



T.C.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ADANA TIP FAKÜLTESİ



AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

**OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU TANISI OLAN
ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİNİN İÇSELLEŞTİRİLMİŞ
DAMGALANMA ALGISİNİN; DEPRESYON, ANKSİYETE
ve AİLE İŞLEVSELLİĞİNE OLAN ETKİLERİNİN
ARAŞTIRILMASI**

Dr. Fatma EFE

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ADANA, 2023



T.C.
SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ADANA TIP FAKÜLTESİ



AİLE HEKİMLİğİ KLİNİğİ

**OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUğU TANISI OLAN
ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİNİN İÇSELLEŞTİRİLMİŞ
DAMGALANMA ALGISİNİN; DEPRESYON, ANKSİYETE
ve AİLE İŞLEVSELLİğİNE OLAN ETKİLERİNİN
ARAŞTIRILMASI**

Dr. Fatma EFE

TEZ DANIŐMANI

Başasistan Uzm.Dr Hüseyin AKSOY

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ADANA, 2023

TEŞEKKÜR

Asistanlık eğitimim süresince bilgi ve tecrübelerini bizlerden esirgemeyen, hoşgörölü ve destekleyici tavrı ile her konuda yanıımızda olan ve tezimde çok kıymetli katkıları olan değerli tez danışmanım Uzm. Dr. Hüseyin AKSOY' a,

Asistanlık eğitimim süresinde tanıdığım tüm asistan arkadaşlarıma, sevgili kardeşlerim; Dr. Zeynep SARI' ya, Dr. Bahar SÖYLER' e, canım arkadaşlarım; Emine YILMAZ' a, Gülpınar AKDAŞ' a, Gökçe ÖZBEK' e ve Hande HAKKOYMAZ' a

Hayatımın her aşamasında desteklerini ve sevgisini hiç bir zaman esirgemeyen anneme, babama ve kardeşim Mustafa Berat EFE' ye

Çok teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	iv
TABLolar LİSTESİ	v
ŞEKİLLER LİSTESİ	vii
ÖZET	viii
SUMMARY	ix
1. GİRİŞ-AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Tanım, Tarihçe	3
2.2. Tanı Ölçütleri (16).....	3
2.3. Epidemiyoloji.....	5
2.4. Etyoloji.....	5
2.4.1. Genetik Nedenler	5
2.4.2. Çevresel Nedenler.....	6
2.5. Klinik özellikler	7
2.6. Eş Tanılar	7
2.7. Tedavi.....	8
2.7.1. Davranışsal Tedavi	8
2.7.2. Medikal Tedavi	8
2.8. Damgalanma Tanımı Ve Tarihçesi	8
2.9. Damgalanma Bileşenleri	9
2.10. İçselleştirilmiş Damgalanma.....	9
2.11. Otizm Anksiyete ve Depresyon	9
2.12. Aile Fonksiyonelliği.....	10
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	11
3.1. Örneklem Seçimi.....	11
3.1.1. Çalışmaya dahil edilme ve dışlanma ölçütleri;	12
3.1.2. Veri Toplama ve Ölçüm Araçları	13

3.1.3. Sosyodemografik Veri Formu	13
3.1.4. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği	13
3.1.5. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD)	14
3.1.6. Aile APGAR Ölçeği	14
3.2. İstatistiksel Analizler.....	15
4. BULGULAR.....	16
4.1. Sosyodemografik Veriler	16
5. TARTIŞMA.....	51
6. SONUÇLAR.....	66
7. ÖNERİLER.....	68
8. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI.....	69
9. ÇALIŞMANIN GÜÇLÜ YÖNLERİ.....	70
KAYNAKÇA.....	71
EKLER	80
Ek-1.Sosyodemografik Veri Formu	80
EK-2 Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması (RHİDÖ)	85
Ek-3 Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği.....	88
Ek-4. Aile Apgarı Ölçeği	89
Ek-5. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	90

KISALTMALAR LİSTESİ

OSB	: Otizm Spektrum Bozukluğu
DEHB	: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
DSM	: Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders
RHİDÖ	: Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Algısı Ölçeği
HAD	: Hastane Anksiyete Depresyon (ölçeği)
DM	: Diabetes Mellitus



TABLÖLAR LİSTESİ

<u>Tablo No:</u>	<u>Sayfa No:</u>
Tablo 1. Katılımcıların ve ebeveynlerinin gruplara göre bazı sosyodemografik özellikleri.....	16
Tablo 2. Gruplara göre aile geliri tablosu.....	18
Tablo 3. Katılımcıların ve ebeveynlerinin yaş tablosu	18
Tablo 4. Katılımcıların gruplara göre gelişim durumları hakkındaki tablo	19
Tablo 5. Otizm spektrum bozukluğu etiyojisine ait bazı değişkenler tablosu - I	22
Tablo 6. Ebeveynlerin gruplara göre sosyal yaşantıları hakkındaki tablo	30
Tablo 7. Vaka grubu katılımcı ebeveynlerin otizm spektrum bozukluğu hakkındaki eğitim alma durumları	31
Tablo 8. Vaka grubu katılımcı ebeveynlerinin OSB nedeniyle yaşadıkları zorluklar	32
Tablo 9. Vaka grubu katılımcı ebeveynlerinin OSB ile ilgili olan istek ve beklentileri	33
Tablo 10. Vaka grubu katılımcılarında RHİDÖ ölçeğinin tanımlayıcı verileri	33
Tablo 11. Çalışmada kullanılan ölçeklerin puanlarının cinsiyete göre değerlendirmesi hakkındaki tablo	34
Tablo 12. Çalışmada kullanılan ölçeklerin puanlarının gruplara göre karşılaştırılması hakkındaki tablo	35
Tablo 13. RHİDÖ ‘nün vaka grubu katılımcılarının yaşadığı yer durumlarına göre karşılaştırılması	36
Tablo 14. RHİDÖ puanının vaka grubu katılımcı annelerinin çalışma durumlarına göre karşılaştırılması	36
Tablo 15. Bazı ölçek puanlarının vaka grubu katılımcı annelerinin çalışma durumlarına göre karşılaştırılması	37
Tablo 16. Ölçek puanlarının vaka grubu bakım veren ebeveynlerin medeni durumlarına göre karşılaştırılması	38
Tablo 17. Ölçek puanlarının vaka grubu katılımcılarının aile gelir durumlarına göre karşılaştırılması	40
Tablo 18. Ölçek puanlarının vaka grubu katılımcılarının okula gitme durumlarına göre karşılaştırılması	41
Tablo 19. Ölçek puanlarının vaka grubu katılımcılarının sürekli ilaç kullanma durumlarına göre karşılaştırılması	42
Tablo 20. Ölçek puanlarının vaka grubu katılımcılarının şu anki motor gelişim durumlarına göre karşılaştırılması	43
Tablo 21. Ölçek puanlarının vaka grubu katılımcılarının şu anki dil gelişim durumlarına göre karşılaştırılması	44
Tablo 22. Ölçek puanlarının vaka grubu katılımcılarının OSB hakkında eğitim alma durumlarına göre karşılaştırılması	45

Tablo 23. Çalışmada kullanılan ölçeklerin ile bazı verilerin ilişkisinin korelasyon tablosu	47
Tablo 24. Çalışmada kullanılan ölçeklerin birbirleri ile olan ilişkisinin korelasyon tablosu	50



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil No:

Sayfa No:

Şekil 1. Katılımcıların okula gitme durumuna yönelik veriler	20
Şekil 2. Vaka grubu katılımcılarının özel eğitime gitme durumuna yönelik veriler	20
Şekil 3. Vaka grubu katılımcılarının zeka seviyesi değerlendirilme durumuna yönelik veriler	21
Şekil 4. Vaka grubu katılımcılarının sürekli ilaç kullanma durumuna yönelik veriler	22



ÖZET

Otizm Spektrum Bozukluğu Tanısı Olan Çocukların Ebeveynlerinin İçselleştirilmiş Damgalanma Algısının; Depresyon, Anksiyete ve Aile İşlevselliğine Olan Etkilerinin Araştırılması

Amaç; Otizm spektrum bozukluğu nörogelişimsel bir bozukluk olup; OSB tanılı çocuk ebeveynlerinde anksiyete, depresyonu gibi olumsuz durumların olduğu yapılan çalışmalar ile tespit edilmiştir. Ancak içselleştirilmiş damgalanma algısı, aile fonksiyonelliğini ve bunların birbiriyle olan ilişkisini araştıran çalışmalar nispeten azdır. Bizim çalışmamızın temel amacı; Otizm Spektrum Bozukluğu tanısı olan çocukların bakım veren ebeveynlerinin; içselleştirilmiş damgalanma algısı, depresyon, anksiyete ve aile fonksiyonelliğinin incelenmesidir.

Gereç ve Yöntem: Bu araştırma, 15,10,2022-15,12,2022 tarihleri arasında Adana ili Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Psikiyatri kliniğinde ve Adana’ da belirlenen 3 Aile Sağlığı Merkezine başvuran 3-12 yaş arası hastalar üzerinde kesitsel vaka kontrol çalışması olarak 102 vaka grubu 101 sağlıklı kontrol grubu üzerinde gerçekleştirilmiştir. Katılımcılara yüz yüze yapılandırılmış anket formu ile sosyodemografik veriler, özgeçmiş, soy geçmişi, ailelerin otizme dair bilgi düzeyleri, sosyal yaşamlarına yönelik sorular sorulmuştur. Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanma Algısı, Hastane Anksiyete Depresyon ve Aile APGAR ölçekleri uygulanmıştır.

Bulgular: Vaka grubu katılımcılarının RHİDÖ puan ortalaması; $67,31 \pm 8,91$ bulunmuş olup, vaka grubunun %60, 8’i HAD Anksiyete ölçek puanına göre yüksek riskli iken kontrol grubunun %14,9’u yüksek riskli idi. Vaka grubu katılımcılarının %52’ si HAD Depresyon ölçeğine göre yüksek riskli, kontrol grubunun ise %25,7’ si yüksek riskli idi. Aile fonksiyonelliği vaka grubu katılımcı ailelerin %18,6’sı şiddetli disfonksiyonel iken kontrol grubu katılımcılarında bu oran %3,0 idi.

Ebeveynlerin OSB nedeniyle yaşadıkları zorluklara bakıldığında %21,6 ile ilk sırada çocuğun konuşmaması, sosyal iletişim kurmaması, %16,7 ile ikinci sırada çok hareketli olması, saldırgan davranışları ve öfke nöbetlerinin olması OSB tanılı çocuğun tehlikeyi bilmemesi yer almaktaydı. Ebeveynlerin OSB ile ilgili olan istek ve beklentilerine bakıldığında ilk sırada %55,9 ile ücretsiz olan özel eğitim saatinin artırılması iken ikinci sırada hizmet alanlarında OSB tanılı çocuklara öncelik verilmesi istenmiştir. RHİDÖ puanları arttıkça HAD Anksiyete ve HAD Depresyon puanları da anlamlı bir şekilde artmaktaydı. RHİDÖ puanı arttıkça Aile APGAR puanında anlamlı azalma tespit edilmiştir.

Sonuç: OSB tanılı çocukların ebeveynlerinde damgalanma, anksiyete ve depresyon ve aile fonksiyonelliği çeşitli olumsuz sonuçlara neden olmaktadır. OSB tanılı çocukların ailelerinin bu olumsuz yaşantılarının önlenmesi ve bu çocukların topluma kazandırılmaları için daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Otizm, Damgalanma, Depresyon, Anksiyete, Aile İşlevselliği

SUMMARY

Perception of Internalized Stigma of Parents of Children with Autism Spectrum Disorder; Investigating the Effects of Depression, Anxiety, and Family Functioning

Purpose; Autism spectrum disorder is a neurodevelopmental disorder; It has been determined by studies that parents of children with ASD have negative conditions such as anxiety and depression. However, studies investigating the perception of internalized stigma, family functioning, and their relationship to each other are relatively few. The main purpose of our study is; Caregiving parents of children diagnosed with Autism Spectrum Disorder; the perception of internalized stigma, depression, anxiety, and the study of family functioning.

Material and Method: This study was carried out on 102 case groups and 101 healthy control groups as a cross-sectional case control study on patients between the ages of 3-12 who applied to the Child Psychiatry Clinic of Adana City Training and Research Hospital in Adana and 3 Family Health Centers in Adana between 15,10,2022-15,12,2022. Participants were asked questions about sociodemographic data, resume, genealogy, knowledge levels of families about autism, and their social lives with a face-to-face structured questionnaire. Internalized Stigma Perception of Mental Illnesses, Hospital Anxiety, Depression and Family APGAR scales were applied.

Results: The mean RHiS score of the case group participants was 67.31 ± 8.91 , and 60.8% of the case group was high risk according to the HAD Anxiety scale score, while 14.9% of the control group was high risk. 52% of the case group participants were at high risk according to the HAD Depression scale and 25.7% of the control group were at high risk. While 18.6% of the family functioning case group participants were severely dysfunctional, this rate was 3.0% in the control group participants.

When the difficulties experienced by parents due to ASD were examined, the first place with 21.6% was that the child did not speak, did not communicate socially, the second place was that the child was very active, aggressive behaviors and tantrums were not known about the danger. When the requests and expectations of parents regarding ASD were examined, it was requested to increase the free special education hours with 55.9% in the first place, while the second place was to give priority to children with ASD diagnosis in the service areas. As RHIDS scores increased, HAD anxiety and HAD depression scores increased significantly. As the RHiS score increased, a significant decrease was found in the Family APGAR score.

Conclusion: Stigma, anxiety and depression and family functionality in parents of children with ASD cause various negative outcomes. Families of children diagnosed with ASD

More work is needed to prevent these negative experiences and to integrate these children into society.

Keywords: Autism, Stigma, Depression, Anxiety, Family Functioning

1. GİRİŞ-AMAÇ

Otizm Spektrum bozuklukları; sosyal ve iletişim yönüyle yetersizlik, kısıtlı etkileşim, kısıtlı ilgi ve tekrarlayıcı davranış kalıplarıyla hayatın ilk dönemlerinden itibaren kendini gösterebilen nörogelişimsel bozukluklardır (1,2). Otizm spektrum bozukluklarının prevalansı 1/59 olarak saptanmış olup sıklığı gün geçtikçe artmaktadır (3). Bu durum Otizm Spektrum bozukluklarını önemli bir halk sağlığı sorunu haline getirmektedir. Otizm spektrum bozukluklarında sosyal iletişim eksiklikleri, tekrarlayıcı davranış biçimleri, motor gelişim eksiklikleri gibi gelişim gerilikleri sıklıkla görülebilmektedir (2). Çocukları; konuşma geriliği, zeka geriliği, fiziksel engel ve otizm gibi gelişim geriliğine sahip olan annelerin depresyon ve stres düzeyi yüksek saptanmıştır (4).

Annenin depresyona sahip olması; tutarlı ve sorumlu davranmasını zamanla engelleyerek çocuklarda duygusal ve bilişsel sorunlara yol açar. Özellikle çocuklarda annenin depresyonunun olması çocukların ihmal edilmesi ve istismara açık hale gelme oranlarının yüksek olduğu bulunmuştur. Bu nedenle depresyonu olan ebeveynlerin erkenden tespit edilmesi ve doğru tedavi edilmesi hem çocuğun hem de ebeveynlerin sağlıklarının iyileştirilmesi yönünden önemlidir (5).

OSB'ye sahip çocukların; dil gelişimine dair eksikliklerinin olması, saldırgan sayılabilecek nitelikte davranışsal sorunlarının olabilmesi, bu bireylerin kendilerini ifade etmekte kısıtlılıklarının olması toplumun bu bireylere bazı damgalayıcı tepkiler vermesine neden olabilir (6). Bireyler otizmlili bireyle bir arada olmak zorunda kaldıklarında kendilerini farklı ve garip hissedebilir ve bu durum onların bakım verenleri tarafından fark edildiğinde otizmlili çocukların psikososyal yönden etkilenmesine neden olabilir (7). Bu durum hem uygulanan hem de hissedilen damgalanma olarak ortaya çıkar. Uygulanan damgalanma; kaçınma ve ayrımcılık gibi davranışları içerirken hissedilen damgalanma; bireylerin yaşadıkları hakkında konuşmalarını ve yardım istemelerini engelleyen, utanma duygusu ile diğer bireylerin kendileri hakkındaki önyargı beklentisi olarak ortaya çıkar (8).

Aile fonksiyonelliği; ebeveynler ile aile üyeleri arasındaki destekleyici ilişkiler olarak tanımlanır (9). Aile işlevselliğinde temel olarak kabul edilen etki alanları; uyum

yeteneği, ortaklık, büyüme, sevgi, duygulanım ve karar verme olarak kabul edilmektedir (10).

Hastalık ve iş göremezlik yaygın deneyimler olup, aileler için en büyük zorluklardan birini temsil eder ve çünkü bağımlı bir kişinin yarattığı psikososyal sorunlar aile sisteminin bütünü etkiler (11). OSB; ebeveynlerin üstlendiği roller ve sorumluluklar da dahil olmak üzere aile fonksiyonelliği üzerinde derin bir etkiye sahip olabilir (12).

Literatüre bakıldığında OSB’li çocuk ebeveynlerinde anksiyete, depresyonu inceleyen çalışmaların daha fazla olduğu görölmektedir. Ancak içselleştirilmiş damgalanma algısı, aile fonksiyonelliğini ve bunların birbiriyle olan ilişkisini araştıran çalışmalar daha azdır. Bizim çalışmamızın temel amacı; Otizm Spektrum Bozukluğu tanısı olan çocukların bakım veren ebeveynlerinin; içselleştirilmiş damgalanma algısı, depresyon, anksiyete ve aile fonksiyonelliğinin incelenmesidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tanım, Tarihçe

Otizm Spektrum bozuklukları; çocukluk çağının ilk dönemlerinden itibaren kendini gösterebilen nörogelişimsel bozukluklardır (13). Sosyal iletişim eksikliği ve sınırlı ilgi ile tekrarlayıcı davranışların birliktelik gösterdiği tanı grubudur (14).

Otizm 1949 yılında psikiyatrist Leo Kanner tarafından çevrelerindeki değişikliklere yüksek duyarlılıkları olan, diğer insanlarla ilgili sorunları olan çocuklarda bir bozukluk olarak tanımlanmıştır.(2)1944 yılında Han Asperger tekrarlayıcı davranışları olan, sosyal iletişim eksikliği gösteren, ekolali gibi bulguları olan çocukları ‘Otistik psikopati’ olarak tanımlamış olup daha sonra bu durum bilim dünyasına Asperger sendromu olarak Lorna Wing tarafından sunulmuştur (15).

2.2. Tanı Ölçütleri (16)

DSM-5 Otizm spektrum bozukluğu tanı ölçütleri

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

1. Toplumsal-duygusal karşılık vermedeki yetersizlik (örn. olağandışı toplumsal yaklaşımda karşılıklı diyalog yürütmekte çekilen güçlüğe; ilgilerini, duygularını veya duygulanımını paylaşmadaki yetersizlikten, sosyal etkileşime cevap vermemeye kadar olan yetersizlikler.)
2. Toplumsal etkileşim için kullanılan sözel olmayan iletişimsel davranışlarda yetersizlik (örn. zayıf entegre olmuş sözel ve sözel olmayan iletişim, anormal göz kontaktı ve beden dili veya jestleri anlamakta ve kullanmakta yetersizlik ve yüz ifadesi ve beden diline kadar bariz eksiklerin varlığı.)
3. İlişkileri, geliştirmekte, devam ettirmekte ve anlamakta güçlük, örneğin farklı toplumsal ortamlara uygun davranmamaktan, hayali oyun paylaşamamaya ve arkadaş edinememeye, arkadaşla ilgi duymamaya kadar görülen davranışlar. Şu anki şiddeti: Şiddet sosyal iletişimsel alanda yetersizlikler ve kısıtlı, tekrarlayıcı davranışlara göre belirlenir.

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

1. Basmakalıp veya tekrarlayıcı motor hareketler, obje kullanımı veya konuşma (Basit motor stereotipiler, oyuncakları dizme veya çevirme, ekolali, idiyosentrik cümleler)
2. Aynı olmakta ısrar, rutine sıkı sıkıya bağlı olma veya ritüelleşmiş sözel ve sözel olmayan davranışlar, (ufak değişimlerde aşırı stres, geçişlerde zorluk, sert düşünce tarzı, selamlaşma ritüelleri, her gün aynı yolu veya aynı yemeği tercih etme)
3. Konu veya yoğunluk açısından anormal olan sınırlı, sabitlenmiş ilgiler (yaygın olmayan nesnelere anormal aşırı bağlılık, aşırı tekrarlayıcı veya sınırlı ilgiler)
4. Duyusal olarak aşırı ya da az duyarlılık veya çevrenin duyusal boyutuna aşırı ilgi (acıya/sıcağa aşırı duyarsızlık, belirli ses veya dokunuşlara karşı beklenmeyen tepki, nesneleri aşırı koklama veya onlara aşırı dokunma, ışık veya hareketle görsel olarak çok meşgul olma) Şu anki şiddeti: Şiddet sosyal iletişimsel alandaki yetersizlikler ve kısıtlı, tekrarlayıcı davranışlara göre belirlenir.

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

D. Belirtiler sosyal, mesleki ve başka önemli alanlarda klinik olarak anlamlı düzeyde bozukluğa yol açmalıdır. E. Bu bozukluk zihinsel yetersizlik veya genel gelişimsel gerilik sebebi ile olmamalıdır. Gerçi zihinsel yetersizlik ve OSB sıklıkla bir arada görülür, ancak OSB ve zihinsel engellilik tanısı konması için sosyal iletişimsel düzeyin genel gelişimin altında olması gerekir.

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

- Zihinsel yetersizliğin eşlik edip etmediğini
- Dil yetersizliğinin eşlik edip etmediğini,

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

2.3. Epidemiyoloji

Otizm spektrum bozukluğu prevalansı; gerçek artışın yanı sıra, OSB'nin daha geniş bir tanımı olarak, tanı kriterleri ve tarama araçlarındaki değişiklikler, araştırma yöntemlerindeki değişimler ve farkındalığın artması gibi nedenlerle son yıllarda ciddi bir artış göstermektedir (17).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), OSB'nin uluslararası prevalansını %0,76 olarak tahmin etmektedir; ancak bu, küresel çocuk nüfusunun yalnızca yaklaşık %16'sını oluşturmaktadır. ABD'de, 2016'da ebeveyn tarafından bildirilen OSB tanılarının ortalaması biraz daha yüksek olduğu belirtilmiştir. (%2,5) Otizm ve Gelişimsel Yetersizlikleri İzleme Ağı (ADDM) tahminlerine göre ABD'de OSB prevalansı 2000–2002 ve 2010–2012 arasında iki kattan fazla artmıştır (14).

ABD'deki en güncel tahminlere göre, sosyal, iletişim ve davranışsal zorluklarla ilişkili bir durum olan otizm spektrum bozukluğu (OSB), 54 kişiden 1'ini etkiliyor (18).

