size getirir mi?

a) Evet b) Hayır

10. Çocuğunuz gözünüze bir iki saniyeden fazla bakar mı(göz teması)?

a) Evet b) Hayır

11. Çocuğunuzun sese/gürültüye karşı aşırı hassasiyeti var mı?

(örneğin kulaklarını tıkır mı?)

a) Evet b) Hayır

12. Çocuğunuz sizin yüzünüze ya da gülümsemenize karşılık olarak gülümser mi?

a) Evet b) Hayır

13. Çocuğunuz sizi taklit eder mi? (örneğin siz bir yüz ifadesi takınsanız, bunu taklit eder mi?)

a) Evet b) Hayır

14. Çocuğunuza adıyla seslendiğinizde tepki verir mi?

a) Evet b) Hayır

15. Odanın diğer ucundaki bir oyuncakı parmağınızla gösterseniz çocuğunuz o oyuncakı bakar mı?

a) Evet b) Hayır

16. Çocuğunuz yürüyor mu?

a) Evet b) Hayır

17. Çocuğunuz sizin baktığınız bir şeye bakar mı?

a) Evet b) Hayır

18. Çocuğunuz yüzünün önünde alışılmadık (acayip) parmak hareketleriyapar mı?

a) Evet b) Hayır

19. Çocuğunuz sizin dikkatinizi yaptığı işe çekmeye çalışır mı?

a) Evet b) Hayır

20. Çocuğunuzun sağır olup olmadığını merak ettiğiniz(şüphelendiğiniz) oldu mu?

a) Evet b) Hayır

21. Çocuğunuz insanların ne dediğini anlayabiliyor mu?

a) Evet b) Hayır

22. Çocuğunuz boşluğa gözünü dikip bakar mı ya da

amaçsızca etrafta dolanır mı?

a) Evet b) Hayır

23. Çocuğunuz alışık olmadığı bir şeyle karşılaştığında tepkinizi ölçmek için yüzünüze bakar mı?

a) Evet b) Hayır

Test sonucu: a) risk var b) risk yok

(Tüm sorularda 3 veya daha fazla olumsuz yanıt olması ya da kritik sorular olan 2, 6, 7, 9, 13, 14 ve 15. sorularda 2 veya daha fazla olumsuz yanıt olması otizm açısından risk düşündürür)

EK-6: Sağlık Çalışanı Anket Formu

1- Yaşınız:.....

2- Cinsiyetiniz:

Kadın Erkek

3-Medeni Durumunuz:

Evli Bekar Ayrılmış/Dul

4-Çocuğunuz var mı?

Evet Hayır

5-Çevrenizde veya ailenizde otizm spektrum bozukluğu yaşayan birisi var mı?

Evet Hayır

6- (Hekimse)Tıpta Uzmanlık Eğitimi aldınız mı?

Evet Hayır

6- (Ebeysel) Eğitim Durumunuz:

Sağlık Meslek Lisesi Ön Lisans Lisans Yüksek Lisans

7- Meslekteki toplam çalışma süresiniz(yıl):.....

8- Mezuniyetinizden bu yana geçen süre(yıl):.....

9- Otizm Spektrum Bozukluğu ile ilgili herhangi bir eğitim programına katıldınız mı?

Evet Hayır

10- Aile Sağlığı Merkezinizde ailelere otizm spektrum bozukluğuna yönelik bir hizmet veriyor musunuz?

Evet Hayır

11- Biriminize kayıtlı otizm spektrum bozukluğu tanısı almış çocuk var mı?

Evet Hayır

12- Otizm spektrum bozukluğu olabileceğinden şüphelendiğiniz bir çocuk oldu mu?

Evet Hayır

13- Evetse; şüphelendiğinde ne yaptınız?

Ailesine tavsiyelerde bulundum

Çocuk doktoruna yönlendirdim

Çocuk psikiyatrisine yönlendirdim

Diğer.....

14- Bir haftada muayene ettiğiniz ortalama hasta sayısı:.....

15- Bir haftada muayene ettiğiniz ortalama çocuk sayısı:.....

16- Biriminize kayıtlı çocuk sayısı:.....