2.4. Etiyoloji

Otizm spektrum bozukluğu hem genetik hem de çevresel faktörlerden etkilenen ve gelişmekte olan beyni etkileyen nörobiyolojik bir hastalıktır (19).

2.4.1. Genetik Nedenler

Yapılan ikiz çalışmalarında alınan sonuçlar heterojen olmasına rağmen (%40-%80) otizme ait davranışların yüksek oranda genetik temelli olduğu bulunmuştur (20,21). Otizme dair yolakların her birinin bağımsız katılımı hala tartışma konusu iken Otizmin klinik heterojenliği, ilgili patofizyolojik mekanizmaların yolakların anlaşılmasına engel olmuştur. Otizm'in kalıtsallığı ile alakalı tek uzlaşma kalıtımın Mendeliyan katılım göstermediği, poligenik olduğudur (20). Otizm erkekleri kızlardan dört kat daha fazla etkiler ve bu farkın nedeni tam olarak anlaşılamamıştır. Cinsiyet kromozomunun OSB etiyojisine dahil olması ve rahimdeki hormonal etkilerin rolü

gibi çeşitli teoriler öne sürülmüştür Ancak, bu teorilerin hiçbiri henüz doğrulanmamıştır (22,23).

Otizm etiyojisinin altında yatan mekanizmanın büyük olasılıkla poligenik ve potansiyel olarak epistatik olduğuna ve çevresel faktörlerin riski artırmak için genetik faktörlerle etkileşime girebileceğine inanılıyor (24).

2.4.2. Çevresel Nedenler

Otizm spektrum bozukluğu riskiyle ilişkili faktörler; göbek bağı komplikasyonları, fetal stres, doğum yaralanması veya travması, çoğul doğum, anne kanaması, düşük doğum ağırlığı, gebelik yaşına göre küçük bebek, konjenital malformasyon, anormal prezentasyon, beslenme güçlüğü, mekonyum aspirasyonu, neonatal anemi, ABO veya Rh uyuşmazlığı ve hiperbilirubinemi ve sezaryen doğum idi (24).

Sezaryen doğum, düşük doğum ağırlığı, çoğul doğum ve yenidoğan resüsitasyonu gibi bazı obstetrik faktörlerin artan oranlarının otizmin artan prevalansına katkıda bulunan faktörler olması muhtemeldir (25). Çevresel etmenlerin bir diğeri ileri anne ve baba yaşıdır. Yapılan çalışmalar ileri anne baba yaşının çocukta otizm spektrum bozukluğu riskini arttırdığı gözlenmiştir (26). Ayrıca İlk trimesterde annenin enfeksiyon geçirmesi otizm riskini artırabilmektedir (27).

Geçmişte aşılardan ile otizm arasında ilişki olabileceği düşünülmüştür ancak meta-analiz çalışması ile bugüne kadar çocukluk çağı aşılardan ile otizmin ilişkisi olmadığı tespit edilmiştir (28). ve ayrıca yapılan geniş retrospektif kohort çalışmaları; otizmle ilişkisi ayrıca değerlendirilen kızamık, kızamıkçık, kabakulak aşısı ile otizm arasında nedensel bir bağlantı olmadığını göstermiştir (29,30).

Gebelik sırasında ilaca maruz kalmanın en son meta-analizlerde otizm riskini artırdığı bulunmuştur (31). Doğum öncesi valproik aside maruz kalma, özellikle gebeliğin ilk üç ayında OSB için bilinen bir risk faktörüdür (32). Hamilelik sırasında antidepresan maruziyetinin, özellikle ilk yarıyıl, OSB riskini ılımlı bir şekilde artırdığı öne sürüldü (33). Gebelik sırasında parasetamol kullanımının da otizmle ilişkili olabileceği bilgisi literatürde yerini almıştır (34).

2.5. Klinik özellikler

Otizm Spektrum bozukluğunun temel tanısal özellikleri, sosyal iletişimdeki eksiklikler ve sınırlı, tekrarlayan davranış kalıpları, ilgileri veya etkinlikleri içerir (35).

Otizme ait bazı semptomlar altı ila 12 aylıkken ortaya çıkabilir. Çoğu durumda, 24 aylıkken güvenilir bir teşhis konulabilir. Sosyal eksiklikler ve konuşma dilindeki gecikmeler, üç yaşından küçük çocuklarda en belirgin özelliklerdir (36,37).

Ortak dikkat ya da ortak ilgi, bireyin ilgi alanlarını paylaşmak için kendi dikkatini başka bir kişi ile uzaktaki bir nesne arasında koordine etme yeteneğidir. 15 aylıktan sonra ortak dikkat gösteremeyen çocuklar otizm açısından değerlendirilmelidir. OSB'li çocuklar isimlerini söyleyerek dikkatlerini çekmeye yönelik birçok girişime cevap vermeyebileceğinden, bu çocukların anne ve babaları işitme kaybı endişesi ile başvurabilirler (38,39).

OSB tanısı için kısıtlı bir ilgi alanı ve tekrarlayan davranışlar olmalıdır. Bunlar daha küçük çocuklarda daha az belirgin olabilir ve bir süre içinde var olabilir. Rutinde değişiklik genelde OSB'liler için önemli bir zorluktur. Bir oyuncağın sadece bir kısmına odaklanmak gibi olağandışı oyun kalıpları gözlenebilir. OSB'li çocuklar el çırpma, ayak parmaklarında yürüme veya gözlerinin yanında parmak sallama gibi basmakalıp hareketler gösterebilir (2,38).

2.6. Eş Tanılar

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozuklukları, zihinsel engellilik, tik bozuklukları, çeşitli dil bozuklukları ve motor bozukluklar Otizm spektrum bozukluğu tanımlı çocuk ve adölesanlarda en sık görülen gelişimsel bozukluklardır. Depresyon, anksiyete, obsesif kompulsif bozukluk, uyku problemleri ve psikotik bozukluklar da OSB'li kişilerde görülen diğer psikiyatrik bozukluklardır. Ayrıca epilepsi, gastrointestinal sorunlar, immün düzensizlikler ve bazı genetik sendromlar da otizmde görülen önemli tıbbi durumlar içindedir (40).

2.7. Tedavi

2.7.1. Davranışsal Tedavi

Erken yoğun davranışsal müdahale, Otizm Spektrum okul öncesi ve erken okul çağındaki çocuklar için önerilen, haftada en az 25 saat süren bir davranış terapisi (41). Uygulamalı davranış analizi, birçok erken yoğun davranışsal müdahale yaklaşımının mihenk taşıdır. İstenen davranışları pekiştirerek, bu becerilerin genelleştirilmesini teşvik ederek ve istenmeyen davranışları azaltarak yeni beceriler kazandırmayı hedefler. 2014 yılında, Amerika Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Kalite Ajansı, mevcut ve yeni randomize klinik çalışmaların ve kohort çalışmalarının sistematik bir incelemesini güncelledi. Bu önemli inceleme, uygulamalı davranış analizine dayalı erken yoğun davranışsal müdahalenin uzun bir zaman diliminde uygulanmasının bilişsel yetenek, dil ve uyum becerilerinde iyileşmeye yol açtığına dair giderek artan sayıda kanıt bulmuştur (42).

2.7.2. Medikal Tedavi

Medikal tedavi, yoğun davranış terapisinin etkili olmadığı belirli uyumsuz davranışları hedefler. Medikal tedavi aynı zamanda anksiyete bozuklukları, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ve uyku bozuklukları gibi komorbid tanıları da hedef alabilir (2,38).

2.8. Damgalanma Tanımı ve Tarihçesi

Damga, belirli bir durum ile alakalı daha düşük, alçak durumda olduğu kabul edilen kişilere yönelik itibarsızlaştırıcı bir özellik olarak tanımlanmıştır (43). Stigma, eski Yunanistan'dan kalmadır ve belirgin bir rezalet durumunun olmasıdır. Bugün stigma ve stigma yönetimi, Amerikalı sosyolog Ervin Goffman (1963) tarafından "Damga - şımarık kimliğin yönetimi üzerine notlar" adlı makalesinde açıklanan sosyolojik terimlerdir (44). Goffman, damgalamayı "son derece itibarsızlaştıran bir özellik" olarak ve taşıyıcısını "bütün ve sıradan bir kişiden kusurlu, hafife alınmış bir kişiye indirgeyen bir şey" olarak tanımlar (45).

2.9. Damgalanma Bileşenleri

Damgalanma (stigma) çok katmanlı bir süreçtir. Etiketleme ve sınıflamalar, kategoriler oluşturmak günlük yaşam ve modern bilim için normal ve yararlı bir durumdur (46). Etiketleme davranışı şuna evrildiğinde damgalayıcı hale gelir.

Klişeleştirme; etiketlenenler arasında bir bağlantı oluşturulur. Bu bağlantı istenmeyen, bireysel ve basmakalıp ifadelerdir. Örneğin; şizofreni hastaları şiddet eğilimlidir vb.

Ayrılma; kişiyi insanların geri kalanından ayırarak, kategorize ederek basmakalıp bir duruma sokmak (biz, onlar inancı) örneğin; ben akıl hastaları gibi olamam vb.

Duygusal Tepki; sadece öfke, korku ya da tiksime olmayıp aynı zamanda suçluluk duyguları ve acıma içerir.

Ayrımcılık; damgalama, somut davranışlarla gerçekleştirilir. Bunlar; dışlama, reddetme veya değersizleştirme (46,47). Damgalayıcı niteliklere sahip olanlara karşı ifade edilen ön yargı ve ayrımcılık gibi sosyal açıdan istenmeyen dışavurumlar, kamulaştırılmış damgalanma olarak adlandırılırken; damgalayıcı duruma sahip olmanın bir sonucu olarak yaşanan utanç, suçluluk ve değersizlik duyguları ise içselleştirilmiş damgalanma olarak adlandırılır (48).

2.10. İçselleştirilmiş Damgalanma

İçselleştirilmiş damgalanma kavramı; kişinin topluma ait olumsuz klişeleri kendisine uygulaması ve bunun sonucunda kendisini değersizleştirme olarak tanımlanır (49). Etkilenmiş olan bireyler Örneğin; iş başvurusunda bulunmayarak kendilerini toplumdan dışlarlar ya da kendilerini sorumlu bir birey olarak görmekten vazgeçerler (50).

2.11. Otizm Anksiyete ve Depresyon

OSB'li çocuğu olan bir aile çocuğun sosyal kurallara uymaması, hastalığın süresi ve şiddeti, tanı belirsizliği gibi pek çok nedenden ötürü kaygı yaşayabilir (51). Bazı çalışmalarda OSB'li çocukların anne ve babalarının depresyon, anksiyete ve diğer psikiyatrik sorunlar açısından daha riskli olduğu gösterilmiştir (52).

2.12. Aile Fonksiyonelliği

İnsanlık boyunca sosyal bir kurum olan aile toplumun temel birimidir (53). Kişilerde bir hastalık veya stres durumu ortaya çıktığında genellikle ilk başvurulacak kaynak ailedir. Yapılan çalışmalar ailenin sağlık, psikososyal işlevsellik üzerinde güçlü bir etkisi olduğunu göstermektedir (54,55). Engelli bir aile üyesine sahip olmak, genellikle ailedeki her üye için zordur ve aileler her zaman fonksiyonlarını iyi yerine getiremez (53).

OSB tanılı çocuğun tanı koyulma aşaması, aile işleyişi üzerinde kısa ve uzun süreli etkiye sahiptir. Tanı ve tedavi süreci yüksek ihtimalle aile kararına göre oluşacaktır (56).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Örneklem Seçimi

Bu çalışma; etik kurul onayı alındıktan sonra 15.10.2022-15.12.2022 tarihleri arasında Adana ili Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk psikiyatri kliniğinde ve Afetevleri, Akıncılar, Köprülü Kışla, Serinevler, Aile Sağlığı Merkezlerinde gerçekleştirilmiştir.

Bu tez çalışması için Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 06.10.2022 tarihli, 113 sayılı toplantısında onay alınmıştır ve araştırma Helsinki deklarasyonuna uygun görülmüştür. Araştırma kesitsel, vaka –kontrol araştırması şeklinde gerçekleştirilmiş olup; Adana Şehir Eğitim ve araştırma Hastanesi Çocuk Psikiyatri kliniğine başvuran otizm tanısı almış 3-12 yaş aralığındaki hastaların bakım veren ebeveynleri ile yukarda belirtilen Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran sağlıklı 3-12 yaş aralığındaki çocukların ebeveynleri listelenmiş ve ardışık örnekleme yöntemiyle yapılarak örnekleme dahil edilen bireyler belirlenmiştir. Kontrol grubu olarak da otizmlili olmayan 3-12 yaş aralığında benzer yaş ve sosyodemografik özelliklere sahip çocukların ebeveynleri alınmıştır. Ardından belirlenen bireylere ulaşılmış, ebeveynler ile yüz yüze görüşme yapılarak sorular yöneltilmiştir. Herhangi bir nedenle çalışmaya katılamayacak kişi olduğunda benzer sosyodemografik ve klinik özelliklere sahip olan başka bir kişi; gidilen merkezdeki görevli hekimin önerisiyle çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmanın evren büyüklüğü 200 kişiden oluşmaktadır. Bu çalışmanın örneklem büyüklüğü hesaplamasında Epi-info istatistik programı kullanılmış olup; yapılan hesaplamada %80 güç, %95 güven aralığı %5 hata payı ile minimum örneklem büyüklüğü 66 kişi olarak hesaplanmıştır. Belirlenen sürede 102 hastaya ulaşılmıştır. Aynı sayıda kontrol grubu hastası çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmamızda alt yaş sınırı 3 üst yaş sınırı 12 yaş olarak belirlenmiştir.

3.1.1. Çalışmaya dahil edilme ve dışlanma ölçütleri;

Çalışmaya Dâhil Edilme Ölçütleri (Vaka Grubu için)

- 3-12 yaş arasında olmak
- DSM-5 tanı kriterlerine göre OSB tanısı almak
- Bakım veren ebeveynin klinik olarak zihinsel yetersizliğinin olmaması
- Bakım veren ebeveynin aktif Covid-19 enfeksiyonu geçiriyor olması
- Çalışmaya katılmak için gönüllü olmak ve onam formunu imzalamak

Çalışmaya Dâhil Edilme Ölçütleri (Kontrol Grubu için)

- 3-12 yaş arasında olmak
- Çocuğun sağlıklı olması
- Ebeveynin klinik olarak zihinsel yetersizliğinin olmaması
- Ebeveynin aktif Covid-19 enfeksiyonu geçiriyor olması
- Çalışmaya katılmak için gönüllü olmak ve onam formunu imzalamak

Çalışmadan Dışlanma Ölçütleri (Vaka Grubu için)

- Çocuğun 3 yaştan küçük 12 yaştan büyük olması
- Çocuğun evlat edinilmiş olması
- Bakım veren ebeveynin klinik olarak zihinsel yetersizliğinin olması
- Bakım veren ebeveynin aktif Covid-19 enfeksiyonu geçiriyor olması
- Çalışmaya katılmak için gönüllü olmamak ve onam formunu imzalamaması

Çalışmadan Dışlanma Ölçütleri (Kontrol Grubu için)

- Çocuğun 3 yaştan küçük 12 yaştan büyük olması
- Çocuğun evlat edinilmiş olması
- Bakım veren ebeveynin klinik olarak zihinsel yetersizliğinin olması
- Bakım veren ebeveynin aktif Covid-19 enfeksiyonu geçiriyor olması

- Çalışmaya katılmak için gönüllü olmamak ve onam formunu imzalamaması

3.1.2. Veri Toplama ve Ölçüm Araçları

Çalışmaya alınan vaka ve kontrol grubu bakım veren ebeveynlerine uygulanan yapılandırılmış anket formu içeriği sosyodemografik veri formu, Hastanın sosyodemografik verileri, özgeçmiş, soygeçmiş, ailelerin otizme dair bilgi düzeyleri, sosyal yaşamlarına yönelik sorular, Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği, Aile APGAR ölçeği uygulanmış olup, Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ) yalnızca vaka grubu katılımcı bakım veren ebeveynlerine uygulanmıştır.

3.1.3. Sosyodemografik Veri Formu

Bu çalışmada araştırmacı tarafından hazırlanan form ebeveynlerden ve çocuklardan alınan bilgilere göre yine araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Form sosyodemografik bilgileri (çocuğun adı-soyadı, doğum tarihi, cinsiyeti, kardeş sayısı, ilaç kullanım durumu bilgileri, okula gitme durum bilgileri, anne ve babanın her birinin yaşı, mesleği ve eğitim durumu, ailenin ortalama aylık geliri, özgeçmiş, soy geçmişi, ailelerin otizme dair bilgi düzeyleri, sosyal yaşamlarına yönelik sorular içermektedir.

3.1.4. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği

Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ); Boyd-Ritsher ve arkadaşları (2003) tarafından geliştirilen içselleşmiş damgalanmayı değerlendiren, 29 maddeden oluşan bir öz-bildirim ölçeğidir. Ölçekte; “yabancılaşma” (1,5,8,16,17,21), “kalıp yargıların onaylanması” (26,10,18,19,23,29), “algılanan ayrımcılık” (3,15,22,25,28), “sosyal geri çekilme” (4,9,11,12,13,20), “damgalanmaya karşı direnç” (7,14,24,26,27) olarak beş alt ölçek vardır. Ölçekteki maddeler, “kesinlikle aynı fikirde değilim” (1 puan), “aynı fikirde değilim” (2 puan), “aynı fikirdeyim” (3 puan), “kesinlikle aynı fikirdeyim” (4 puan) şeklinde dördümlü likert tipi olarak yanıtlanmaktadır. Damgalanmaya karşı direnç alt ölçeğinin maddeleri (madde; 7, 14, 24, 26, 27) ters hesaplanmaktadır. RHİDÖ toplam puanı 4 ile 91 arasında değişmekte olup ölçek kesme puanı bulunmamaktadır. Yüksek puanlar kişinin içselleştirilmiş damgalanmasının daha yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenilirliği Ersoy ve Varan (2007) tarafından yapılmıştır (57) .

3.1.5. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD)

Birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran hastalara uygulanabilen, kişide anksiyete ve depresyon risk düzeyini belirlemek için yapılan bu ölçek, Zigmond ve Sinaith tarafından geliştirilmiş olup Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasını Aydemir ve arkadaşları yapmıştır. Bir öz değerlendirme ölçeği olup 14 sorudan oluşmaktadır. Tek rakamlar anksiyete riskini ölçerken çift rakamlar depresyon riskini ölçmektedir. Cevap seçenekleri dörtlü likert tipinde 0 ile 3 arasında puanlanmaktadır. (1, 3, 5, 6, 8, 10, 11 ve 13) numaralı sorularda puanlama giderek azalan şiddette 3, 2, 1, 0 şeklinde puanlanır iken; (2, 4, 7, 9, 12 ve 14) numaralı sorularda 0, 1, 2, 3 şeklinde puanlanmaktadır. Anksiyete ve depresyon alt ölçeklerinden her ikisi için alınabilecek en düşük puan 0 iken, en yüksek puan 21 olmaktadır. Hastane Anksiyete ve Depresyon ölçeği kesme değeri Türkçe formunda anksiyete alt ölçeği için 10, depresyon alt ölçeği için 7 olarak saptanmış olup bu çalışmada da aynı kesme değerleri kullanılmıştır (58).

3.1.6. Aile APGAR Ölçeği

Aile işlevlerini ölçmek için birçok araç kullanılmaktadır. Geçerli birçok yöntem fazlasıyla uzun olabilmektedir. Klinisyenler hastalarla yaptıkları rutin görüşmelerin parçası olarak ya da tarama esnasında daha kısa bir değerlendirmeyi seçebilirler. Bu kısa değerlendirmeyi sağlayan araçlardan biri Smilkstein'in geliştirdiği Family APGAR'dır. Ölçeğin geçerlilik güvenilirlik çalışması 2011 yılında Özcan ve arkadaşları tarafından yapılmıştır Kişilerin ailelerinin işlevselliği ile ilgili algılarını kapalı uçlu 5 soru ile değerlendirilmesini sağlayan bu ölçek aile işlevselliğindeki zayıflıkları anlamaya ve bu konudaki sorunlara odaklanmaya yardımcı olmayı sağlamaktadır. Bu ölçek hekimlerin aile işlevi hakkında hızlı bir şekilde fikir edinmesini sağlayan bir tarama testidir. Aile işlevselliği sıralanan 5 parametrede; uyum sağlama (adaptation), ortaklık (partnership), gelişme (growth), duygulanım (affection), karar verme (resolve) incelemektedir. APGAR kelimesi bu parametrelerin her birinin baş harfinden meydana gelmektedir. Ölçekteki her bir önerme için memnuniyetin sıklığını belirten üç farklı seçenek bulunur. Bunlar 0 (neredeyse hiçbir zaman), 1 (bazen) ve 2 (neredeyse her zaman) olacak şekilde sıralanır. Ölçekteki her bir parametreden alınan puanların toplanması ile toplam puan 21 elde edilir. Alınabilecek puan aralığı 0 ile 10 arasında değişmektedir. Alınan yüksek puan aile işlevselliği memnuniyetinin göstergesidir.

Değerlendirmenin sonucunda alınan puana göre aile işlevselliği 7-10 ‘yüksek fonksiyonel’, 4-6 ‘orta derecede disfonksiyonel’, 0-3 ‘şiddetli disfonksiyonel’ olarak tanımlanmaktadır (54).

3.2. İstatistiksel Analizler

Bu çalışma vaka-kontrol olarak tasarlanmış tanımlayıcı kesitsel bir araştırmadır. Veriler uygun istatistik programında analiz edildi. Katılımcıların sosyodemografik verileri, özgeçmiş, soy geçmiş, ailelerin otizme dair bilgi düzeyleri, sosyal yaşamlarına yönelik soruların verileri ve çalışmada kullanılan ölçeklerden aldıkları puanlarla ilgili tanımlayıcı istatistikler yapıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlar (Ortalama, Standart Sapma, Medyan, Frekans, Oran, Minimum, Maksimum) kullanıldı. Bunun yanı sıra dağılımın normal olup olmadığı Skewness ve Kurtosis testi ile değerlendirildi. Normal dağılım gösteren parametrelerin iki grup karşılaştırmalarında Student t Testi, normal dağılım göstermeyen parametrelerin iki grup karşılaştırmalarında ise Mann Whitney U testi kullanıldı. Sayısal verilerin normal dağılımlı ikiden fazla grup arasındaki karşılaştırmalarda One Way Anova, normal dağılım göstermeyenlerde ise Kruskal Wallis testi kullanıldı. İki ya da daha fazla kategorik veri içeren gruplar arası karşılaştırmalarda Ki Kare testi kullanıldı. Sayısal veriler arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesinde Spearman’s Korelasyon Analizi kullanılmıştır. $P < 0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Sosyodemografik Veriler

Çalışmaya toplam 203 kişi katılmıştır. Çalışmaya katılanların yaklaşık %50'si (n=102) vaka grubu, %50'si (n=101) kontrol grubudur. Vaka grubunun; %86,3 'ü(n=88) erkek, %13,7 'si(n=14) kız idi. Kontrol grubunun; %51,5 'i(n=52) erkek, %48,5 'i(n=49) kız idi. Katılımcıların yaşadığı yerin özelliklerine bakıldığında vaka grubunun; %81,4 'ü (n=83) il merkezinde, %17,7 'si(n=14) ilçede ve %4,9 'u (n=5) köyde yaşıyordu. Kontrol grubunun; %80,0'ı(n=80) il merkezinde, %18 'i(n=18) ilçede ve %2'si (n=2) köyde yaşıyordu.

Annenin çalışma durumuna bakıldığında vaka grubunun; %73,5'i (n=75) ev hanımı, %16,7 'si(n=17) çalışıyor ve %9,8'i (n=10) işi bırakmış idi. Kontrol grubunun; %37,6'sı(n=38) ev hanımı, %56,4 ü(n=57) çalışıyor ve %5,9'u (n=6) işi bırakmış idi. Bakım veren ebeveyninin medeni durumuna bakıldığında; vaka grubunda, %91,2 'si(n=93) evli, %0'ı (n=0) bekar, %8,8'i. (n=9) ayrılmış idi; kontrol grubunun %89' u' (n=89) evli, %5'ı (n=5) bekar, %6'sı ayrılmış idi. (n=9) (Tablo 1)

Tablo 1. Katılımcıların ve ebeveynlerinin gruplara göre bazı sosyodemografik özellikleri

Sosyodemografik özellikler (n=203)		Vaka grubu (n=102) %	Kontrol grubu n=101 %	P değeri
Cinsiyet (çocuk)	Erkek	88 %86,3	52 %51,4	<0,001
	Kız	14 %13,7	49 %48,6	
Yaşadığı yer	İl	83 %81,3	80 %80	0,394
	İlçe	14 %13,7	18 %18,0	
	Köy	5 %4,9	2 %2,0	
Annenin çalışma durumu	Ev hanımı	75 %73,5	38 %37,6	<0,001
	Çalışıyor	17 %16,7	57 %56,4	
	İşi bırakmış	10 %9,8	6 %6,0	
Bakım veren ebeveynin medeni durumu	Evli	93 %91,2	89 %89	0,022
	Bekar	0 %0,0	5 %5,0	
	Ayrılmış	9 %8,8	6 %6	

İstatistiksel analizde ki-kare testi kullanılmıştır.

Tablo1. Katılımcıların ve ebeveynlerinin gruplara göre bazı sosyodemografik özellikleri(devam)

Sosyodemografik özellikler (n=203)		Vaka grubu	Kontrol grubu	P değeri
Annenin eğitim durumu	Okuryazar değil	4	1	<0,001
		%3,9	%1	
	İlkokul	26	8	
		%25,5	%7,9	
	Ortaokul	16	6	
		%15,7	%5,9	
	Lise	29	19	
		%28,4	%18,8	
Babanın eğitim durumu	İlkokul	21	4	<0,001
		%20,6	%4	
	Ortaokul	19	5	
		%18,6	%5	
	Lise	34	22	
		%33,3	%21,8	
	Üniversite	28	70	
		%27,5	%69,2	

İstatistiksel analizde ki-kare testi kullanılmıştır

Annenin eğitim durumuna bakıldığında vaka grubunun; %3,9'u(n=4) okuryazar değil, %25,5 'i (n=26) ilkokul, %15,7'si (n=16) ortaokul, %28,4'ü (n=29) lise ve %26,5'i (n=27) üniversite eğitimi almış idi. Kontrol grubunun; %1'i(n=1) okuryazar değil, %7,9'u(n=8) ilkokul, %5,9'u (n=6) orta-okul, %18,8'i (n=19) lise ve %66,3'ü (n=67) üniversite eğitimi almış idi. Vaka grubu katılımcılarında üniversite mezunu oranı; kontrol grubuna oranla anlamlı ölçüde düşüktür. (p<0,001)

Babanın eğitim durumuna bakıldığında vaka grubunun; %0'ı(n=0) okuryazar değil, %20,6'sı (n=21) ilkokul, % 18,6(n=19) ortaokul, %33,3'ü (n=34) lise ve %27,5'i (n=28) üniversite eğitimi almış idi. Kontrol grubunun; % 0'ı (n=0) okuryazar değil, %4'ü(n=4) ilkokul, %5'i (n=5) ortaokul, %21,8'i (n=22) lise ve %69,3'ü (n=70) üniversite eğitimi almış idi. Vaka grubu katılımcılarında üniversite mezunu oranı; kontrol grubuna oranla anlamlı ölçüde düşüktür. (p<0,001)

Katılımcıların aile geliri tablosunda vaka grubu için ortalama değer $\pm$ standart sapma: $1,99 \pm 0,662$ iken; kontrol grubunda ortalama değer $\pm$ standart sapma: $2,63 \pm 0,578$ idi. Kontrol grubu katılımcılarının aile geliri vaka grubuna göre anlamlı ölçüde yüksek idi. ($p < 0,001$)

Tablo 2. Gruplara göre aile geliri tablosu

	Vaka grubu (Ort. $\pm$ SS)	Kontrol grubu (Ort. $\pm$ SS)	Z değeri	P değeri
Aile geliri	$1,99 \pm 0,662$	$2,63 \pm 0,57$	-7,010	<0,001

İstatistiksel analiz olarak Mann Whitney U kullanılmıştır. (Aile geliri için 1:Asgari ücretin altı gelir 2:asgari ücret ile asgari ücretin 2 katı arası gelir 3:Asgari ücretin 2 katından fazla gelir demektir)

Katılımcıların ve ebeveynlerinin gruplara göre çocuğun yaşı(ay), annenin yaşı (yıl), babanın yaşı(yıl) bakıldığında, çocuğun yaşı vaka grubunda ortalama değer; $82,13 \pm 36,87$ ay, kontrol grubunda ortalama değer; $77,59 \pm 38,29$ ay idi. Annenin yaşı vaka grubunun; $35,29 \pm 6,97$ yıl, kontrol grubunda $36,65 \pm 6,27$ yıl idi. Babanın yaşı vaka grubunun; $39,84 \pm 7,06$ yıl, kontrol grubunda $39,47 \pm 7,24$ yıl idi. Yaş değişkenleri değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. (Tablo 3)

Tablo 3. Katılımcıların ve ebeveynlerinin yaş tablosu

	Vaka grubu (Ort. $\pm$ SS)	Kontrol grubu (Ort. $\pm$ SS)	t değeri	P değeri
Çocuğun yaşı(ay)	$82,13 \pm 36,87$	$77,59 \pm 38,29$	0,859	0,391*
Annenin yaşı(yıl)	$35,29 \pm 6,97$	$36,65 \pm 6,27$	-1,460	0,146*
Babanın yaşı(yıl)	$39,84 \pm 7,06$	$39,47 \pm 7,24$	0,376	0,707*

**İstatistiksel analiz olarak Independent t testi kullanılmıştır.*

Katılımcıların şu anki motor gelişim durumu özelliğine bakıldığında vaka grubunun; %58,4'ü (n=59), kontrol grubunun; %96'sı(n=95) normal gelişim gösterir iken; vaka grubunun %41,6'sı (n=42) ile kontrol grubunun %4'ü (n=4) yaşıtlarından geri idi. Gruplara göre çocuğun şu anki motor durumu değişkeni karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiş olup vaka grubu katılımcılarında şu

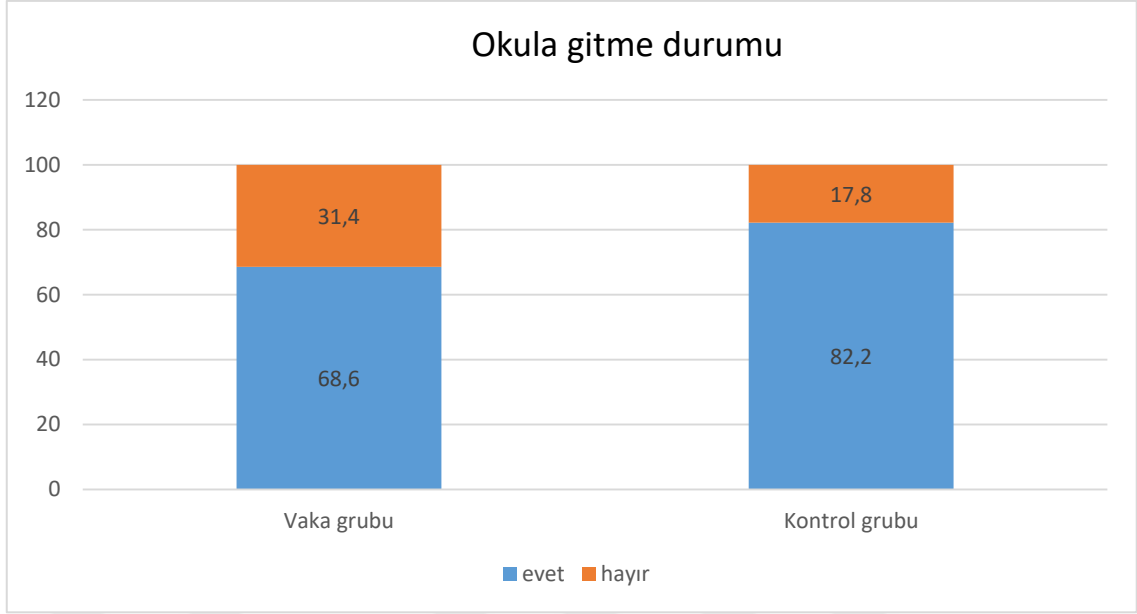
anki motor gelişim durumu normalden daha geri idi. ($p<0,001$) Katılımcıların şu anki dil gelişim durumu özelliğine bakıldığında vaka grubunun; %16,2'si ($n=16$), kontrol grubunun; %96,9'u ($n=94$) normal gelişim gösterir iken; vaka grubunun %83,8 i ($n=83$) ile kontrol grubunun %3,1'i ($n=3$) yaşlılarından geri idi. Gruplara göre çocuğun şu anki dil durumu değişkeni karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiş olup vaka grubu katılımcılarında şu anki dil gelişim durumu normalden daha geri idi. ($p<0,001$) (Tablo 4)

Tablo 4. Katılımcıların gruplara göre gelişim durumları hakkındaki tablo

		Vaka grubu (n=102) (%)	Kontrol grubu (n=101) (%)	X²*	P değeri
Çocuğun şu anki motor gelişim durumu	Normal	59	95	39,791	<0,001*
		%58,4	%96		
	Yaşlılarından geri	42	4		
		%41,6	%4,0		
Çocuğun şu anki dil gelişim durumu	Normal	16	94	129,721	<0,001*
		%16,2	%96,9		
	Yaşlılarından geri	83	3		
		%83,8	%3,1		

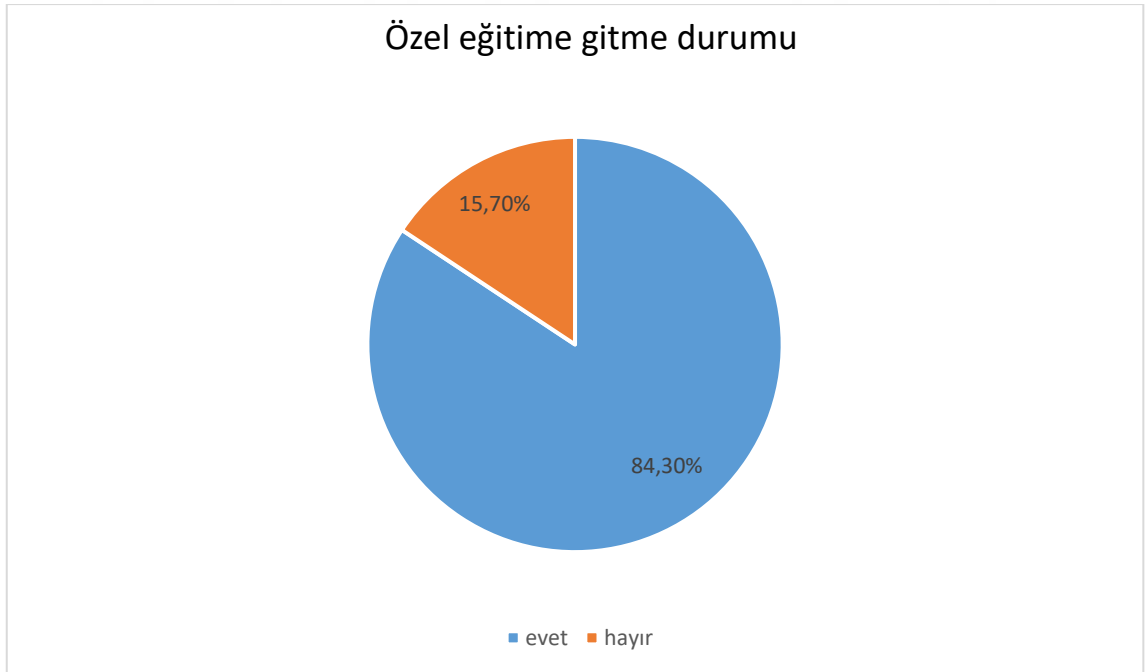
*İstatistiksel analizde ki-kare testi kullanılmıştır.

(Çocukların motor ve dil gelişimini değerlendirmesi çocuk gelişimi uzmanı tarafından yapılmıştır.)



Şekil 1. Katılımcıların okula gitme durumuna yönelik veriler

Katılımcıların okula gitme durumlarına bakıldığında vaka grubunun; %31,4'ü (n=32), kontrol grubunun; %17,8'i (n=18) okula gitmiyor iken; vaka grubunun %68,6 sı (n=70) ile kontrol grubunun %82,2 si (n=83) okula gidiyordu. (Şekil 1)



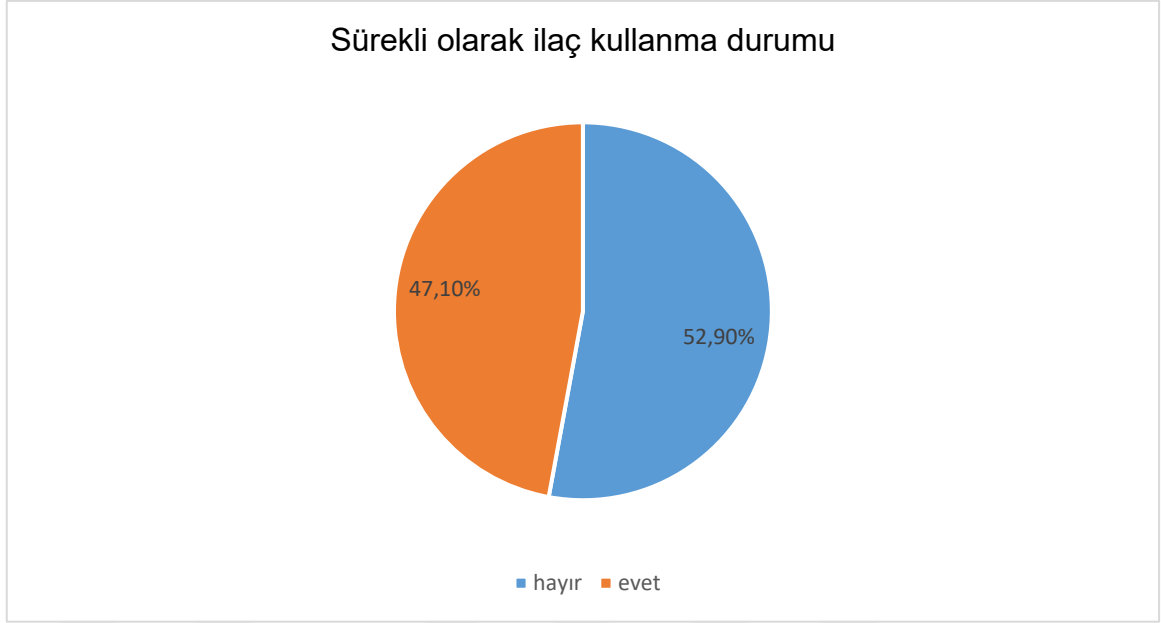
Şekil 2. Vaka grubu katılımcılarının özel eğitime gitme durumuna yönelik veriler

Vaka grubu katılımcılarının özel eğitime devam etme durumu özelliğine bakıldığında; %15,7'si (n=16), özel eğitime gitmiyor iken; %84,3'ü(n=86) özel eğitime gidiyordu. (Şekil 2)



Şekil 3. Vaka grubu katılımcılarının zeka seviyesi değerlendirilme durumuna yönelik veriler

Vaka grubu katılımcıların zeka seviyesi değerlendirme durumuna bakıldığında; %75,5'i(n=77) değerlendirilmemiş iken, %24,5'i (n=25) değerlendirilmişti. (Şekil 3)



Şekil 4. Vaka grubu katılımcılarının sürekli ilaç kullanma durumuna yönelik veriler

Vaka grubu katılımcılarının sürekli olarak ilaç kullanma durumuna bakıldığında; %52,9'u (n=54) ilaç kullanmıyor iken, %47,1'i (n=48) sürekli olarak ilaç kullanıyor idi. (Şekil 4)

Doğum ağırlığı vaka grubunda ortalama değer $\pm$ ss; 3225,83 $\pm$ 792,24 gr iken kontrol grubunda ortalama değer $\pm$ ss; 3320,69 $\pm$ 559,75 gr idi. Gruplara göre doğum ağırlığı değişkeni yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. (p: 0,327) Doğum zamanı vaka grubunda ortalama değer $\pm$ ss; 37,44 $\pm$ 2,79 hafta iken kontrol grubunda 38,34 $\pm$ 2,35 hafta idi. Gruplara göre doğum zamanı değişkeni yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ve doğum zamanı vaka grubunda daha erken idi. (p: 0,012) (Tablo 5-I)

Tablo 5. Otizm spektrum bozukluğu etiolojisine ait bazı değişkenler tablosu- I

	Vaka grubu (Ort$\pm$SS)	Kontrol grubu (Ort$\pm$SS)	Z / t değeri	P değeri
Doğum ağırlığı(gr)	3225,83 $\pm$ 792,24	3320,69 $\pm$ 559,75	-0,983	0,327*
Doğum zamanı(hafta)	37,44 $\pm$ 2,79	38,34 $\pm$ 2,35	-2,519	0,012**

*İndependent t testi kullanılmıştır. **Doğum zamanı değişkeni için Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Katılımcıların gruplara göre doğum şekli durumuna bakıldığında vaka grubunun; %24,5'i(n=25) normal doğum, %75,5'i(n=77) sezaryen idi. Kontrol grubunun; %23,8'i(n=24) normal doğum, %76,2 'si(n=77) sezaryen idi. Gruplara arasında doğum şekli yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. (p:0,901)

Katılımcıların gruplara göre anne sütü alma süresine bakıldığında vaka grubunun; %33,3'ü (n=34) 0-6 ay arası, %13,7'si(n=14) 6-12 ay arası; %52,9'u (n=54) 12 aydan fazla anne sütü almış iken kontrol grubunun %22'si (n=22) 0-6 ay, %15'i(n=15) 6-12 ay; %63'ü(n=63) 12 aydan fazla anne sütü almıştır. Anne sütü alma süresi değişkeni yönünden istatistiksel olarak gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. (p:3,279) (Tablo 5-II)

Tablo 5. Otizm spektrum bozukluğu etiyojisine ait bazı değişkenler tablosu- II

		Vaka grubu	Kontrol grubu	X²*	P değeri
Doğum şekli	Normal doğum	25	24	0,015	0,901
		%24,5	%23,8		
	Sezaryen	77	77		
		%75,5	%76,2		
Anne sütü alma süresi	0-6 ay	34	22	0,194	3,279
		%33,3	%22		
	6-12 ay	14	15		
		%13,7	%15		
	12 aydan fazla	54	63		
		%52,9	%63		

**İstatistiksel analizde ki-kare testi kullanılmıştır*

Otizm spektrum bozukluğu etiyolojisine ait değişkenlere bakıldığında; Annenin gebelikten önceki sistemik hastalık öyküsü vaka grubunun; %86,3'ünde(n=88) yok, %13,7'sinde(n=14) var idi. Kontrol grubunun; %95'i(n=96) yok iken, %5 'si (n=5) var idi. Gruplara göre annenin gebelikten önceki sistemik hastalık öyküsü istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. (p:0,032) Vaka grubunda annenin gebelikten önce olan sistemik hastalık öyküsü daha yüksek idi. Annenin gebelikten önceki psikiyatrik hastalık öyküsü vaka grubunun; %86,3'ünde(n=88) yok, %13,7'sinde(n=14) var idi. Kontrol grubunun; %96'inde (n=97) yok iken, %4 'si(n=4) vardı. Gruplara göre annenin gebelikten önceki psikiyatrik hastalık öyküsü değişkeni istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. (p:0,024) Vaka grubunda annenin gebelikten önceki psikiyatrik hastalık öyküsü daha yüksek idi. Babada sistemik hastalık öyküsü vaka grubunun; %81,34'ünde (n=83) yok, %18,6'sinde(n=19) var idi. Kontrol grubunun; %97'i (n=98) yok iken, %3 'si (n=3) var idi. Gruplara göre babanın sistemik hastalık öyküsü değişkeni istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. (p<0,001) Vaka grubunda babanın sistemik hastalık öyküsü daha yüksek idi. Babada psikiyatrik hastalık öyküsü durumu vaka grubunun; %92,2'sinde(n=94) yok, %7,8'inde(n=8) var idi. Kontrol grubunun; %97'i (n=98) yok iken, %3 'si (n=3) var idi. Gruplara göre babanın psikiyatrik hastalık öyküsü değişkeni istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. (p:0,214) Annenin gebelik sürecinde sorun yaşama durumu vaka grubunun %67,9'unda (n=69) yok iken; %32,4'ünde(n=33) var idi. Kontrol grubunun %91'inde(n=91) yok iken, %9'unda(n=9) var idi. Gruplara göre annenin gebelik sürecinde sorun olma durumu değişkeni istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,001). Vaka grubunda sorunlu gebelik daha fazla tespit edilmiştir. (Tablo 5-III)

Tablo 5. Otizm spektrum bozukluğu etiyojisine ait bazı değişkenler tablosu- III

		Vaka grubu	Kontrol grubu	X²*	P değeri
Annenin gebelikten önceki sistemik hastalık öyküsü	Yok	88	96	4,606	0,032
		%86,3	%95		
	Var	14	5		
		%13,7	%5		
Annenin gebelikten önceki psikiyatrik hastalık öyküsü	Yok	88	97		0,024*
		%86,3	%96		
	Var	14	4		
		%13,7	%4,0		
Babada sistemik hastalık öyküsü	Yok	83	98		<0,001*
		%81,4	%97		
	Var	19	3		
		%18,6	%3,0		
Babada psikiyatrik hastalık öyküsü	Yok	94	98		0,214*
		%92,2	%97		
	Var	8	3		
		%7,8	%3,0		
**Annenin gebelik sürecinde sorun yaşama durumu	Yok	69	91	16,721	<0,001
		%67,6	%91,0		
	Var	33	9		
		%32,4	%9,0		