AÇIKLAMA: Aşağıda otizm spektrum bozukluklarına yönelik bilgi ifadeleri ve bu ifadelere “kesinlikle katılıyorum”, “katılıyorum”, “kararsızım” “katılmıyorum” ile “kesinlikle katılmıyorum” seçenekleri yer almaktadır. Lütfen her ifadeyi okuyup, size en uygun olan seçeneği işaretleyiniz. Boş bırakmayınız.

OSB Bilgi-Tutum Ölçeği		KESİNLİKLE KATILYORUM	KATILYORUM	KARARSIZIM	KATILMIYORUM	KESİNLİKLE KATILMIYORUM
1.	Otizm spektrum bozukluğu olan çocuklar ailelerine karşı kayıtsızlık sergiler.					
2.	Otizm yüksek sosyoekonomik düzeyde daha yaygındır.					
3.	Otizm yüksek eğitim düzeyinde daha yaygındır.					
4.	Otizm spektrum bozukluğu olan çocuklar cana yakın değildir.					
5.	Otizm şizofreninin bir belirtisidir.					
6.	Otizm ile şizofreni arasındaki farkı ayırt etmek güçtür.					
7.	Otizm spektrum bozukluklarını tanılamada son derece titiz davranırım.					
8.	Çocuklarda otizm çoğunlukla erken çocukluk dönemindeki ebeveyn ihmeline bağlıdır.					
9.	Çocuklar psikolojik olarak olgunlaştıkça ve büyüdükçe otizmin belirtileri ortadan kalkar.					
10.	Otizm spektrum bozukluğu olan çocukların özel eğitim alması gerektiğini düşünüyor musunuz?					
11.	Otizmin bu toplumda etiketlenmeye yol açtığını düşünüyor musunuz?					
12.	Bir çocuğa otizm tanısı konmasının o çocuğun ayrımcılığa uğramasına yol açtığını düşünüyor musunuz?					
13.	Genel olarak otizm tanısı konmuş çocuklara karşı olumsuz bir görüş var mıdır?					
14.	Ebeveynler çocuklarında otizm riski olduğunu düşünme eğilimindedirler.					
15.	Otizm önlenemez.					

OSB Farkındalık Anketi		KESİNLİKLE KATILYORUM	KATILYORUM	KARARSIZIM	KATILMIYORUM	KESİNLİKLE KATILMIYORUM
1.	Otizm spektrum bozukluğu olan çocuklar karşı cinsteki çocuklarla anlaşmakta sorun yaşarlar.					
2.	Otizm bir insanın çalışma yaşamında bulunmasını engeller.					
3.	Otizm spektrum bozukluğu olan çocuklar diğer arkadaşlarıyla zorlanmadan beraber oyun oynayabilir, çalışma yapabilir					
4.	Otizm spektrum bozukluğuna sahip çocuklar aynı problem yaşayan arkadaşlarıyla daha iyi anlaşır.					
5.	Otizm spektrum bozukluğu olan çocuklar kendi iyilikleri için söylenen bir tavsiyeyi/talimatı kolaylıkla dinlerler.					
6.	Göz teması kurmamak ve bundan kaçınmak otizmin bir bulgusudur.					
7.	Otizm spektrum bozukluğu olan çocukların hafıza becerileri normal çocuklardan çok daha iyi olabilir.					
8.	Otizm spektrum bozukluğunda yeme-içme alışkanlıkları akranlarından daha farklı seyreder.					
9.	Otizm spektrum bozukluğunda yeme-içme alışkanlıkları akranlarından daha farklı seyreder.					
10.	Otizm spektrum bozukluğu ilaçla düzeltilebilen bir hastalıktır.					
11.	Anne-babalarında benzer şikayetlerin bulunması otizm spektrum bozukluğu sahibi çocukları olma ihtimalini arttırır.					
12.	Otizm spektrum bozukluğu olan çocuklar işaret parmağıyla gösterilen bir nesneye kolaylıkla odaklanabilirler.					
13.	Otizm spektrum bozukluğu olan çocuklar kendilerine seslenince hemen cevap verirler					