*İstatistiksel analizde ki-kare testi kullanılmıştır. Annenin gebelikten önceki psikiyatrik hastalık öyküsü, Babada sistemik ve psikiyatrik hastalık öyküsünde *Fisher's Exact test kullanılmıştır. ** (Annenin gebelik sürecinde yaşadığı sorunlar: hiperemesis gravidarum, maternal kanama, düşük tehidi vb.) (Tablo5 –III)*

Otizm spektrum bozukluğu etiyojisine ait değişkenlere bakıldığında; gebelikte diabetes mellitus öyküsü vaka grubunun; %94,1'inde(n=96) yok, %5,9'unda (n=6) var idi. Kontrol grubunun; %96'sında (n=96) yok iken, %4 'ünde (n=4) var idi. Gruplara göre gebelikte diabetes mellitus öyküsü değişkeninde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. (p:0,537) Gebelikte hipertansiyon öyküsü vaka grubunun; %91,2'sinde (n=93) yok, %8,8'inde (n=9) var idi. Kontrol grubunun; %99'unda (n=100) yok iken, %2 'sinde (n=2) var idi. Gruplara göre gebelikte hipertansiyon öyküsü değişkeninde

istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. (p:0,010) Vaka grubu katılımcılarında gebelikte hipertansiyon öyküsü daha fazladır. Gebelikte hipotiroidi öyküsü vaka grubunun; %97,1'inde(n=99) yok, %2,9'unda (n=3) var idi. Kontrol grubunun; %98'inde (n=99) yok iken, %2 'sinde (n=2) var idi. Gruplara göre gebelikte hipotiroidi öyküsü değişkeninde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. (p:1) Gebelikte hipertiroidi öyküsü vaka grubunun; %100'ünde(n=102) yok, %0'ında (n=0) var idi. Kontrol grubunun; %98'inde (n=99) yok iken, %2 'sinde (n=2) var idi. Gruplara göre gebelikte hipertiroidi öyküsü değişkeninde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. (p:246) Gebelikte pıhtılaşma problemi öyküsü durumu vaka grubunun; %95,1'inde(n=97) yok, %4,9'unda (n=5) var idi. Kontrol grubunun; %94,1'inde (n=95) yok iken, %5,9 'unda (n=6) var idi. (Tablo 5'in devamı) Gruplara göre gebelikte pıhtılaşma problemi öyküsü değişkeninde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. (p:0,744) (Tablo 5-IV)

Tablo 5. Otizm spektrum bozukluğu etiolojisinde anneye ait değişkenlerin yer aldığı tablo-IV

		Vaka grubu	Kontrol grubu	X²*	P değeri
Gebelikte DM öyküsü	Yok	96	96	0,380	0,537
		%94,1	%96		
	Var	6	4		
		%5,9	%4,0		
Gebelikte hipertansiyon öyküsü	Yok	93	100	5,082	0,010
		%91,2	%99		
	Var	9	31		
		%8,8	%1,0		
Gebelikte hipotiroidi öyküsü	Yok	99	99		1*
		%97,1	%98		
	Var	3	2		
		%2,9	%2,0		
Gebelikte hipertiroidi öyküsü	Yok	102	99		0,246*
		%100,0	%98,0		
	Var	0	2		
		%0,0	%2,0		
Gebelikte pıhtılaşma problemi öyküsü	Yok	97	95	0,107	0,744
		%95,1	%94,1		
	Var	5	6		
		%4,9	%5,9		

İstatistiksel analizde ki-kare testi kullanılmıştır. (Gebelikte hipotiroidi ve hipertirodi değişkenlerinde Fisher's Exact test kullanılmıştır) (Tablo 5-IV)

Otizm spektrum bozukluğu etiyolojisine ait değişkenlere bakıldığında; annenin gebelik sürecinde ilaç kullanımı vaka grubunun; %48,5'inde(n=49) yok, %51,5'inde (n=52) var idi. Kontrol grubunun; %81,2'inde (n=82) yok iken, %18,8 'inde (n=19) var idi. Gruplara göre gebelikte ilaç kullanımı öyküsü değişkeninde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. ($p<0,001$) Vaka grubunda gebelik sürecinde ilaç kullanım öyküsü daha fazladır.

Annenin gebelik sürecinde parasetamol kullanım durumu vaka grubunun; %53,9'unda(n=55 yok), %46,1'inde (n=47) var idi. Kontrol grubunun; %71,3'ünde (n=72) yok iken, %28,7 'sinde (n=29) var idi. Gruplara göre gebelikte parasetamol kullanımı öyküsü değişkeninde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. ($p:0,011$) Vaka grubunda gebelik sürecinde parasetamol kullanım öyküsü daha fazladır.

Annenin gebelik sürecinde antipsikotik kullanım durumu vaka grubunun; %98'inde(n=100) yok, %2'sinde (n=2) var idi. Kontrol grubunun; %99'unda (n=100) yok iken, %1 'inde (n=1) var idi. Gruplara göre gebelik sürecinde antipsikotik ilaç kullanım öyküsü değişkeninde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. ($p:1$)

Annenin gebelik sürecinde antidepresan kullanım durumu vaka grubunun; %99'unda(n=101) yok iken, %1'inde (n=1) var idi. Kontrol grubunun; %98'inde (n=99) yok iken, %2 'sinde (n=2) var idi. Gruplara göre gebelik sürecinde antidepresan ilaç kullanım öyküsü değişkeninde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. ($p:0,621$) (Tablo 5-V)

Tablo 5. Otizm spektrum bozukluğu etiyolojisine ait değişkenlerin yer aldığı tablo-V

		Vaka	Kontrol	X²*	P değeri
Annenin gebelik sürecinde ilaç kullanımı	Yok	49	82	23,651	<0,001
		%48,5	%81,2		
	Var	52	19		
		%51,5	%18,8		
Annenin gebelik sürecinde parasetamol kullanımı	Yok	55	72	6,534	0,011
		%53,9	%71,3		
	Var	47	29		
		%46,1	%28,7		
Annenin gebelik sürecinde antipsikotik kullanımı	Yok	100	100		1*
		%98,0	%99,0		
	Var	2	1		
		%2,0	%1,0		
Annenin gebelik sürecinde antidepresan kullanımı	Yok	101	99		0,621*
		%99,0	%98,0		
	Var	1	2		
		%1,0	%2,0		

İstatistiksel analizde ki-kare testi kullanılmıştır. Annenin gebelik sürecinde antipsikotik ve antidepresan ilaç kullanımı değişkenlerinde Fisher's Exact test kullanılmıştır.

Otizm spektrum bozukluğu etiyolojisine ait değişkenlere bakıldığında; annenin gebelik sürecinde sigara kullanım durumu vaka grubunun; %87,3'ünde(n=89) yok, %12,7'sinde (n=13) var idi. Kontrol grubunun; %95'inde (n=96) yok iken, %5'inde (n=5) var idi. Gruplara göre gebelik sürecinde sigara kullanım öyküsü değişkeninde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. ($p>0,051$)

Gebelikte herhangi bir enfeksiyon geçirme durumu vaka grubunun; %55,9'unda (n=57) yok iken %44,1'inde (n=45) var idi. Kontrol grubunun; %87,1'inde (n=88) yok iken, %12,9 'unda (n= 13) var idi. Gruplara göre gebelik sürecinde enfeksiyon geçirme öyküsü değişkeninde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. ($p<0,001$) Vaka grubu katılımcılarında enfeksiyon geçirme daha fazla görülmüştür. (Tablo 5-VI)

Tablo 5. Otizm spektrum bozukluğu etiyolojisine ait değişkenlerin yer aldığı tablo-VI

		Vaka grubu	Kontrol grubu	X ^{2*}	P değeri
Annenin gebelik sürecinde sigara kullanımı	Yok	89	96	3,816	0,051
		%87,3	%95,0		
	Var	13	5		
		%12,7	%5,0		
Gebelikte herhangi bir enfeksiyon geçirme durumu	Yok	57	88	24,278	<0,001
		%55,9	%87,1		
	Var	45	13		
		%44,1	%12,9		

İstatistiksel analizde ki-kare testi kullanılmıştır.

Otizm spektrum bozukluğu etiyolojisine ait değişkenlere bakıldığında; gebe kalınca annenin yaşı(yıl); vaka grubunda ortalanca değer: 27 minimum değer: 17 maksimum değer: 42 iken kontrol grubunda ortalanca değer:28 minimum değer: 18, maksimum değer: 40 idi. Gruplara göre gebelikte anne yaşı değişkeninde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. ($p>0,289$)

Gebe kalınca babanın yaşı (yıl); vaka grubunda ortalanca değer: 32 minimum değer: 21 maksimum değer: 48 iken kontrol grubunda ortalanca değer: 30 minimum değer: 22, maksimum değer: 45 idi. Gruplara göre gebelikte baba yaşı değişkeninde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. ($p>0,274$) (Tablo 5-VII))

Tablo 5. Otizm spektrum bozukluğu etiyojisine ait değişkenlerin yer aldığı tablo-VII

	Vaka grubu Ortanca (Min.-Max)	Kontrol grubu Ortanca (Min.-Max)	Z değeri	P değeri
Gebelikte anne vası(vıl)	27(17-42)	28(18-40)	-1,060	0,289*
Gebelikte baba vası(vıl)	32(21-48)	30(22-45)	-1,093	0,274*

*İstatistiksel analizde Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Katılımcıların gruplara göre kardeş varlığı durumuna bakıldığında vaka grubunun %14,7'si(n=15) yok, %85,3'ü(n=87) var idi. Kontrol grubunun%27,3'ü(n=27) yok iken, %72,7'si (n=72) var idi. Gruplara göre kardeş varlığı durumu değişkeninde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. (p:0,028) Vaka grubu katılımcılarında kardeş varlığı durumu daha fazla görülmüştür.

Katılımcıların gruplara göre kardeşte psikiyatrik öyküsü durumuna bakıldığında; vaka grubunun %88,2'si(n=90) yok, %11,8'i(n=12) var idi. Kontrol grubunun%100'ü (n=101) yok iken, %0'ı (n=0) var idi. Gruplara göre kardeşte psikiyatrik hastalık öyküsü değişkeninde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. (p<0,001) Vaka grubu katılımcılarında kardeşte psikiyatrik hastalık olma durumu daha fazla görülmüştür. (Tablo 5-VIII)

Tablo 5. Otizm spektrum bozukluğu etiyojisinde kardeşe ait değişkenlerin yer aldığı tablo-VIII

		Vaka grubu	Kontrol grubu	X²*	P değeri
Kardeş varlığı durumu	Yok	15	27	4,80	0,028
		%14,7	%27,3		
	Var	87	72		
		%85,3	%72,7		
Kardeşte psikiyatrik hastalık öyküsü	Yok	90	101		<0,001*
		%88,2	%100,0		
	Var	12	0		
		%11,8	%0,0		

İstatistiksel analizde ki-kare testi kullanılmıştır. Kardeşte psikiyatrik hastalık öyküsü değişkeninde Fisher's Exact test kullanılmıştır)

Ebeveynlerin gruplara göre kendine vakit ayırma durumu; vaka grubunda %58,8 (n=60) yok iken, %41,2'inde (n=42) var idi. Kontrol grubunda ise %16,8'inde (n=17) yok iken, %83,22'si (n=84) var idi. Gruplara göre ebeveynlerin kendine vakit ayırma durumu değişkeninde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. (p<0,001) Kontrol grubu katılımcılarında ebeveynin kendine vakit ayırması daha fazla görülmüştür.

Ebeveynlerin gruplara göre arkadaş/akraba ziyaretlerine vakit ayırma durumu; vaka grubunda %44,1'sinde (n=45) yok iken, %55,9 'unda (n=57) var idi. Kontrol grubunda ise %9'unda (n=9) yok iken, %91'inde (n=91) var idi. Gruplara göre ebeveynlerin arkadaş/akraba ziyaretlerine vakit ayırma durumu değişkeninde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. (p<0,001) Kontrol grubu katılımcılarında ebeveynlerin arkadaş/akraba ziyaretlerine vakit ayırması daha fazla görülmüştür.

Tablo 6. Ebeveynlerin gruplara göre sosyal yaşantıları hakkındaki tablo

		Vaka grubu	Kontrol grubu	X²*	P değeri
Ebeveynin kendine vakit ayırma durumu	Yok	60	17	38,009	<0,001
		%58,8	%16,8		
	Var	42	84		
		%41,2	%83,2		
Ebeveynin arkadaş /akraba ziyaretlerine vakit ayırma durumu	Yok	45	9	31,794	<0,001
		%44,1	%9,0		
	Var	57	91		
		%55,9	%91,0		

İstatistiksel analizde ki-kare testi kullanılmıştır.

Vaka grubuna katılımcı ebeveynlerinin otizm spektrum bozukluğu hakkındaki eğitim alma durumuna bakıldığında; katılımcıların %85,3'ü (n=87) eğitim almamış iken %14,7'si (n=15) eğitim almıştır. Alınan eğitimin sertifikalı olma durumu %56,3'ü (n=9) hayır iken; %43,8'i (n=7) evet idi. (Tablo 7)

Tablo 7. Vaka grubu katılımcı ebeveynlerin OSB hakkındaki eğitim alma durumları

		N. %
Anne / babanın OSB hakkında eğitim alma durumu	Hayır	87
		%85,3
	Evet	15
		%14,7
Alınan eğitimin; sertifikalı olma durumu	Hayır	9
		%56,3
	Evet	7
		%43,8

Çocuğun konuşmaması, sosyal iletişim kurmaması n=22, %21,6 idi. Çocuğun çok hareketli olması, saldırgan, öfkeli davranış göstermesi ve tehlikenin farkında olmaması n=17, %16,7 idi. Diğer nedenler (tanı aşamasındaki zorluklar, sosyal destek görmeme, çocuğun anlamaması vs.) n=14, %13,7 idi. Ailenin OSB tanısını kabullenmemesi n=11 %10,8 idi. Çevrenin rahatsız edici bakış ve davranışları n=9, %8,8 idi. Ebeveynin sosyal hayatının kısıtlanması n=9 %8,8 idi. Çok ağlaması, gece uyumaması, takıntılı davranışlar n=7 %6,9 idi. Eğitim ile ilgili endişeler n=5, %4,9 idi. Ekonomik zorluklar n=4 %3,9 idi. Ben ölürsem çocuğuma ne olur kaygısı n=4 %3,9 idi. (Tablo 8)

Tablo 8. Vaka grubu katılımcı ebeveynlerinin OSB nedeniyle yaşadıkları zorluklar

Yaşanılan Zorluklar	N,	%
Çocuğun konuşmaması, sosyal iletişim kurmaması	22	21,6
Çok hareketli olması, saldırgan ve öfkeli davranış göstermesi, tehlikeyi bilmemesi	17	16,7
Diğer	14	13,7
Otizm tanısını kabullenememe	11	10,8
Çevrenin rahatsız edici bakış ve davranışları, dışlanma	9	8,8
Sosyal hayatın kısıtlanması	9	8,8
Çocuğun çok ağlaması, gece uyumaması, takıntılı davranışlar	7	6,9
Çocuğun eğitimi ile ilgili endişeler	5	4,9
Ekonomik zorluklar	4	3,9
Ben ölürsem çocuğuma ne olur kaygısı	4	3,9

Ücretsiz olan özel eğitim saatlerinin arttırılmasını isteyenler n=57, %55,9 idi. Diğer istekler (psikolojik desteğin sağlanması, özel sosyalleşme alanları, ayrı okul aynı sınıf, çocuğun yeteneği doğrultusunda eğitim alması vb.) ise n=17, %16,7 idi. OSB’li çocuklara hastanelerde vs. diğer hizmet alanlarında öncelik tanınmasını isteyenler; n=15, %14,7 idi. Herhangi bir istek belirtmeyen katılımcılar n=6 %5,9 idi. Çocuğu OSB’li olan ailelerin OSB hakkında bilgilendirilmeleri n=5 %4,9 idi. OSB tedavisinin bulunmasını isteyen katılımcılar n=2 %2,0 idi. (Tablo 9)

Tablo 9. Vaka grubu katılımcı ebeveynlerinin OSB ile ilgili olan istek ve beklentileri

İstekler, Beklentiler	N	%
Ücretsiz olan özel eğitim saatlerinin arttırılması	57	55,9
Diğer	17	16,7
Hizmet alanlarında OSB'li çocuklara öncelik sağlanması	15	14,7
İstek belirtilmedi.	6	5,8
Ailenin Otizm hakkında bilgilendirilmesi	5	4,9
Otizm tedavisinin bulunması	2	2,0

Vaka grubu katılımcılarında RHİDÖ ölçek puanı tanımlayıcı verileri minimum değer; 51, maksimum değer 88, ortalama $\pm$ ss 67,31 $\pm$ 8,91 ortanca değer ise 66,0 idi. (Tablo 10)

Tablo 10. Vaka grubu katılımcılarında RHİDÖ ölçeğinin tanımlayıcı verileri

	Ort. $\pm$ SS	Min.-Max.
RHİDÖ	67,31 $\pm$ 8,91	51-88

RHİDÖ: Ruhsal hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği*

RHİDÖ puanı erkeklerdeki ortalama değer; 67,06 $\pm$ 9,03 iken kızlardaki ortalama değer; 68,93 $\pm$ 8,22 idi. Cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. (p:0,468) Hastane anksiyete depresyon ölçeği anksiyete puanı; erkeklerdeki ortalama değer; 10,81 $\pm$ 6,55 iken kızlardaki ortalama değer; 7,75 $\pm$ 4,29 idi. Cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ve erkek cinsiyetteki HAD anksiyete puanı daha yüksek bulunmuştur. (p<0,001)

HAD ölçeği depresyon puanı; erkeklerdeki ortalama değer; 6,89 $\pm$ 4,07 iken kızlardaki ortalama değer 5,84 $\pm$ 3,26 idi. (p:0,073) Cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Aile APGAR ölçeği puanı erkeklerde ortalama değer; 7,18 $\pm$ 2,78 iken kızlardaki ortalama değer; 7,56 $\pm$ 2,73 idi. Cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (p:0,37) (Tablo 11)

Tablo 11. Çalışmada kullanılan ölçeklerin puanlarının cinsiyete göre değerlendirmesi hakkındaki tablo

	Erkek (Ort. ±SS)	Kız (Ort. ±SS)	P değeri
RHİDÖ*	67,06±9,03	68,93±8,22	0,468
HAD* Anksiyete	10,81±6,55	7,75±4,29	<0,001
HAD*Depresyon	6,89±4,07	5,84±3,26	0,073
Aile APGAR	7,18±2,78	7,56±2,73	0,37

RHİDÖ: Ruhsal hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği HAD*: Hastane Anksiyete*

Depresyon ölçeği, İstatistiksel analizde Independent t testi kullanılmıştır.

Aile APGAR ölçeği puanlamasına göre vaka grubunun; %18,6'sında (n=19) şiddetli disfonksiyonel, %40,2'sinde (n=41) orta derecede disfonksiyonel, %41,2 'sinde (n=42) yüksek derece fonksiyonel olarak tespit edilmiştir. Kontrol grubunun; %3'ünde (n=3) şiddetli disfonksiyonel, %27,7'sinde(n=28) orta derecede disfonksiyonel, %69,3'ünde (n=70) yüksek derecede fonksiyonel idi. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir. (p<0,001) ve vaka grubundaki şiddetli disfonksiyonel oranı daha yüksek tespit edilmiştir.

HAD ölçeği Anksiyete puanlamasına göre vaka grubunun %39,2'si (n=40) düşük riskli iken; %60,8'i (n=62) yüksek riskli idi. Kontrol grubunun %85,1'i (n=86)düşük riskli iken; %14,9'u (n=15) yüksek riskli idi. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir. (p<0,001) ve HAD Anksiyete ölçeğine göre vaka grubunda anksiyete yönünden yüksek riskli katılımcı oranı daha yüksek bulunmuştur.

HAD ölçeği Depresyon puanlamasına göre vaka grubunun %48'i (n=49) düşük riskli iken; %52'si (n=53) yüksek riskli idi. Kontrol grubunun %74,3'ü (n=75)düşük riskli iken; %25,7'si(n=26) yüksek riskli idi. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir. (p<0,001)ve HAD Depresyon'a göre vaka grubunda depresyon yönünden yüksek riskli katılımcı oranı daha yüksek bulunmuştur. (Tablo 12)

Tablo 12. Çalışmada kullanılan ölçeklerin puanlarının gruplara göre karşılaştırılması hakkındaki tablo

		Vaka grubu	Kontrol grubu	X ^{2*}	P değeri
Aile APGAR ölçeği	Şiddetli disfonksiyonel	19	3	21,081	<0,001*
		%18,6	%3		
	Orta derecede disfonksiyonel	41	28		
		%40,2	%27,7		
	Yüksek derece fonksiyonel	42	70		
		%41,2	%69,3		
HAD* Anksiyete	Düşük risk	40	86	45,486	<0,001*
		%39,2	%85,1		
	Yüksek risk	62	15		
		%60,8	%14,9		
HAD* Depresyon	Düşük risk	49	75	14,675	<0,001*
		%48	%74,3		
	Yüksek risk	53	26		
		%52,0	%25,7		

HAD*: Hastane Anksiyete Depresyon ölçeği

*İstatistiksel analizde ki-kare testi kullanılmıştır.

Ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ölçeği vaka grubu katılımcılarının yaşadığı yer durumlarına göre; il merkezinde ortalama değer± ss; 68,41±9,034; N (katılımcı sayısı) 83 minimum değer 54 maksimum değer 88 idi. İlçede ortalama değer± ss 62,71±7,06 N (katılımcı sayısı) 14, minimum değer 5, maksimum değer 74 idi. Köyde ortalama değer± ss 62,00±6,08 N (katılımcı sayısı) 5, minimum değer 53, maksimum değer 70 idi. Vaka grubu katılımcılarının yaşadığı yere göre içselleştirilmiş damgalanma algısı ölçek puanında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş (p<0,032) olup il merkezinde yaşayanlarda içselleştirilmiş damgalanma algısı ölçek puanı daha yüksek tespit edilmiştir. (Tablo 13)

Tablo 13. RHİDÖ ‘nün vaka grubu katılımcılarının yaşadığı yer durumlarına göre karşılaştırılması

	İl merkezi (N=83)	İlçe (N=14)	Köy (N=5)	P değeri
RHİDÖ*	(Ort.± SS) (Min.-Max.)	(Ort.± SS) (Min.-Max.)	(Ort.± SS) (Min.-Max.)	
	68,41±9,03 (54-88)	62,71±7,06 (51-74)	62,00±6,08 (53-70)	0,032*

RHİDÖ: Ruhsal hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği*

**İstatistiksel analizde Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.*

Ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ölçeği vaka grubu katılımcılarının annelerinin çalışma durumlarına göre; ‘ev hanımı’ ortalama değer± ss; 67,69±9,30; N (katılımcı sayısı) 75, minimum değer 51 maksimum değer 88 idi. ‘Çalışıyor’ ortalama değer ± ss; 65,00±7,55, N (katılımcı sayısı) 17, minimum değer 56 maksimum değer 83 idi. ‘İşi bırakmış’ ortalama değer ± ss; 68,40±8,11 N (katılımcı sayısı) 10, minimum değer 56 maksimum değer 77 iken RHİDÖ ile vaka grubu katılımcı annelerinin çalışma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. (p:0,414) (Tablo 14)

Tablo 14. RHİDÖ puanının vaka grubu katılımcı annelerinin çalışma durumlarına göre karşılaştırılması

	Ev Hanımı (N=75)	Çalışıyor (N=17)	İşi bırakmış (N=10)	P değeri
RHİDÖ*	(Ort.± SS) (Min.-Max.)	(Ort.± SS) (Min.-Max.)	(Ort.± SS) (Min.-Max.)	
	67,69±9,30 (51-88)	65,00±7,55 (56-83)	68,40±8,11 (56-77)	0,414*

RHİDÖ: Ruhsal hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği*

**İstatistiksel analizde Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.*

Bazı ölçek puanlarının vaka grubu katılımcı annelerinin çalışma durumlarına göre karşılaştırılmasına bakıldığında; HAD Anksiyete puanı vaka grubu katılımcılarının ev hanımı olanlarda; ortalama değer± ss:12,99±6,7; çalışıyor olanlarda ortalama değer ± ss; 11,0±7,0 iken işi bırakmış olanlarda ortalama değer± ss 12,30±7,08 idi. HAD Anksiyete puanı ile annenin çalışma durumu değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu. (p:0,530)

HAD Depresyon puanı vaka grubu katılımcılarının ev hanımı olanlarda; ortalama değer± ss:8,0±4,2; çalışıyor olanlarda ortalama değer ± ss; 6,65±4,15 iken işi bırakmış olanlarda ortalama değer± ss 7,10±3,78 idi. HAD Depresyon puanı ile annenin çalışma durumu değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu. (p:0,399)

Aile APGAR puanı vaka grubu katılımcılarının ev hanımı olanlarda; ortalama değer± ss: 6,40±2,94 çalışıyor olanlarda ortalama değer ± ss; 6,29±2,54 iken işi bırakmış olanlarda ortalama değer±ss:6,30±3,49 idi. Aile APGAR puanı ile annenin çalışma durumu değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu.(p:0,934) (Tablo 15)

Tablo 15. Bazı ölçek puanlarının vaka grubu katılımcı annelerinin çalışma durumlarına göre karşılaştırılması

	Ev Hanımı (Ort. ±SS) (Min.-Max.)	Çalışıyor (Ort.± SS) (Min.-Max.)	İşi bırakmış (Ort.± SS) (Min.-Max.)	X²*	P değeri
HAD Anksiyete	12,99 ± 6,7 (0-28)	11,0 ± 7,0 (1-23)	12,30±7,08 (2-27)	1,269	0,530*
HAD Depresyon	8,0±4,2 (0-18)	6,65±4,15 (1-14)	7,10±3,78 (1-15)	1,840	0,399*
Aile APGAR	6,40±2,94 (0-10)	6,29±2,54 (0-10)	6,30±3,49 (0-10)	0,136	0,934*

HAD: Hastane Anksiyete Depresyon ölçeği İstatistiksel analizde Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.*

RHİDÖ puanı vaka grubu katılımcılarının bakım veren ebeveynlerinden evli olanlarda; ortalama değer± ss: 67,43±8,88; ayrılmış olanlarda ortalama değer ± ss 66,11±9,70 idi. RHİDÖ puanı ile bakım veren ebeveynin medeni durumu değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu. (p:0,612)

HAD Anksiyete puanı vaka grubu katılımcılarının bakım veren ebeveynlerinden evli olanlarda; ortalama değer± SS: 12,80±6,79; ayrılmış olanlarda ortalama değer ± ss 10,44±6,44 idi. HAD Anksiyete puanı ile bakım veren ebeveynin medeni durumu değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu. (p:0,228)

HAD Depresyon puanı vaka grubu katılımcılarının bakım veren ebeveynlerinden evli olanlarda; ortalama değer± ss: 7,81±4,19; ayrılmış olanlarda ortalama değer ± ss: 6,44±3,60 idi. HAD Depresyon puanı ile bakım veren ebeveynin medeni durumu değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu. (p:0,297)

Aile APGAR puanı vaka grubu katılımcılarının bakım veren ebeveynlerinden evli olanlarda; ortalama değer± ss: 6,53±2,80; ayrılmış olanlarda ortalama değer ± ss 4,78±3,63 idi. Aile APGAR puanı ile bakım veren ebeveynin medeni durumu değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu. (p:0,157) (Tablo 16)

Tablo 16. Ölçek puanlarının vaka grubu bakım veren ebeveynlerin medeni durumlarına göre karşılaştırılması

	Evli (Ort. ± SS)	Ayrılmış (Ort. ± SS)	Z değeri	P değeri
RHİDÖ*	67,43 ± 8,88	66,11±9,70	-0,508	0,612
HAD* Anksiyete	12,80±6,79	10,44±6,44	-1,063	0,288
HAD* Depresyon	7,81±4,19	6,44±3,60	-1,043	0,297
Aile APGAR	6,53±2,80	4,78±3,63	-1,415	0,157

RHİDÖ: Ruhsal hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği*

HAD: Hastane Anksiyete Depresyon ölçeği*

İstatistiksel analizde Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

RHİDÖ puanı vaka grubu katılımcılarının asgari ücretin altında geliri olanlarda; ortalama değer $\pm$ ss: $70,95 \pm 8,30$; asgari ücret ve iki katı geliri olanlarda ortalama değer $\pm$ ss $67,22 \pm 9,12$ iken asgari ücretin iki katından daha fazla gelire sahip olanlarda ortalama değer $\pm$ ss $63,79 \pm 7,64$ idi. RHİDÖ puanı ile aile geliri değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. (p:0,048) Asgari ücretin altı geliri olanlarda içselleştirilmiş damgalanma ölçek puanı daha yüksek saptanmıştır.

HAD Anksiyete puanı vaka grubu katılımcılarının asgari ücretin altında geliri olanlarda; ortalama değer $\pm$ ss: $11,85 \pm 5,51$; asgari ücret ve iki katı geliri olanlarda ortalama değer $\pm$ ss $12,97 \pm 7,13$ iken asgari ücretin iki katından daha fazla gelire sahip olanlarda ortalama değer $\pm$ ss $12,11 \pm 6,92$ idi. HAD Anksiyete puanı ile aile geliri değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. (p:0,848)

HAD Depresyon puanı vaka grubu katılımcılarının asgari ücretin altında geliri olanlarda; ortalama değer $\pm$ SS: $7,25 \pm 3,38$; asgari ücret ve iki katı geliri olanlarda ortalama değer $\pm$ ss $7,94 \pm 4,47$ iken asgari ücretin iki katından daha fazla gelire sahip olanlarda ortalama değer $\pm$ ss $7,32 \pm 3,88$ idi. HAD Depresyon puanı ile aile geliri değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. (p:0,802)

Aile APGAR puanı vaka grubu katılımcılarının asgari ücretin altında geliri olanlarda; ortalama değer $\pm$ ss: $5,60 \pm 3,23$; asgari ücret ve iki katı geliri olanlarda; ortalama değer $\pm$ ss $6,44 \pm 2,96$ iken asgari ücretin iki katından daha fazla gelire sahip olanlarda ortalama değer $\pm$ ss $6,95 \pm 2,27$ idi. Aile APGAR puanı ile aile geliri değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. (p:0,461) (Tablo 17)

Tablo 17. Ölçek puanlarının vaka grubu katılımcılarının aile gelir durumlarına göre karşılaştırılması

	Asgari ücretin altı (Ort. ±SS)	Asgari ücret ve iki katı (Ort. ±SS)	Daha fazlası (Ort. ±SS)	X^{2*}	P değeri
RHİDÖ*	70,95±8,30	67,22±9,12	63,79±7,64	6,071	0,048
HAD Anksiyete	11,85±5,51	12,97±7,13	12,11±6,92	0,330	0,848
HAD Depresyon	7,25±3,38	7,94±4,47	7,32±3,88	0,442	0,802
Aile APGAR	5,60±3,23	6,44±2,96	6,95±2,27	1,550	0,461

RHİDÖ: Ruhsal hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği*

HAD: Hastane Anksiyete Depresyon ölçeği*

İstatistiksel analizde Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

RHİDÖ puanı vaka grubu katılımcılarının okula gitme durumu cevabı hayır olanlarda; ortalama değer± ss: 67,34±7,81; evet olanlarda ortalama değer ± ss 67,30±9,42 idi. RHİDÖ puanı ile okula gitme durumu değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu. (p:0,982)

HAD Anksiyete puanı vaka grubu katılımcılarının okula gitme durumu cevabı hayır olanlarda; ortalama değer± ss: 12,44±6,52; evet olanlarda ortalama değer ± ss 12,66±6,91 idi. HAD Anksiyete puanı ile okula gitme durumu değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu. (p:0,880)

HAD Depresyon puanı vaka grubu katılımcılarının okula gitme durumu cevabı hayır olanlarda; ortalama değer± ss: 7,81±4,19; evet olanlarda ortalama değer ± ss 6,44±3,60 idi. HAD Depresyon puanı ile okula gitme durumu değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu. (p:0,998)

Aile APGAR puanı vaka grubu katılımcılarının okula gitme durumu cevabı hayır olanlarda; ortalama değer± ss:7,69±3,83; evet olanlarda ortalama değer ±ss 7,69±4,31 idi. Aile APGAR puanı ile okula gitme durumu değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu. (p:0,240)(Tablo 18)

Tablo 18. Ölçek puanlarının vaka grubu katılımcılarının okula gitme durumlarına göre karşılaştırılması

Okula gitme durumu				
	Hayır (Ort. ±SS)	Evet (Ort. ±SS)	X ² *	P değeri
RHİDÖ*	67,34±7,81	67,30±9,42	0,23	0,982
HAD* Anksiyete	12,44±6,52	12,66±6,91	-0,151	0, 88
HAD* Depresyon	7,81±4,19	6,44±3,60	0,002	0,998
Aile APGAR	7,69±3,83	7,69±4,31	1,182	0,240

RHİDÖ: Ruhsal hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği*

HAD: Hastane Anksiyete Depresyon ölçeği*

İstatistiksel analizde Independent t testi kullanılmıştır

RHİDÖ puanı; vaka grubu katılımcılarının sürekli ilaç kullanma durumu cevabı hayır olanlarda; ortalama değer± ss:67,61±8,73; evet olanlarda ortalama değer ± ss 69,05±8,99 idi. RHİDÖ puanı ile okula gitme durumu değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu. (p:0,723)

HAD Anksiyete puanı; vaka grubu katılımcılarının sürekli ilaç kullanma durumu cevabı hayır olanlarda; ortalama değer± ss: 12,63±6,95; evet olanlarda ortalama değer ± ss 12,67±6,59 idi. HAD Anksiyete puanı ile okula gitme durumu değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu. (p:0,902)

HAD Depresyon puanı; vaka grubu katılımcılarının sürekli ilaç kullanma durumu cevabı hayır olanlarda; ortalama değer± ss: 7,59±4,21; evet olanlarda ortalama değer ± ss 7,90±4,10 idi. HAD Depresyon puanı ile okula gitme durumu değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu. (p:0,852)

Aile APGAR puanı; vaka grubu katılımcılarının sürekli ilaç kullanma durumu cevabı hayır olanlarda; ortalama değer± ss: 6,73±2,88 evet olanlarda ortalama değer ± SS5,86±2,92 idi. Aile APGAR puanı ile okula gitme durumu değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu. (p:0,833) (Tablo 19)

Tablo 19. Ölçek puanlarının vaka grubu katılımcılarının sürekli ilaç kullanma durumlarına göre karşılaştırılması

Sürekli İlaç Kullanma Durumları				
	Hayır (Ort. ±SS)	Evet (Ort. ±SS)	X ² *	P değeri
RHİDÖ*	67,61±8,73	69,05±8,99	0,23	0,723
HAD* Anksiyete	12,63±6,95	12,67±6,59	-0,151	0,902
HAD* Depresyon	7,59±4,21	7,90±4,10	0,002	0,852
Aile APGAR	6,73±2,88	5,86±2,92	1,182	0,833

RHİDÖ: Ruhsal hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği*

HAD: Hastane Anksiyete Depresyon ölçeği*

İstatistiksel analizde Independent t testi kullanılmıştır

RHİDÖ vaka grubu katılımcılarında şu anki motor durumu normal iken ortalama değer± ss; 66,05±8,79 minimum değer 51 maksimum değer 88 idi. Şu anki motor durum geri iken ortalama değer ± ss; 69,05±8,99 minimum değer 53 maksimum değer 84 idi. RHİDÖ puanı ile şu anki motor durum değişkeni arasında anlamlı bir fark yoktu. (p:0,098)

HAD Anksiyete ölçeği vaka grubu katılımcılarında şu anki motor durumu normal iken ortalama değer± ss; 12,80± 6,79 minimum değer 2 maksimum değer 28 idi. Şu anki motor durum geri iken ortalama değer ± ss; 10,44 ± 6,44 minimum değer 0 maksimum değer 28 idi. HAD Anksiyete puanı ile şu anki motor durum değişkeni arasında anlamlı bir fark yoktu. (p:0,97)

HAD Depresyon ölçeği vaka grubu katılımcılarında şu anki motor durumu normal iken ortalama değer± ss; 7,81± 4,19 minimum değer 1 maksimum değer 18 idi. Şu anki motor durum geri iken ortalama değer ± ss; 6,44 ± 3,60 minimum değer 0 maksimum değer 18 idi. HAD Depresyon puanı ile şu anki motor durum değişkeni arasında anlamlı bir fark yoktu. (p:0,71)

Aile APGAR ölçeği vaka grubu katılımcılarında şu anki motor durumu normal iken ortalama değer± ss 6,53± 2,80 minimum değer 0 maksimum değer 10 idi. Şu anki

motor durum geri iken ortalama değer $\pm$ ss; $4,78 \pm 3,63$ minimum değer 0 maksimum değer 10 idi. Aile APGAR ölçeği ile şu anki motor durum değişkeni arasında anlamlı bir fark yoktu. (p:0,14)(Tablo 20)

Tablo 20. Ölçek puanlarının vaka grubu katılımcılarının şu anki motor gelişim durumlarına göre karşılaştırılması

	Normal (Ort. $\pm$SS) (Min.-Max.)	Geri (Ort. $\pm$SS) (Min.-Max.)	t değeri	P değeri
RHİDÖ*	66,05 $\pm$ 8,79 (51-88)	66,11 $\pm$ 9,70 (53-84)	-1,162	0,098
HAD* Anksiyete	12,80 $\pm$ 6,79 (2-28)	10,44 $\pm$ 6,44 (0-28)	-0,029	0,97
HAD* Depresyon	7,81 $\pm$ 4,19 (1-18)	6,44 $\pm$ 3,60 (0-18)	-1,043	0,71
Aile APGAR	6,53 $\pm$ 2,80 (0-10)	4,78 $\pm$ 3,63 (0-10)	-0,370	0,14

RHİDÖ: Ruhsal hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği*

HAD: Hastane Anksiyete Depresyon ölçeği*

İstatistiksel analizde Independent t testi kullanılmıştır

RHİDÖ vaka grubu katılımcılarında şu anki dil durumu normal iken ortalama değer $\pm$ ss; $63,44 \pm 9,57$ minimum değer 53 maksimum değer 88 idi. şu anki dil durum geri iken ortalama değer $\pm$ ss; $68,23 \pm 8,66$ minimum değer 51 maksimum değer 85 idi. RHİDÖ puanı ile şu anki motor durum değişkeni arasında neredeyse anlamlı bulunmuştur. (p:0,050) şu anki dil gelişim durumu geri olan katılımcıların ebeveynlerinde RHİDÖ puanı daha yüksek saptanmıştır.

HAD Anksiyete ölçeği vaka grubu katılımcılarında şu anki dil durumu normal iken ortalama değer $\pm$ SS; $10,88 \pm 7,09$ minimum değer 2 maksimum değer 23 idi. şu anki dil durum geri iken ortalama değer $\pm$ ss; $12,89 \pm 6,80$ minimum değer 0 maksimum değer 28 idi. HAD Anksiyete puanı ile şu anki motor durum değişkeni arasında anlamlı bir fark yoktu. (p:0,284)

HAD Depresyon ölçeği vaka grubu katılımcılarında şu anki dil durumu normal iken ortalama değer± SS; 6,44± 4,32 minimum değer 1 maksimum değer 14 idi. Şu anki dil durum geri iken ortalama değer ± ss; 7,90 ± 4,17 minimum değer 0 maksimum değer 18 idi. HAD Depresyon puanı ile şu anki motor durum değişkeni arasında anlamlı bir fark yoktu. (p:0,204)

Aile APGAR ölçeği vaka grubu katılımcılarında şu anki dil durumu normal iken ortalama değer± SS 6,88± 2,91 minimum değer 0 maksimum değer 10 idi. Şu anki dil durum geri iken ortalama değer ± ss; 6,30±2,91 minimum değer 0 maksimum değer 10 idi. Aile APGAR ölçeği ile şu anki dil durum değişkeni arasında anlamlı bir fark yoktu. (p:0,472)(Tablo 21)

Tablo 21. Ölçek puanlarının vaka grubu katılımcılarının şu anki dil gelişim durumlarına göre karşılaştırılması

	Normal (Ort. ±SS) (Min.-Max.)	Geri (Ort. ±SS) (Min.-Max.)	t değeri	P değeri
RHİDÖ*	63,44±9,57 (53-88)	68,23±8,66 (51-85)	-1,984	0,050
HAD* Anksiyete	10,88±7,09 (2-23)	12,89±6,80 (0-28)	-1,078	0,284
HAD* Depresyon	6,44±4,32 (1-14)	7,90±4,17 (0-18)	-1,279	0,204
Aile APGAR	6,88±2,91 (0-10)	6,30±2,91 (0-10)	0,721	0,472

RHİDÖ: Ruhsal hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği*

HAD: Hastane Anksiyete Depresyon ölçeği*

İstatistiksel analizde Independent t testi kullanılmıştır

RHİDÖ puanı; vaka grubu katılımcılarının OSB hakkında eğitim alma durumu cevabı hayır olanlarda; ortalama değer± ss: 68,11±8,89; minimum değer 51 maksimum değer 88 iken evet olanlarda ortalama değer ± ss 62,67±7,72 minimum değer 54 maksimum değer 81 idi. RHİDÖ puanı ile OSB hakkında eğitim alma durumu değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. (p:0,020) OSB hakkında

eğitim almayanlarda RHİDÖ puanı daha yüksek saptanmıştır. HAD Anksiyete puanı; vaka grubu katılımcılarının OSB hakkında eğitim alma durumu cevabı hayır olanlarda; ortalama değer±ss:13,13±6,61 minimum değer 1, maksimum değer 28 iken; evet olanlarda ortalama değer ± ss 8,27±6,13 minimum değer 0 maksimum değer 19 idi. HAD Anksiyete puanı ile OSB hakkında eğitim alma durumu değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. (p:0,009) OSB hakkında eğitim almayanlarda HAD Anksiyete puanı daha yüksek saptanmıştır.

HAD Depresyon puanı; vaka grubu katılımcılarının OSB hakkında eğitim alma durumu cevabı hayır olanlarda; ortalama değer± ss:8,14±4,02 minimum değer 1, maksimum değer 18 iken evet olanlarda ortalama değer ± ss 5,07±4,08 minimum değer 0 maksimum değer 13 idi. HAD Depresyon puanı ile OSB hakkında eğitim alma durumu değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. (p:0,009) OSB hakkında eğitim almayanlarda HAD Depresyon puanı daha yüksek saptanmıştır. Aile APGAR puanı vaka grubu katılımcılarının OSB hakkında eğitim alma durumu cevabı hayır olanlarda; ortalama değer± ss:6,40±2,94 minimum değer 0, maksimum değer 10 iken evet olanlarda ortalama değer ± ss 6,20±2,75 minimum değer 0, maksimum değer 10 idi. Aile APGAR puanı ile OSB hakkında eğitim alma durumu değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. (p:0,693)(Tablo 22)

Tablo 22. Ölçek puanlarının vaka grubu katılımcılarının OSB hakkında eğitim alma durumlarına göre karşılaştırılması

	Hayır (Ort. ±SS) (Min.-Max.)	Evet (Ort. ±SS) (Min.-Max.)	Z değeri	P değeri
RHİDÖ*	68,11±8,89 (51-88)	62,67±7,72 (54-81)	-2,336	0,020
HAD* Anksiyete	13,13±6,61 (1-28)	8,27±6,13 (0-19)	-2,631	0,009
HAD* Depresyon	8,14±4,02 (1-18)	5,07±4,08 (0-13)	-2,604	0,009
Aile APGAR	6,40±2,94 (0-10)	6,20±2,75 (0-10)	-0,395	0,693

RHİDÖ: Ruhsal hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği*

HAD: Hastane Anksiyete Depresyon ölçeği, İstatistiksel analizde Mann Whitney U testi kullanılmıştır*

Katılımcıların 'motor gelişim ilk oturma' sı ile RHİDÖ arasında pozitif yönde düşük kuvvette ilişki vardı. ($r:0,206$ $p:0,042$), RHİDÖ ile 'motor gelişim ilk yürümesi' arasında pozitif yönde düşük kuvvette ilişki vardı($r:0,214$ $p:0,015$). RHİDÖ ile 'Dil gelişim ilk kelime' arasında anlamlı ilişki yoktu($p:0,808$). RHİDÖ ile 'Dil gelişim ilk kelime' arasında negatif yönde düşük kuvvette ilişki vardı ($r:-0,210$ $p:0,038$)

Katılımcıların 'motor gelişim ilk oturma' sı ile HAD Anksiyete puanı arasında pozitif yönde orta kuvvette ilişki vardı ($r:0,286$ $p<0,001$), 'motor gelişim ilk yürüme' si ile HAD Anksiyete puanı arasında pozitif yönde orta kuvvette ilişki vardı $r:0,332$ $p<0,001$). HAD Anksiyete ile 'Dil gelişim ilk kelime' arasında anlamlı ilişki yoktu. ($p:0,493$).HAD Anksiyete ile 'Dil gelişim cümle' arasında anlamlı ilişki yoktu. ($p>0,05$).

Katılımcıların 'motor gelişim ilk oturma' sı ile HAD Depresyon puanı arasında pozitif yönde orta kuvvette ilişki vardı ($r:0,219$ $p:0,002$), 'motor gelişim ilk yürüme' si ile HAD Depresyon puanı arasında pozitif yönde orta kuvvette ilişki vardı ($r:0,264$ $p<0,001$) HAD Anksiyete ile 'Dil gelişim ilk kelime' arasında anlamlı ilişki yoktu. ($p>0,05$). HAD Anksiyete ile 'Dil gelişim cümle' arasında anlamlı ilişki yoktu. ($p:0,224$).

Katılımcıların 'motor gelişim ilk oturma' sı ile Aile APGAR arasında anlamlı ilişki yoktu. ($p:0,060$) 'Motor gelişim ilk yürüme' si ile Aile APGAR arasında negatif yönde orta kuvvette ilişki vardır. ($r:-0,205$ $p:0,004$) Aile APGAR ile 'Dil gelişim ilk kelime' arasında anlamlı ilişki yoktu. ($p:0,306$). Aile APGAR ile 'Dil gelişim cümle' arasında anlamlı ilişki yoktu. ($p:0,984$). (Tablo 23)

Tablo 23. Çalışmada kullanılan ölçeklerin ile bazı verilerin ilişkisinin korelasyon tablosu

		RHİDÖ*	HAD Anksiyete	HAD Depresyon	Aile APGAR
Motor gelişim ilk oturma	r	0,206	0,286	0,219	-0,136
	P	0,042	<0,001	0,002	0,060
Motor gelişim ilk yürüme	r	0,214	0,332	0,264	-0,205
	P	0,015	<0,001	<0,001	0,004
Dil gelişim ilk kelime	r	0,025	0,049	0,051	-0,074
	P	0,808	0,493	0,477	0,306
Dil gelişim ilk cümle	r	-0,210	-0,088	0,083	-0,011
	P	0,038	0,224	0,248	0,914

RHİDÖ: Ruhsal hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği HAD*: Hastane Anksiyete Depresyon ölçeği Spearman's korelasyon analizi kullanılmıştır.*

Ebeveynin kendine vakit ayırma durumu ile RHİDÖ arasında anlamlı ilişki yoktu. (p:0,943) Ebeveynin arkadaş /akraba ziyaretlerine vakit ayırma durumu ile RHİDÖ arasında negatif yönde orta kuvvette ilişki vardır. (r:-0,229 p:0,021)

Ebeveynin kendine vakit ayırma durumu ile HAD Anksiyete arasında negatif yönde orta kuvvette ilişki vardı. (r:-0,267 p <0,001) Ebeveynin arkadaş /akraba ziyaretlerine vakit ayırma durumu ile HAD Anksiyete ile arasında negatif yönde orta kuvvette ilişki vardı. (r:-0,324 p <0,001)

Ebeveynin kendine vakit ayırma durumu ile HAD Depresyon arasında negatif yönde orta kuvvette ilişki vardı. (r:-0,251 p <0,001) Ebeveynin arkadaş /akraba ziyaretlerine vakit ayırma durumu ile HAD Depresyon arasında negatif yönde orta kuvvette ilişki vardı. (r:-0,241 p <0,001)

Ebeveynin kendine vakit ayırma durumu ile Aile APGAR ölçeği arasında pozitif yönde orta kuvvette ilişki vardı. (r. 0,214 p:0,002) Ebeveynin arkadaş /akraba ziyaretlerine vakit ayırma durumu ile Aile APGAR ölçeği arasında pozitif yönde orta kuvvette ilişki vardı. (r:0,269 p <0,001) (Tablo 23-I)

Tablo 23. Çalışmada kullanılan ölçeklerin ile bazı verilerin ilişkisinin korelasyon tablosu -I

		RHİDÖ*	HAD Anksiyete	HAD Depresyon	Aile APGAR
Ebeveynin kendine vakit ayırma durumu	r	-0,007	-0,267	-0,251	0,214
	P	0,943	<0,001	<0,001	0,002
Ebeveynin arkadaş /akraba ziyaretlerine vakit ayırma durumu	r	-0,229	-0,324	-0,241	0,269
	P	0,021	<0,001	<0,001	<0,001

RHİDÖ: Ruhsal hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği HAD*: Hastane Anksiyete*

Depresyon ölçeği

Spearman's korelasyon analizi kullanılmıştır.

RHİDÖ ile annenin eğitim durumu ve babanın eğitim durumu değişkenleri arasında anlamlı ilişki yoktu. (p:0,176 ve p:0,719) HAD Anksiyete ile annenin eğitim durumu arasında negatif yönde düşük kuvvette ilişki tespit edilmiştir. (r:-0,176 p<0,05) HAD Anksiyete ile babanın eğitim durumu arasında negatif yönde düşük kuvvette ilişki tespit edilmiştir. (r:-0,218 p<0,05) HAD depresyon ile annenin eğitim durumu arasında düşük kuvvette negatif yönde ilişki bulunmuştur. (r:-0,153 p<0,05) HAD depresyon ile babanın eğitim durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. (p:0,067)

Aile APGAR ölçeği ile annenin eğitim durumu ve babanın eğitim durumu değişkenleri arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. (p:0,052 ve p:0,320)(Tablo 23-II)

Tablo 23. Çalışmada kullanılan ölçeklerin ile bazı verilerin ilişkisinin korelasyon tablosu -II

		RHİDÖ*	HAD Anksiyete	HAD Depresyon	Aile APGAR
Annenin eğitim durumu	r	-0,135	-0,176	-0,153	0,137
	P	0,176	0,012	0,029	0,052
Babanın eğitim durumu	r	-0,036	-0,218	-0,129	-0,070
	P	0,719	0,002	0,067	0,320

RHİDÖ: Ruhsal hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği HAD*: Hastane Anksiyete*

Depresyon ölçeği

Spearman's korelasyon analizi kullanılmıştır.

Ölçek puanları korelasyon analizinde; RHİDÖ puanları ile HAD Anksiyete arasında pozitif yönde orta kuvvette ilişki bulunmuştur. (r:0,555 p<0,001) RHİDÖ puanları ile HAD Depresyon arasında pozitif yönde orta kuvvette ilişki bulunmuştur. (r:0,584 p<0,001) RHİDÖ puanları ile Aile APGAR ölçeği arasında negatif yönde orta kuvvette ilişki bulunmuştur. (r:-0,269 p: 0,006)

HAD Anksiyete ile HAD Depresyon arasında pozitif yönde yüksek şiddette ilişki bulunmuştur. (r:0,844 p<0,001) HAD Anksiyete ile Aile APGAR ölçeği arasında negatif yönde orta kuvvette ilişki bulunmuştur. (r:-0,348 p<0,001)

HAD Depresyon ile Aile APGAR ölçeği arasında negatif yönde orta kuvvette ilişki bulunmuştur. (r:-0,333 p<0,001) (Tablo 24).

Tablo 24. Çalışmada kullanılan ölçeklerin birbirleri ile olan ilişkisinin korelasyon tablosu

		RHİDÖ*	HAD Anksiyete	HAD Depresyon	Aile APGAR
RHİDÖ*	r				
	P				
HAD Anksiyete	r	0,555			
	P	<0,001			
HAD Depresyon	r	0,584	0,844		
	P	<0,001	<0,001		
Aile APGAR	r	-0,269	-0,348	-0,333	
	P	0,006	<0,001	<0,001	

RHİDÖ: Ruhsal hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği HAD*: Hastane Anksiyete*

Depresyon ölçeği

Spearman's korelasyon analizi kullanılmıştır.

5. TARTIŞMA

Otizm spektrum bozukluğunun ülkemizde prevalansı 1/59 olarak belirlenmiştir (3). OSB sıklığı git gide artan nörogelişimsel bir bozukluktur (17). OSB'li çocuklar tanısall değerlendirme, tedavi seçimi ve destek için ebeveynlerine bağımlıdır. Zihinsel ve fiziksel olarak sağlıklı olan ebeveynler, OSB'nin sonuçlarıyla baş etmeyi ve çocukları için destekleyici rol üstlenmeyi en iyi şekilde başarabilirler (59,60). Toplumda OSB'ye sahip çocuğı olan ailelerin damgalanma, depresyon anksiyete düzeyleri yüksek saptanmış olup bu durumun çocukları ihmale yol açabileceğı bilinmektedir (61,62). Toplumda OSB'ye sahip çocuğı olan ailelerin fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan değerlendirilmeleri önemlidir.

Bizim çalışmamızda OSB ile takipli olguların bakım veren ebeveynlerinin depresyon anksiyete, içselleştirilmiş damgalanma algısı ve aile fonksiyonelliğı yönünden sağlıklı gönüllü grubu ile karşılaştırılmalı olarak literatür ışığında değerlendirilmesi tartışılacaktır. Çalışmaya 102 vaka grubu, 101 de olgu grubu olmak üzere 203 kişi dahil edilmiştir.

Çalışmamıza katılan gönüllülerin verileri incelendiğinde vaka grubu ve kontrol grubu arasında cinsiyet yönünden anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bizim çalışmamızda vaka grubunda erkek yüzdesi katılımcıların %86, 4'ü iken kız yüzdesi %13,6 idi. Sağlıklı gönüllülerden oluşan kontrol grubunda ise; erkek kız oranları neredeyse eşitti. Vaka grubu katılımcıları ile kontrol grubu katılımcıları arasındaki bu fark; OSB'nin erkeklerde çok daha fazla oranlarda görülmesinden kaynaklanmaktadır. Literatüre incelendiğinde OSB'nin(klasik otizm için) erkek kadın oranının 4: 1 olduğu Asperger sendromlu bireylerde ise erkek kadın oranının 11: 1'e kadar çıkan oranlarda olduğu gösterilmiştir (63). Otizm prevalansı için en yaygın olarak bildirilen erkek-kadın oranı 4-5: 1' dir (64). Bizim çalışmamızda erkek/kız oranı literatür ile neredeyse uyumlu olacak şekilde yaklaşık 6:1 olarak bulunmuştur. Erkek /kız oranının 4-5: 1 olarak bilinmesi nedeniyle çoğı bilimsel çalışma katılımcılarını bu cinsiyet oranına göre çalışmasına dahil etmektedir (64,65). Ayrıca otizm tanısı konmuş olan kız çocuklarının erkeklere göre daha fazla kelime dağarcığının olması, yaratıcı oyunları daha fazla oynadıkları görülmüştür. Sosyalleşme konusunda da erkeklere kıyasla daha fazla farkındalık ve ilgiye sahip oldukları görülmüştür (65,66). Bu durum kız çocuklarında

OSB tanısının daha geç konulmasına ya da atlanmasına neden olabilir. Ayrıca bu düşüncemizi destekleyen kamufraj kavramı; sosyal ortamlarda OSB ile ilişkili davranışları gizlemek için kullanılan yöntemler bütünüdür. Kamufraj her iki cinsiyet için tespit edilmiş olsa bile; yanlış ya da gecikmiş tanı ve de tanıdaki kadın erkek eşitsizliğini açıklamak için literatürde yerini almıştır (65, 67, 68). Biz de literatür bilgileri doğrultusunda birinci basamakta OSB taramasında cinsiyet ayırmaksızın tüm çocukların dikkatle değerlendirilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Çalışmamıza katılan gönüllülerin diğer sosyodemografik verileri incelendiğinde vaka grubu ile kontrol grubu arasında yaş, yaşadığı yer verileri yönünden anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Ancak ebeveyn eğitim durumu ve aile gelir durumu yönünden kontrol grubu katılımcıları daha yüksek aile gelirine ve daha yüksek eğitim seviyesine sahipti. Literatürde yapılan çalışmalara bakıldığında sosyoekonomik durumun OSB riskini arttırmasıyla alakalı bir konsensus bulunmamaktadır. Japonya'da Fujiwara ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada annenin eğitim seviyesinin düşük olmasının çocuklarda OSB riskinin arttırdığı gözlenirken; aile geliri ve babanın eğitim seviyesi ile ilişkili olmadığı gözlenmiştir (64). Rai ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre de aile gelirinin düşük olmasının OSB görülme riskini arttırdığı ancak ebeveynin eğitim durumunun OSB riski ile ilişkisi olmadığı bulunmuştur (70). Karşıt görüş olarak Danimarka'da yapılan bir kohort çalışmasında ise sosyoekonomik durumu ile otizm riski arasında ilişki bulunamamıştır (71). Fombonne ve arkadaşları tarafından yayınlanan bir derlemede de sosyoekonomik durum ile OSB riski arasında ilişki olmadığı bildirilmiştir (72). Bizim çalışmamızda ise vaka grubu katılımcıları kontrol grubuna göre gelir durumu, eğitim seviyesi yönünden daha düşük seviyededir. Annenin çalışma durum varlığı ise vaka grubu katılımcılarında kontrol grubuna göre daha az bulunmuştur. OSB 'nin diğer hastalık gruplarına benzemediği, daha uzun tedavi ve izlem gerektirdiği bilinmektedir. OSB'li çocukların primer bakım vereni genelde anneleridir (73,74). Literatürde uyumlu olarak bizim çalışmamızda da birincil bakım veren %93 oranında anne olarak tespit edilmiştir. Birincil bakım verenin anne olması annelerin OSB'li çocukları ile ilgilenmek zorunda bırakıp aile gelirine katkıda bulunmalarını engellemiş olabilir. Sosyoekonomik yönden yüksek ailelerin; OSB tanıli çocuklarının tedavi ve izlemlerini özel merkezlerde yaptırmayı tercih ediyor olması muhtemeldir. Kontrol grubu katılımcılarını çalışmaya dahil edilmesi aşamasında düşük

eğitim seviyesine sahip aileler sorularımızı cevaplamak istemediler ve daha az oranda çalışmamıza katılmayı kabul ettiler. Tüm bu durumlar çalışmamızda vaka grubunun aile gelirinin ve ebeveyn eğitim durumunun daha düşük saptanmasına neden olmuş olabilir. Aile geliri, ebeveyn eğitim seviyesi ile OSB riski arasındaki ilişkiyi açıklamak için daha fazla çok merkezli çalışmaya ihtiyaç duyulduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamıza katılan gönüllüler; çocuğun yaşı, anne yaşı ve baba yaşı yönünden karşılaştırıldığında vaka grubu ile kontrol grubu arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Ancak literatürde ileri ebeveyn yaşının kuvvetli risk faktörü olduğunu belirten çeşitli çalışmalar vardır. Bir meta-analiz çalışmasına göre anne, baba yaşında 10 yıllık bir artışın %18 ile %21 ve daha yüksek oranda OSB riski ile ilişkili bulunmuştur. Bazı çalışmalarda ileri anne yaşının risk taşıdığı bulunmuştur (75). Bazı çalışmalarda ileri anne yaşının, bazılarında ileri baba yaşının bazılarında ise her ikisinin de OSB riskini arttırdığı belirtilmiştir (76–79).

Çalışmamızda vaka ve kontrol grubu; çocuğun motor gelişimi ve dil gelişimi yönünden karşılaştırıldığında; vaka grubu katılımcılarının kontrol grubu katılımcılarına göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde çocuğun motor gelişimi ve dil gelişimi daha geri idi. Vaka grubu katılımcılarında motor gelişim geriliği olma oranı %41,6 bulunmuştur. Tespit ettiğimiz bu durum literatür ile de uyumludur. Batı Avusturalya’da 2084 OSB tanılı çocuk üzerinde Licari ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre OSB tanılı çocuklarda motor gelişim geriliği oranı %34,5 olarak bildirilmiştir (80). Wagner ve arkadaşlarının 218 OSB tanılı çocuk üzerinde yaptığı kohort çalışmasına göre OSB’de motor gelişim geriliği oranını %51 bu zaman zaman ilerledikçe %38 ‘e düşüyor olarak belirtmiştir (81). Green ve arkadaşlarının 101 OSB tanılı çocuk ile Güneydoğu İngiltere’ de yaptığı çalışmaya göre OSB tanılı çocuklarda hareket bozukluğu oranını %79,2 olarak bildirmiştir.

Yapılan çalışmalara bakıldığında OSB ‘ye sahip çocuklarda yaşamın ilk yılında dil gelişmesinde gecikme ve gerilik, sosyal etkileşim geriliği kilometre taşı bulgularındandır. Ancak dil gelişim geriliği yaygınlığı ve kullanılan kriterler yaşa göre değişmektedir (82). OSB tanılı çocukların tümü olmasa da çoğunluğu alıcı veya verici dil gelişim geriliğine sahiptir (83). OSB tanısında dilin anormal kullanımı OSB tanısında en çarpıcı özellik olarak gösterilmektedir (84). Gelişim basamaklarındaki bu geriliklerin OSB tanısına eşlik eden nöropsikiyatrik durumlara, eşlik eden zeka

geriliğine bağılı da olabileceğı söylenmiştir (85,86). Biz de birinci basamak aile hekimlerinin; tespit ettikleri gelişimsel geriliklerde ya da gelişimsel gerilik şüphesinde OSB tanısının akılda tutulmasının önemli olduğunu düşünmekteyiz. Aile hekimleri gelişim gerilikleri ile mücadele noktasında farkındalık arttırarak ve de gerekli yönlendirmeyi yaparak bu konuda kilit rol oynayabilirler.

Yapılan bir kohort çalışmasına göre; gebelik yaşı 36 haftanın altına düştüğünde, gelişimsel gecikme riski katlanarak artmaktadır (87). Yeni Zelanda 'da Inder ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmaya göre prematüre doğan bebeklerde term bebeklere göre kortikal gri maddeleri daha az gelişmiş idi (88). Yapılan başka çalışmalar; prematür doğumun dil ve konuşma eksiklikleri, bazı bilişsel eksiklikler ve OSB gibi durumlara yol açabileceğini gösterilmiştir (87,89–91). Doğum ağırlığının ve gebelik yaşının düşük olmasının, birçok fiziksel ve gelişimsel problem riskinin artmasına yol açtığı gösterilmiştir (92). 2015 yılında Zerbeto ve arkadaşlarının yayınladığı derlemeye göre; düşük doğum ağırlığı ile doğan çocukların, daha yüksek kilolu ve 37. gebelik haftasına yakın çocuklara kıyasla dil ölçümlerinde daha düşük performans gösterdiği belirtilmiştir (93). Yapılan çeşitli meta-analizler ve diğer çalışmalar sezaryen doğumun OSB riski ile alakalı olabileceğini belirtmiştir (24,25). Çalışmamızda katılımcıların gruplara göre doğum ağırlığı ve doğum zamanı verisine bakıldığında doğum ağırlığı açısından gruplar arasında anlamlı bir fark yoktu. Bizim çalışmamızda fark bulamamamızın nedeni çalışmaya dahil olan katılımcı sayısının düşük olması olabilir. Doğum zamanı ise literatür ile uyumlu olarak vaka grubu katılımcılarının doğum zamanı (hafta) değeri daha düşük bulunmuştur. Katılımcıların gruplara göre doğum şekli durumuna bakıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bunun sebebi dahil edilen katılımcı sayısının düşük olmasıyla alakalı olabileceğı gibi ülkemizde sezeryan doğum oranının yüksek olmasıyla da açıklanabilir (94).

Bir meta-analiz çalışmasına göre annenin gestasyonel diyabeti olması OSB riskini iki kat arttırdığı ve maternal hipertansiyona sahip olması OSB için yüksek riskli olduğu belirtilmiştir (95). Başka bir meta-analiz çalışmasına göre de prenatal dönemde annenin gestasyonel diyabet ve hipertansiyonu olması OSB için riski arttırıcı faktörlerdendir (96). Gestasyonel diyabetin OSB riskini arttırıcı faktörlerden olduğunu söyleyen çok fazla çalışma olmasına karşın; risk faktörü olmadığını söyleyen çalışmalar

da vardır. Mamidala ve arkadaşlarının Hindistan'da yaptığı bir çalışmaya göre gestasyonel diyabet OSB için risk faktörü olarak bulunmamıştır (97). Kim ve arkadaşlarının 2019 yılında yayınlanan derlemesine göre gestasyonel hipertansiyon ve maternal hipertansiyon OSB yönünden kuvvetli risk göstergesidir (98). Bizim çalışmamızda vaka grubu ile kontrol grubu katılımcıları arasında gestasyonel diyabet yönünden anlamlı bir fark görülmemiştir. Gestasyonel hipertansiyon yönünden ise istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiş olup vaka grubu katılımcılarında gestasyonel hipertansiyon daha yüksek oranda idi. Bu durum literatürdeki çalışmalar ile uyumludur. Özellikle birinci basamakta gestasyonel diyabet ve hipertansiyon izlemlerinin daha dikkatli yapılması gerektiğini düşünmekteyiz.

Gebelik döneminde annenin ilaç kullanımına bakıldığında çalışmamızda vaka grubu katılımcı annelerinin kontrol grubu katılımcı annelerine göre gebelikte ilaç kullanım oranı daha yüksek idi. Tespit ettiğimiz bu durum literatür ile uyumludur. Gardener ve arkadaşlarının yaptığı meta-analiz çalışmasına göre prenatal dönemde annenin ilaç kullanımı OSB yönünden %46 artmış risk ile ilişkilendirilmiştir (95). Gunchat ve arkadaşlarının yayınladığı derlemede prenatal dönemde annenin ilaç kullanımının OSB ve diğer yaygın gelişimsel bozukluklar ile ilişkisinin anlaşılabilmesi için daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu belirtilmiştir (99). Gebelik döneminde annenin parasetamol kullanımına bakıldığında çalışmamızda vaka grubu katılımcı annelerinin kontrol grubuna göre gebelikte parasetamol kullanma oranı daha yüksek saptanmıştır. Vaka grubunu %46,1' i parasetamol kullanmış iken kontrol grubunun ise %28,7 si kullanmış idi.

Liew ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada gelişmiş ülkelerde gebe kadınlarda parasetamol kullanım oranı %46-%54 olarak belirtilmiştir (100). Alemany ve arkadaşlarının yaptığı başka bir çalışmada annenin prenatal dönemde parasetamol kullanımının %19 -%21 oranında OSB ve DEHB riskini arttırdığını ve sonrasında bu çocukların sınırlı OSB ve DEHB semptomları gösterdiğini belirtmiştir (34). Liew, Ritz ve arkadaşlarının yaptığı geniş çaplı kohort çalışmasında gebelik süresince parasetamol kullanımının hiperkinetik semptomlar gösteren Otizm ile infantil otizm riskini neredeyse iki kat arttırdığı, gebelikte parasetamol kullanımının 20 hafta ve üzerinde olması durumunda OSB riskinde artış olduğu bildirilmiştir (101). Bizim çalışmamızda literatür ile uyumlu olarak OSB'na sahip çocukların annelerinde parasetamol kullanımı

daha yüksek saptanmıştır ancak parasetamol kullanımının süresi sorgulanmamış olması bu çalışmanın bir eksikliğidir.

Bizim çalışmamızda annenin gebelikte antidepresan ve antipsikotik ilaç kullanım durumunda gruplar arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Suarez ve arkadaşlarının 145402 antidepresan kullanan gebe ile 3032745 antidepresan ilaç kullanmamış gebe üzerinde yaptığı kohort çalışmasında OSB riski ile gebelikte antidepresan kullanımı arasında ilişki bildirilmemiştir (102). Wang ve arkadaşlarının Hong Kong’da 1 Ocak 2001 ile 31 Aralık 2015 tarihleri arasında canlı doğum yapan 15 ila 50 yaş arası kadınların tüm gebeleri dahil edildiği retrospektif kohort çalışmasına göre antipsikotik ilaç kullanımının OSB riskini arttırmadığı bildirilmiştir (103).

Gebelik döneminde annenin sigara kullanımına bakıldığında çalışmamızda vaka grubu katılımcı annelerinin %12,7 ‘si sigara kullanmış iken kontrol grubunda bu oran %5,0 idi. Tespit ettiğimiz bu durum istatistiksel olarak neredeyse anlamlı bulunmuştur. ($p=0,051$) Vaka grubu katılımcılarında kontrol grubuna göre daha yüksek oranda sigara kullanımı vardı. Bu durum literatür ile uyumludur. Picciotto ve arkadaşlarının yaptığı kohort çalışmasına göre annenin gebelikte, doğum öncesi sigara kullanması OSB riskini arttırmaktadır (104). Abraham ve arkadaşlarının yayınladığı derlemeye göre, gebelik sırasında annenin sigara içmesi; fetal baş ve femur uzunluğunun azalması ile ilişkilendirilmiştir (105). Birinci basamakta; gebelerin sigara kullanmaması konusunda bilgilendirilmelerinin artırılmasını önermekteyiz.

Gebelik döneminde annenin enfeksiyon geçirme durumuna bakıldığında çalışmamızda gruplar arasında vaka grubunun gebelikte enfeksiyon geçirme oranı kontrol grubuna göre daha yüksek saptanmıştır. Bu durum literatür ile uyumludur. Estes ve arkadaşlarının yayınladığı makaleye göre epidemiyolojik kanıtlar maternal enfeksiyonu OSB risk faktörü olarak göstermektedir (106). Tioleco ve arkadaşlarının 36 çalışmayı inceleyerek yaptığı bir meta-analiz çalışmasına göre annenin hamilelik sırasında enfeksiyon geçirmesinin OSB riskini arttırdığı ve maternal enfeksiyonların önlenmesi ve zamanında tedavi edilmesi durumunda OSB riskinin azaltılabileceği sonucuna ulaşmışlardır (107).

Çalışmamızda katılımcıların kardeş varlığı durumuna bakıldığında vaka grubu katılımcılarında kardeş varlığı kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde yüksekti. Bu durumun sebebinin ailelerin sağlıklı çocuğa sahip olarak rutin işlevselliklerini devam

ettirme çabası olduğunu düşünmekteyiz. Öte yandan kardeşteki psikiyatrik hastalık öyküsü; vaka grubunda kontrol grubuna oranla daha yüksek bulunmuş olup bu durum literatür ile de uyumlu idi. Olkonemi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre OSB'li çocukların kardeşlerinde psikiyatrik hastalık görülme ihtimali artmıştır (108). Orsmond ve arkadaşlarının yayınladığı derlemeye göre; OSB'li çocukların kardeşlerinde sosyal ve davranış sorunları açısından risk altında olabileceği belirtilmiştir (109). Bu durum dikkate alındığında OSB 'li çocukların kardeşlerinin de yakın takip edilmesinin önemli olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızda vaka grubu katılımcı ebeveynlerinin OSB nedeniyle zorlandıkları durumlara bakıldığında; %21,6 ile ilk sırada çocuğun konuşmaması ve sosyal iletişim kurmaması yer almaktadır. Marton ve arkadaşlarının belirli dil gelişim bozukluğu olan 7-10 yaş arası 19 çocuk ile normal gelişim gösteren 7-10 yaş arası 19 çocuğu dahil ederek yaptığı çalışmaya göre; dil gelişiminde zorluk, bozukluk yaşayan çocukların sosyal alanda da eksiklik yaşayabileceğini bildirmiştir. Dil gelişim bozukluğu ile sosyal alanda görülen eksiklikler birbirleri ile birlikte meydana gelir (110). Jenkins ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre de daha iyi dil gelişimi, daha iyi bir sosyal biliş ve sosyal yeterlilik ile ilişkilidir (111). Ramsden ve arkadaşlarının dil gelişim bozukluğu öyküsü 139 ergen ile normal gelişim gösteren 124 ergeni dahil ederek yaptığı çalışmaya göre; dil gelişim bozukluğu öyküsü olan ergenlerin daha fazla akran sorunları ve davranış problemleri gösterdiği bildirilmiştir (112). Baron-Cohen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre de; OSB'deki dil gelişim eksiklikleri sosyobilişsel gelişim ile bağlantılıdır (113). OSB tanılı çocuklarda genellikle sıra dışı davranış kalıpları görülür. Bu davranış kalıplarından birisi sözlü, sözsüz iletişim eksikleridir. OSB tanılı çocuğun gelişiminde ve eğitiminde zorluklara neden olur (114). Lecavalier ve arkadaşlarının 293 OSB' tanılı çocuk ebeveyn ve öğretmenlerinde yaptığı çalışmaya göre; davranış problemlerinin daha fazla stres ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (115). Dil gelişim bozuklukları çok geniş ve ileri araştırma gerektirebilen bir durumdur. Birinci basamakta aile hekimlerinin tam anlamıyla dil gelişim bozukluklarını tanıyıp tedavi etmeleri mümkün görünmemektedir. Ancak aile hekimleri dil gelişim bozukluklarına ve sosyal iletişim eksikliklerine dair en ufak bir kuşku duyduklarında da aile ile iş birliği sağlayarak, onları bu durumlara erken müdahale edilmediğinde oluşacak sonuçlar

hakkında aileyi bilgilendirmelidirler. Bu durumla mücadele için aileleri dil, konuşma terapisine, çocuk psikiyatristlerine ve diğer ilgili yerlere yönlendirmelidir.

Çalışmamızda vaka grubu katılımcı ebeveynlerinin OSB nedeniyle zorlandıkları durumların; ikinci sırasında %16,7 oran ile çocuğun çok hareketli olması, öfkeli ve saldırgan davranışlar gösterip tehlikeli durumun farkında olmaması yer almaktadır. Çocukta OSB tanısına eşlik eden zihinsel gerilik gibi çeşitli komorbitelerin olması (85). OSB' li çocuğun tehlikeli durumun farkında olmaması ile açıklanabilir. Literatüre göre OSB tanılı çocuk ve ergenlerin %25 ila %68'inde saldırgan davranış sorunlarının, öfke problemlerinin ortaya çıktığı tahmin edilmektedir (116,117). OSB'de sıklıkla ve yaygın olarak görülen kaygılı ve saldırgan davranış sorunlarına duygu düzenleme bozukluklarının neden olduğu düşünülmektedir (118). Hareketli davranışlar, öfke nöbetleri ve saldırgan davranışlar OSB tanısının konulması için belirlenmiş kriterlerden değildir ancak OSB' li çocukların öfke nöbetleri, saldırgan davranışları gibi duygu durum bozuklukları son derece önemlidir (119). Conner ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre; duygu durum düzenlenmesinin azalmış depresyon, kaygı ve azalmış saldırgan davranışlar, öfke nöbetleri ile ilişkili olduğunu gösterilmiştir (118). Aileleri zorlayan OSB'li çocuktaki saldırgan davranışlar ve öfke nöbetleri çocuklardaki duygularını yönetmekte zorlanmasından dolayı olabilir. Bu durum için aileler literatürde faydası kanıtlanmış özel eğitim yöntemlerine yönlendirilebilir.

Çalışmamızda vaka grubu katılımcı ebeveynlerinin OSB nedeniyle zorlandıkları durumların bir diğeri de %10,8 ile OSB tanısı kabullenmekte zorluk idi. Gordillo ve arkadaşlarının Boston'da Latin Amerika kökenli ve Latin olmayan beyaz ırk kökenli OSB'li çocuğu olan ebeveynler üzerinde yaptığı çalışmaya göre; OSB'yi kabullenmekte zorlanan, OSB'nin kendi çocuğu üzerindeki etkisini inkar eden ya da az olduğunu düşünen ebeveynlerin OSB'yi kabullenmekte zorlanmayan ebeveynlere oranla OSB'ye dair hizmetlerden daha az faydalandığını bildirilmiştir (120). Bernheimer ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre; ebeveynlerin OSB'ye ait inançlarının çocukları için tedavi, müdahale hizmetlerini kullanma kararları ile ilişkili olabileceği belirtilmiştir (121). Reyes ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre de; annelerin OSB'nin çocuklarının hayatı üzerinde önemli sonuçları olduğuna dair inançları, çocuklarının OSB müdahale hizmetlerini kullanmasıyla güçlü bir şekilde bağlantılı olduğu bildirilmiştir (122). Zuckerman ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre; ailelerin OSB

'yi tıbbi bir durum olarak görmemesi; OSB 'nin tıbbi olarak teşhis ve tedavi olasılığını düşürebilir (123). Hemen hemen her tıbbi hastalık ve bozuklukta olduğu gibi OSB 'nin erken tanı ve tedavisi çok önemlidir. Literatüre bakıldığında OSB tanılı ebeveynlerin OSB ile ilişkili inançları, OSB tanısını kabullenmede zorlanmaları, çocukların OSB ile ilgili tedavi ve müdahale hizmetlerine erişmelerini kısıtlamaktadır. Birinci basamak aile hekimliğinde ve hastanelerde ailelerin OSB ile ilgili bilgilendirilmelerinin, farkındalık kazandırılmalarının önemli olduğu düşünülmektedir. Bu durum ile alakalı eğitim ve bilgilendirmelerin sağlık ve eğitim hizmetlerinde yer alması gerektiği, OSB tanılı çocuğu olan ebeveynlere ihtiyaç halinde psikolojik destek sağlanmasının son derece önemli ve gerekli olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda vaka grubu katılımcı ebeveynlerinin OSB nedeniyle zorlandıkları durumların bir diğeri de %8,8 ile çevrenin rahatsız edici bakışları, davranışları ve dışlanma idi. Dışlanmaya ve ayrımcılığa yol açan bir takım tutum ve davranışlar damgalanmaya neden olur (124). Hayward ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre olumsuz tutumlar; etkilenen bireyi önemli bir stres altına sokar ve tedavi sürecini ile bireyin hayat kalitesini oldukça düşürebilir (125). Luo ve arkadaşlarının diyabetik ayak ülserli hastalar üzerinde yaptığı araştırmaya göre; damgalanma arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı bildirilmiştir (126). Kitchin ve arkadaşlarının 144 üniversite öğrencisi üzerinde yaptıkları çalışmaya göre; bireylerin özellikle OSB etiyolojisi ile tedavisi hakkında bilgilendirmesinin ve OSB tanısı alan kişilerle bir araya getirilmesine yönelik bir müdahalenin OSB damgalanmasını azaltabileceği belirtilmiştir (127). Bu bilgiler ışığında; toplumda herhangi bir nedenle meydana gelen damgalanmanın önüne geçmek ve bununla mücadele etmek için; okullarda ve sağlık kurumlarında bireylere gerekli ve yeterli bilgilendirme yapılmasının önemli olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızda vaka grubu katılımcı ebeveynlerinin OSB ile ilgili olan beklenti ve istek durumlara bakıldığında; ilk sırayı %55,9 oranı ile ücretsiz olan özel eğitimin saatlerinin arttırılması istediği yer almaktadır. Benitez Ojeda'nın yayınladığı kitaba göre; özel eğitim, özel ihtiyaçları olan öğrencilerin, akranlarının tipik eğitim ortamına mümkün olduğunca dahil olurken, farklılıklarını ele alma süreci aracılığıyla eğitim alma sürecidir. Eğer özel ihtiyaçları olan öğrenciler için bu ek yardım sağlanamazsa kendi kendine yeterlilik, akademik başarı ve gelecekte topluma katkı sağlanması gibi başarılı sonuçları elde edemeyebilirler (128). Flannery ve arkadaşlarının yayınladığı derleme

makalesine göre; özel eğitim programı; çocukların her gün gördüklerinden ve duyduklarından bir şeyler öğrenmesini sağlayacak şekilde olmalı ve bu hedeflere ulaşabilmek için bir eğitim ortamı gereksinimini sağlamak esastır (129). Zwaigenbaum ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre; 3 yaş öncesinde yoğun eğitim programı, müdahalelerin uygulanması ile OSB tanılı çocuklarda çok büyük kazanımlar elde edildiği bildirilmiştir (130). Webb ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre; okul öncesi dönemde verilen eğitim ile OSB tanılı çocuklarda elde edilen kazanımların fazla olmasının nedeni büyük bir ihtimalle yüksek beyin plastisitesi, öğrenme yeteneği ve esnekliği ile ilişkilidir (131). Rubenstein ve arkadaşlarının Amerika'nın 5 eyaletinde 6010 OSB tanılı çocuğun özel eğitim programlarını inceleyerek yaptıkları çalışmaya göre; OSB tanılı çocukların birçoğunun özel eğitimlerinin OSB tanısına uygun olmadığını diğer tanı ve durumlara uygun olduğunu bildirmişlerdir (132). Rogge ve arkadaşlarının birden fazla ülkeyi kapsayan (ABD, İsveç, Hollanda, Kanada vb) yaklaşık 50 araştırma makalesini inceleyerek yayınladığı derlemeye göre; OSB' li çocukların özel eğitim maliyetleri, tedavi ve bakım maliyetleri vb OSB' ye ait maliyetler olarak belirlenmiştir ve OSB'li çocukları olan aileler için eğitim maliyetleri önemli bir ekonomik durumdur (133). Chasson ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre; özel eğitim programlarının oluşturulması, bunların gereksinimlere göre ayarlanması ve özel eğitimin sürdürülmesi genel eğitim programlarına göre oldukça maliyetli bir durumdur (134). Rios ve arkadaşlarının Latin Amerika kökenli OSB veya diğer nörogelişimsel bozukluklara sahip çocukları olan ailelerde yaptıkları çalışmaya göre; katılımcıların daha fazla özel eğitim hakkı istedikleri bildirilmiştir (135). Literatüre göre özel eğitim OSB tanılı çocuklar için son derece önemlidir. Ancak çok da maliyetlidir. Ülkemizde ücretsiz özel eğitim haftada iki saat verilmektedir. Bunun sebebi özel eğitim veren personel yetersizliği olabileceği gibi, özel eğitiminin maliyetinden doğan sorunlar olabilir. Özel eğitim veren personelin daha fazla sayıda yetiştirilip istihdam edilmesi, ülkemizin sağlık ve eğitim politikalarının özel eğitimi daha fazla arttırmaya yönelik düzenlenmesinin gerektiğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda vaka grubu katılımcı ebeveynlerinin OSB ile ilgili olan beklenti ve istek durumlarının bir diğeri de %14,7 oranla OSB tanılı çocuk ve bireylere hizmet aldıkları alanlarda öncelik verilmesi idi. Ebeveynlerin bu durumu dile getirmelerinin nedeni; OSB tanılı çocuklarda olabilen davranış problemlerinden dolayı bekledikleri

yerlerde diğerk insanların dışlamalarına maruz kalmak istememek, OSB’li çocuğun rahatsız, huzursuz olmasını engellemek ve bu davranış problemlerinden diğerk insanları rahatsız olmasını istememek olabilir. OSB tanılı çocukların ve ailelerin damgalanmadan etkilenmemeleri için toplumda damgalanmayı en aza indirmeye yönelik müdahalelerin yapılması önem arz etmektedir.

Çalışmamızda vaka grubu katılımcı ebeveynlerinin OSB ile ilgili olan beklenti ve istek durumlarına bakıldığında %5,8 oranında herhangi bir istek belirtilmemiş olup katılımcılar mevcut koşullardan memnun olduklarını söylediler.

Çalışmamızda vaka grubu bakım veren ebeveynlerinin RHİDÖ puanı literatürdeki çalışmalar ile birlikte değerlendirildiğinde; RHİDÖ puanı yüksek bulunmuştur (57,136) . Cinsiyetlere göre RHİDÖ puanı değerlendirildiğinde ise damgalanma puanı ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Tilahun ve arkadaşlarının yaptığı çok merkezli çalışmaya göre damgalanma ile cinsiyet arasında bir anlamlı bir fark gösterilmemiştir (8). Kitchin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre de damgalanma ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark gösterilememiştir (127). RHİDÖ puanı ile vaka grubu katılımcılarının şu anki motor durumu ve şu anki dil gelişme durumları değerlendirildiğinde motor gelişme geriliği olan katılımcılar, motor gelişimleri normal olan katılımcılara göre nispeten daha yüksek bulunmuştur. Dil gelişim durumu değerlendirildiğinde ise vaka grubunda dil gelişim durumu geri olan katılımcılar, normal gelişim gösterenlere göre daha yüksek saptanmıştır. Bu durum literatür ile uyumludur. Literatür çalışmalarında içselleştirilmiş damgalanma algısı ile OSB’ li çocukların motor ve dil gelişimi ile ilişkili pek çalışma olmasa da; motor ve dil gelişim eksikliklerinin OSB tanı ve semptomları arasında yer aldığı, hastalığın şiddetiyle de ilişkilendirilen bulgular olduğu bilinmektedir (2,137). Liao ve arkadaşlarının yayınladığı bir derlemeye göre Otizmlili çocukların ailelerinde çocuklarda görülen damgalanma algısının Otizmin semptomlarına ve şiddetine göre değiştiğini belirtmektedir (62). Werner ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada da bireylerde zihinsel ya da fiziksel engellilik durumlarında damgalanmanın yüksek olduğunu bildirmektedir (138). Çalışmamızda vaka grubu katılımcılarının eğitim alma durumlara göre ölçek puanlarına bakıldığında içselleştirilmiş damgalanma ölçek puanı; OSB ile ilgili eğitim alan katılımcıların eğitim almayanlara göre anlamlı olarak düşük saptanmıştır. Literatüre bakıldığında Liao ve arkadaşlarının yaptığı derlemeye göre

Otizm ile ilgili eğitim alan bakım veren ebeveynlerde damgalanmanın daha az görüldüğü bildirilmiştir (62).

Çalışmamızda vaka grubu anneleri ile kontrol grubu anneleri karşılaştırıldığında HAD Anksiyete ve HAD Depresyon ölçek puanına göre vaka grubu bakım veren ebeveynleri anksiyete ve depresyon yönünden daha riskli bulunmuştur. Tespit ettiğimiz bu bilgiler literatür ile uyumludur. Kousha ve arkadaşlarının İran’da yaptığı 127 OSB tanılı çocuk annesi ile yaptığı çalışmada OSB tanılı çocuğu olan annelerinde depresyon ve anksiyete riskinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (139). Almansour ve arkadaşlarının yaptığı retrospektif çalışmaya göre de OSB tanılı çocukların ailelerinde depresyon ve anksiyete risklerinin yüksek olduğu belirtilmiştir (140). Öz ve arkadaşlarının 69 OSB tanılı çocuğu olan annelerde yaptığı çalışmada; OSB tanılı çocuğu olan annelerde stres, anksiyete ve depresyon seviyelerinin yüksek olduğu belirtilmiştir (5). Benson ve arkadaşlarının 217 OSB tanılı çocuk ebeveyninde yaptığı çalışmaya göre; ebeveynin yaşadığı anksiyete düzeyinin depresyon belirtileri ile orantılı olduğu anksiyete arttıkça depresyon belirtilerinin de arttığı belirtilmiştir (141). Pisula ve arkadaşlarının yayınladığı derleme makalesine göre de OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin stres ve depresyon yönünden yüksek risk taşıdığı bildirilmiştir (142). Çalışmamızda vaka grubu katılımcılarının eğitim alma durumlara göre HAD Anksiyete ve HAD Depresyon puanı; OSB ile ilgili eğitim alan katılımcıların eğitim almayanlara göre anlamlı olarak düşük saptanmıştır. Alkhateeb ve arkadaşlarının 24 çalışmayı inceleyerek yayınladığı derlemeye göre; OSB tanılı çocuğu olan ebeveynlerin yüksek oranda stres, anksiyete ve depresyon yaşadığı bildirilmiştir. (143). Papadopoulos ve arkadaşlarının 12 çalışmayı inceleyerek yayınladığı derlemeye göre de OSB’li çocuğu olan ebeveynlerin anksiyete ve depresyon yönünden daha yüksek risk altında olduğu bildirilmiştir (144). Yip ve arkadaşlarının Hong Kong’ da 372 OSB tanılı çocuğu olan ebeveyn ile yaptığı çalışmaya göre; damgalanmanın ebeveynde meydana getirdiği stresin anksiyete ve depresyona zemin hazırlayabildiğini belirtmektedirler (145).

Aile fonksiyonelliği karşılaştırıldığında vaka grubunda kontrol grubuna göre anlamlı fark bulunmuş olup şiddetli disfonksiyonel aile oranı vaka grubunda daha yüksek saptanmıştır. Ulaştığımız bu sonuç literatür ile uyumludur. Lyu ve arkadaşlarının 180 OSB tanılı çocuğu olan ebeveyninde yaptığı çalışmaya göre; OSB tanılı çocuğu olan ebeveynlerde düşük aile fonksiyonelliği bildirilmiştir (146). Lei ve

arkadaşlarının 167 OSB'li çocuğu olan aileler üzerinde yaptığı çalışmaya göre; OSB tanılı çocuğu olan ebeveynlerin aile fonksiyonelliğinin düşük olduğu bildirilmiştir (147). Jackson ve arkadaşlarının çift kontrol gruplu 101 OSB tanılı çocuk annelerinde yaptığı çalışmaya göre; OSB'li çocuğu olan annelerde depresyon puanı daha yüksek iken aile fonksiyonelliğinin daha düşük olduğu bildirilmiştir (148).

Çalışmamızda yapılan korelasyon analizinde; kullanılan ölçek puanları ile katılımcıların motor ve dil gelişim durumları ile ilişkisinde bakıldığında katılımcıların motor gelişim ilk oturma ve ilk yürümesi arttıkça RHİDÖ puanında da artış gösterilmiştir. Dil gelişim ilk cümle arasında ilişki tespit edilmiş olup negatif yönde korelasyon bulunmuştur. Motor gelişim ilk oturma ve ilk yürüme ayı arttıkça HAD Anksiyete puanı da lineer olarak artış göstermekteydi. Motor gelişim ilk oturma ve ilk yürüme ayı arttıkça HAD Depresyon puanının da artış gösterilmiştir. Aile APGAR ölçeği puanı ile motor gelişim ilk yürüme değişkeni arasında anlamlı ilişki saptanmış olup motor gelişim ilk yürüme ayı arttıkça Aile APGAR ölçek puanının azaldığı gösterilmiştir. Bulgularımız literatür ile uyumludur. Çalışmamızda motor gelişim ile dil gelişiminin birlikte değerlendirilmesinin nedeni OSB tanılı çocuklarda motor ve dil gelişim kısıtlılıklarının olabilmesi (149,150) ile birlikte motor ve dil gelişimi arasında nörofizyolojik bir ilişkinin bulunmasıdır (151). Darling ve arkadaşlarının engelli çocuğu olan 85, engelli çocuğu olmayan 121 babayı dahil ederek yaptığı çalışmasına göre; engelli çocuğu olan babalarda stres seviyesinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (152). Deckard ve arkadaşlarının yayınladığı derlemeye göre de; çocukları engelli, kısıtlılıklara sahip ebeveynlerin, çocukları engelli olmayanlara göre stres seviyesinin daha fazla olduğunu göstermiştir (153). Tervo ve arkadaşlarının 201 gelişimsel gecikmesi olan çocuğu sahip ebeveynlerde yaptığı çalışmaya göre; gelişimsel gecikmesi olan ebeveynlerde stres seviyesinin daha yüksek olduğu gösterilmiştir (154). Bonis ve arkadaşlarının 126 araştırma makalesini inceleyerek yayınladığı derleme makalesine göre; OSB tanılı ebeveynlerin daha yüksek oranda stres seviyelerine sahip olduğu belirtilmiştir (155). Lu ve arkadaşlarının 118 OSB'li çocuğu olan ve 122 normal gelişim gösteren çocuğu olan ebeveynler üzerinde yaptığı çalışmaya göre; OSB tanılı çocukların ebeveynleri daha düşük oranda evlilikten memnuniyet, benlik saygısı; daha yüksek oranda anksiyete ve depresyon seviyeleri olduğu bildirilmiştir (156). Duarte ve arkadaşlarının 31 OSB'li çocuğu olan anne, 31 de normal gelişim gösteren çocuğa sahip

anne ile yaptığı çalışmaya göre; OSB'li çocuğu olan annelerde stres seviyesinin daha fazla olduğu bildirilmiştir (157). Davis ve arkadaşlarının OSB tanılı çocukları da içerecek şekilde engelli çocukların annelerinde yaptığı çalışmaya göre engelli çocukların ebeveynlerinde anksiyete düzeyi daha yüksek bulunmuştur (158). Samuel ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmaya göre çocuklarda gelişimsel bozuklukların olması aileleri şiddetli bir biçimde etkilemektedir (53). Çin'de 180 OSB tanılı çocuğun ebeveynlerinde yapılan kesitsel bir çalışmaya göre OSB semptom şiddeti ile aile fonksiyonelliğinin negatif korelasyon gösterdiği bildirilmiştir (146).

Çalışmamızda; RHİDÖ puanı arttıkça ebeveyninin arkadaş ve akraba ziyaretlerine vakit ayırma durumunun azaldığını tespit ettik. HAD Anksiyete ve HAD Depresyon puanlarının da ebeveyninin kendine vakit ayırma durumu, arkadaş veya akraba ziyaretlerine vakit ayırma durumu arttıkça azaldığını tespit ettik. Yine Aile APGAR ölçeği ile baktığımız aile fonksiyonelliği de ebeveynin kendine vakit ayırma durumu, arkadaş veya akraba ziyaretlerine vakit ayırma durumu arttıkça azaldığını saptadık. Literatürde ise Lee ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre OSB'li çocukların ailelerinin işten ayrılma olasılıklarının daha fazla olduğunu, daha az oranda sosyal faaliyetlere katılım gösterdikleri belirtilmiştir (159). Alibekova ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre; arkadaş desteğine sahip olmayan, toplum tarafından sosyal anlamda yeterli kabul görmeyen ebeveynlerin daha yüksek oranda stres, anksiyete ve depresyon yaşadıkları bildirilmiştir (160).

Çalışmamızda kullanılan ölçeklerin birbirleri ile olan korelasyonlarına baktığımızda; RHİDÖ puanı arttıkça HAD Anksiyete ve HAD Depresyon puanları da artış göstermiştir. RHİDÖ puanı arttıkça Aile APGAR ölçek puanında azalma görmekteyiz yani damgalanma puanı artış gösterdikçe aile fonksiyonelliği azalmaktadır. Literatürde içselleştirilmiş damgalanma algısı kişinin kendi kendisini damgalaması, utanç duyması olarak yer alır (161). Literatürde ise içselleştirilmiş damgalanma ve damgalanma çeşitlerinin depresyon ve anksiyeteye ilişkin ilişkisini açıklayan birçok çalışma vardır. Chan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre bireyin içselleştirilmiş damgalanması ya da dolaylı olarak damgalanması OSB tanılı çocuğa bakım veren ebeveyninin anksiyete ve depresyon ile doğrudan pozitif ilişkili olduğu belirtilmiştir (162). Benson ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmaya göre OSB'li çocukları olan ebeveynlerde öfke, kaygı ve depresif davranışlarının anlamlı olarak daha yüksek

görüldüğü, ebeveynlerin yaşadıkları kaygının depresyon ile ilişkili olduğunu bildirmişlerdir (163). Alshahrani ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre Otizmlili çocuğı olan ebeveynlerde görülen damgalanmanın ebeveynnin stresli durumuna ve depresif hallerine aracılık edebileceğini ve OSB' li çocuğı olan ebeveynlerde depresyon yaygınlığının yüksek olduğunu belirtmiştir (164). Khusaifan ve arkadaşlarının Suudi Arabistan' da 93 OSB'li çocuğı olan ebeveyn ile yaptığı çalışmaya göre katılımcıların yarısından fazlasında anksiyete ve depresyon semptomları görüldüğü belirtilmiş olup Otizm ile alakalı durumların ebeveynlerin psikolojik iyilik halleri üzerindeki olumsuz etkilerini tamponlamada aile desteğı, evlilik doyumunun önemli olduğunu belirtmiştir (165). Gardiner ve arkadaşlarının yayınladığı derlemeye göre ebeveynler çocukların davranışsal problemlerinden, gelişimsel geriliklerinden dolayı yüksek stres yaşarken aile fonksiyonelliğinin de azaldığı belirtilmiştir (166).

6. SONUÇLAR

Çalışmamızda 3-12 yaş arası OSB tanılı çocukların bakım veren ebeveynlerinin içselleştirilmiş damgalanma, depresyon, anksiyete ve aile fonksiyonelliğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. 102 vaka 101 sağlıklı kontrol grubu katılımcısı dahil edilen bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

1. Vaka grubu katılımcılarının RHİDÖ puan ortalaması; $67,31 \pm 8,91$ bulunmuş olup, katılımcıların damgalanma puanı yüksek tespit edilmiştir.
2. HAD Anksiyete ölçek puanına göre OSB tanılı çocuk ebeveynlerinin % 60,8' i yüksek riskli iken; kontrol grubunun %14,9' u yüksek riskli idi. HAD Depresyon ölçeğine göre vaka grubu katılımcılarının %52' si yüksek riskli, kontrol grubunda ise %25,7' si yüksek riskli idi. Vaka grubu katılımcılarında anksiyete ve depresyon riski anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.
3. Aile APGAR ölçeğine göre vaka grubu katılımcı ebeveynlerinin %18,6'sı şiddetli disfonksiyonel iken kontrol grubu katılımcılarında %3,0 'şiddetli disfonksiyonel idi. Vaka grubu katılımcılarında şiddetli disfonksiyonel aile oranı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.
4. Vaka grubu katılımcılarının OSB ile ilgili eğitim alma durumu arttıkça RHİDÖ puanı, HAD Anksiyete ve HAD Depresyon puanları da anlamlı olarak azalmaktaydı.
5. Ebeveynlerin OSB nedeniyle yaşadıkları zorluklara bakıldığında sırayla %21,6 ile ilk sırada çocuğun konuşmaması, sosyal iletişim kurmaması, %16,7 ile ikinci sırada çok hareketli olması, saldırgan davranışları ve öfke nöbetlerinin olması ve OSB tanılı çocuğun tehlikeyi bilmemesi yer almaktaydı.
6. Ebeveynlerin OSB ile ilgili olan istek ve beklentilerine bakıldığında ilk sırada %55,9 ile ücretsiz olan özel eğitim saatinin artırılması iken ikinci sırada hizmet alanlarında OSB tanılı çocuklara öncelik verilmesi istenmiştir.
7. Katılımcıların motor gelişim ilk oturma ve ilk yürüme ayları arttıkça RHİDÖ, HAD Anksiyete, HAD Depresyon puanları anlamlı olarak git gide atmaktaydı.
8. Motor gelişim ilk yürüme ayı geciktikçe Aile APGAR ölçek puanı anlamlı olarak azalmaktaydı.

9. Damgalanma ölçek puanı RHİDÖ ebeveynlerin arkadaş ve akraba ziyaretlerine vakit ayırması arttıkça anlamlı olarak azalmaktaydı. HAD Anksiyete ve HAD Depresyon ölçek puanları; ebeveynlerin kendilerine vakit ayırması, ebeveynlerin arkadaş ve akraba ziyaretlerine vakit ayırma durumu arttıkça azalmaktaydı. Aile APGAR puanı arttıkça ebeveynlerin kendilerine vakit ayırması, ebeveynlerin arkadaş ve akraba ziyaretlerine vakit ayırma durumu artmaktaydı.
10. Damgalanma ölçek puanı (RHİDÖ) arttıkça HAD Anksiyete ve HAD Depresyon puanları da anlamlı bir şekilde artmaktaydı. RHİDÖ puanı arttıkça Aile APGAR ölçeği puanında anlamlı azalma tespit edilmiştir.



7. ÖNERİLER

1. OSB tanılı çocukların ebeveynlerinde damgalanma artışının; anksiyete ve depresyon riskini arttırması, aile fonksiyonelliğinin azaltması gibi çeşitli olumsuz sonuçları mevcuttur. Damgalanmanın toplumsal ve içselleştirilmiş sebeplerinin belirlenip; birinci basamakta ve hastanelerde damgalanmanın en aza indirilmesi mümkünse önlenmesine yönelik çalışmalar yapılmasının önlem arz etmektedir.
2. Damgalamayı önlemeye yönelik topluma ve etkilenen bireylere eğitimlerin verilmesi önemlidir.
3. OSB tanısının gün geçtikçe ciddi artış göstermesi, erken çocukluk döneminde belirti vermesi ve de erken çocuklukta gerekli yönlendirmelerle büyük kazanımlar elde edilebilen bir tıbbi durum olması nedeniyle birinci basamak aile hekimlerine önemli bir rol düşmektedir. Aile hekimlerinin erken çocukluk döneminde fark ettikleri gelişim gecikmeleri noktasında ailelere bilgilendirip vakit kaybetmeden yönlendirme yapmaları çok önemlidir.

8. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI

Çalışmamız Otizm spektrum bozukluğuna sahip çocukların bakım veren ebeveynlerinde yapılmıştır ancak bakım veren ebeveyn %93 oranında anne olarak saptandığından ötürü baba ile alakalı verilerin az olması çalışmamızın kısıtlılıklarındandır.

Çalışmaya dahil edilen vaka ve kontrol grubunun aile gelirleri ve eğitim durumları sebepleriyle farklılık göstermesi çalışmanın kısıtlılıklarındandır.

Aile fonksiyonelliğini araştırmak için kullandığımız Aile APGAR ölçeğinin katılımcıların sadece çekirdek ailelerine yönelik sorulması, geniş ailenin kapsam dışı bırakılması çalışmamızın eksiklerindendir.

Çalışmamıza katılan katılımcıların anksiyete ve depresyon yönünden klinik bir değerlendirilme yapılmamış olması değerlendirilen cevapların kişi bildirimine dayanması çalışmamızın kısıtlılıklarındandır.

9. ÇALIŞMANIN GÜÇLÜ YÖNLERİ

Çalışmamız OSB tanılı çocukların ebeveynlerinde içselleştirilmiş damgalanma algısı, anksiyete, depresyon ve aile fonksiyonelliğini vaka kontrol çalışması şeklinde araştıran az sayıdaki çalışmalardan biridir ve bu konuda literatüre katkı sağlayacağı düşünülmüştür. Çalışmamıza dahil edilen kontrol grubunun çocuk ve ebeveyn yaşı, yaşadığı yer yönüyle benzer olması önemlidir.



KAYNAKÇA

1. **Gölbasi H, Demirel Y, Karaca SN, Çiçek AU, Sarı SA.** Sivas İl Merkezi'nde otizm spektrum bozukluğunun (OSB) yaygınlığı ve aile sağlığı merkezleri sağlık çalışanlarının OSB farkındalıkları. Cukurova Med J. **2021**;46(3):998-1008.
2. **Sanchack KE, Thomas CA.** Autism spectrum disorder: Primary care principles. Am Fam Physician. **2016**;94(12):972-9.
3. **Salihoglu S.** Otizm Spektrum Bozukluğu Tanisi Olan Çocuk Ve Ergenlerin Annelerinin Depresyon, Anksiyete, Bağlanma Ve İçselleştirilmiş Damgalanma Algısının Değerlendirilmesi [İnternet] [Tez]. [Aydın]: Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi; **2021**. Erişim adresi: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
4. **Park GA, Lee ON.** The Moderating Effect of Social Support on Parental Stress and Depression in Mothers of Children with Disabilities. Occup Ther Int. 14 Mart **2022**;2022:5162954.
5. **Öz B, Yüksel T, Nasiroğlu S.** Depression-anxiety symptoms and stigma perception in mothers of children with autism spectrum disorder. Arch Neuropsychiatry. **2020**;57(1):50.
6. **Pyszkowska A, Rożnawski K, Farny Z.** Self-stigma and cognitive fusion in parents of children with autism spectrum disorder. The moderating role of self-compassion. PeerJ. 16 Aralık **2021**;9:e12591.
7. **Kheir NM, Sandridge AL, Hayder SA, Al-Ismael MS, Al-Rawi F.** Concerns and considerations among caregivers of a child with autism in Qatar. BMC Res Notes. 06 Temmuz **2012**;5:290.
8. **Tilahun D, Hanlon C, Fekadu A, Tekola B, Baheretibeb Y, Hoekstra RA.** Stigma, explanatory models and unmet needs of caregivers of children with developmental disorders in a low-income African country: a cross-sectional facility-based survey. BMC Health Serv Res. 27 Nisan **2016**;16:152.
9. **Johnson N, Frenn M, Feetham S, Simpson P.** Autism spectrum disorder: Parenting stress, family functioning and health-related quality of life. Fam Syst Health. Eylül **2011**;29(3):232-52.
10. **Oliveira SC de, Pavarini SCI, Orlandi F de S, Menciondo MSZ de.** Family functionality: A study of Brazilian institutionalized elderly individuals. Arch Gerontol Geriatr. 01 Ocak **2014**;58(1):170-6.
11. **Rodríguez-Sánchez E, Pérez-Peñaranda A, Losada-Baltar A, Pérez-Arechaederra D, Gómez-Marcos MÁ, Patino-Alonso MC, vd.** Relationships between quality of life and family function in caregiver. BMC Fam Pract. 15 Nisan **2011**;12:19.
12. **DePape AM, Lindsay S.** Parents' Experiences of Caring for a Child With Autism Spectrum Disorder. Qual Health Res. Nisan **2015**;25(4):569-83.
13. **Motavalli Mukaddes N.** Bebeklikten erişkinliğe otizm aileler için klavuz. C. 1 Cilt / 248 Sayfa. nobel tip kitapçevleri; **2018**.
14. **Hodges H, Fealko C, Soares N.** Autism spectrum disorder: definition, epidemiology, causes, and clinical evaluation. Transl Pediatr. Şubat **2020**;9(Suppl 1):S55-65.
15. **Wing L.** Asperger's syndrome: a clinical account. Psychol Med. Şubat **1981**;11(1):115-29.
16. **Prof. Dr. Ertuğrul KÖROĞLU.** Ertuğrul Köroğlu DSM 5 Tanı Ölçütleri: Başvuru Elkitabı. **2021**,1.BASKI. Esenkal yayıncılık;
17. **Zeidan J, Fombonne E, Scorah J, Ibrahim A, Durkin MS, Saxena S, vd.** Global prevalence of autism: A systematic review update. Autism Res. Mayıs **2022**;15(5):778-90.
18. **Maenner MJ, Shaw KA, Baio J, EdS1, Washington A, Patrick M, vd.** Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years - Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, **2016**. Morb Mortal Wkly Rep Surveill Summ Wash DC 2002. 27 Mart 2020;69(4):1-12.

19. **Johnson CP, Myers SM**, and the Council on Children With Disabilities. Identification and Evaluation of Children With Autism Spectrum Disorders. *Pediatrics*. 01 Kasım **2007**;120(5):1183-215.
20. **Chaste P, Leboyer M**. Autism risk factors: genes, environment, and gene-environment interactions. *Dialogues Clin Neurosci*. 30 Eylül **2012**;14(3):281-92.
21. **de Zeeuw EL, van Beijsterveldt CEM, Hoekstra RA, Bartels M, Boomsma DI**. The etiology of autistic traits in preschoolers: a population-based twin study. *J Child Psychol Psychiatry*. **2017**;58(8):893-901.
22. **Fombonne E**. Epidemiology of autistic disorder and other pervasive developmental disorders. *J Clin Psychiatry*. **2005**;66 Suppl 10:3-8.
23. **Baron-Cohen S, Lombardo MV, Auyeung B, Ashwin E, Chakrabarti B, Knickmeyer R**. Why are autism spectrum conditions more prevalent in males? *PLoS Biol*. Haziran **2011**;9(6):e1001081.
24. **Gardener H, Spiegelman D, Buka SL**. Perinatal and Neonatal Risk Factors for Autism: A Comprehensive Meta-analysis. *Pediatrics*. Ağustos **2011**;128(2):344-55.
25. **Martin JA, Hamilton BE, Ventura SJ, Menacker F, Park MM**. Births: final data for 2000. *Natl Vital Stat Rep Cent Dis Control Prev Natl Cent Health Stat Natl Vital Stat Syst*. 12 Şubat **2002**;50(5):1-101.
26. **Wu S, Wu F, Ding Y, Hou J, Bi J, Zhang Z**. Advanced parental age and autism risk in children: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*. Ocak **2017**;135(1):29-41.
27. **Atladóttir HO, Thorsen P, Østergaard L, Schendel DE, Lemcke S, Abdallah M, vd.** Maternal infection requiring hospitalization during pregnancy and autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord*. Aralık **2010**;40(12):1423-30.
28. **Taylor LE, Swerdfeger AL, Eslick GD**. Vaccines are not associated with autism: an evidence-based meta-analysis of case-control and cohort studies. *Vaccine*. 17 Haziran **2014**;32(29):3623-9.
29. **Madsen KM, Hviid A, Vestergaard M, Schendel D, Wohlfahrt J, Thorsen P, vd.** A population-based study of measles, mumps, and rubella vaccination and autism. *N Engl J Med*. 07 Kasım **2002**;347(19):1477-82.
30. **Hviid A, Hansen JV, Frisch M, Melbye M**. Measles, Mumps, Rubella Vaccination and Autism: A Nationwide Cohort Study. *Ann Intern Med*. 16 Nisan **2019**;170(8):513-20.
31. **Gardener H, Spiegelman D, Buka SL**. Prenatal risk factors for autism: comprehensive meta-analysis. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. Temmuz **2009**;195(1):7-14.
32. **Kolozsi E, Mackenzie RN, Rouillet FI, deCatanzaro D, Foster JA**. Prenatal exposure to valproic acid leads to reduced expression of synaptic adhesion molecule neuroligin 3 in mice. *Neuroscience*. 10 Kasım **2009**;163(4):1201-10.
33. **Andrade SE, Raebel MA, Brown J, Lane K, Livingston J, Boudreau D, vd.** Use of antidepressant medications during pregnancy: a multisite study. *Am J Obstet Gynecol*. Şubat **2008**;198(2):194.e1-5.
34. **Aleman S, Avella-García C, Liew Z, García-Esteban R, Inoue K, Cadman T, vd.** Prenatal and postnatal exposure to acetaminophen in relation to autism spectrum and attention-deficit and hyperactivity symptoms in childhood: Meta-analysis in six European population-based cohorts. *Eur J Epidemiol*. Ekim **2021**;36(10):993-1004.
35. **Joon P, Kumar A, Parle M**. What is autism? *Pharmacol Rep PR*. Ekim **2021**;73(5):1255-64.
36. **Charman T, Baird G**. Practitioner Review: Diagnosis of autism spectrum disorder in 2- and 3-year-old children. *J Child Psychol Psychiatry*. **2002**;43(3):289-305.
37. **Guthrie W, Swineford LB, Nottke C, Wetherby AM**. Early diagnosis of autism spectrum disorder: stability and change in clinical diagnosis and symptom presentation. *J Child Psychol Psychiatry*. Mayıs **2013**;54(5):582-90.

38. **Carbone PS, Farley M, Davis T.** Primary care for children with autism. *Am Fam Physician.* 15 Şubat **2010**;81(4):453-60.
39. **Baird G, Douglas HR, Murphy MS.** Recognising and diagnosing autism in children and young people: summary of NICE guidance. *BMJ.* 21 Ekim **2011**;343:d6360.
40. **Hofvander B, Delorme R, Chaste P, Nydén A, Wentz E, Ståhlberg O,** vd. Psychiatric and psychosocial problems in adults with normal-intelligence autism spectrum disorders. *BMC Psychiatry.* 10 Haziran **2009**;9:35.
41. **Maglione MA, Gans D, Das L, Timbie J, Kasari C,** Technical Expert Panel, vd. Nonmedical interventions for children with ASD: recommended guidelines and further research needs. *Pediatrics.* Kasım **2012**;130 Suppl 2:S169-178.
42. **Weitlauf AS, McPheeters ML, Peters B, Sathe N, Travis R, Aiello R,** vd. Therapies for Children With Autism Spectrum Disorder: Behavioral Interventions Update [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); **2014** [a.yer 25 Mayıs 2023]. (AHRQ Comparative Effectiveness Reviews). Erişim adresi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK241444/>
43. **Macdonald M.** Seeing the cage: stigma and its potential to inform the concept of the difficult patient. *Clin Nurse Spec CNS.* Kasım **2003**;17(6):305-10; quiz 311-2.
44. **Finzen A.** [Stigma, stigma management, destigmatization]. *Psychiatr Prax.* Ekim **2000**;27(7):316-20.
45. **Andersen MM, Varga S, Folker AP.** On the definition of stigma. *J Eval Clin Pract.* Ekim **2022**;28(5):847-53.
46. **Abbey S, Charbonneau M, Tranulis C, Moss P, Baici W, Dabby L,** vd. Stigma and Discrimination. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr.* 01 Ekim **2011**;56:1-9.
47. **Link BG, Yang LH, Phelan JC, Collins PY.** Measuring mental illness stigma. *Schizophr Bull.* **2004**;30(3):511-41.
48. **Scambler G.** Re-framing Stigma: Felt and Enacted Stigma and Challenges to the Sociology of Chronic and Disabling Conditions. *Soc Theory Health.* 01 Şubat **2004**;2(1):29-46.
49. **Ritsher JB, Phelan JC.** Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Res.* 30 Aralık **2004**;129(3):257-65.
50. **Matthews S, Dwyer R, Snoek A.** Stigma and Self-Stigma in Addiction. *J Bioethical Inq.* **2017**;14(2):275-86.
51. **Altieri MJ, von Kluge S.** Searching for acceptance: challenges encountered while raising a child with autism. *J Intellect Dev Disabil.* Haziran **2009**;34(2):142-52.
52. **Falk NH, Norris K, Quinn MG.** The factors predicting stress, anxiety and depression in the parents of children with autism. *J Autism Dev Disord.* Aralık **2014**;44(12):3185-203.
53. **Samuel PS, Rillotta F, Brown I.** Review: the development of family quality of life concepts and measures. *J Intellect Disabil Res JIDR.* Ocak **2012**;56(1):1-16.
54. **Ozcan S, Duyan V, İncecik Y.** Aile Hekimliği'nde Aile APGAR Ölçeği'nin Kullanımı: Türkçeye Uyarlama Çalışması. 02 Mart **2011**;
55. **Koutra K, Triliva S, Roumeliotaki T, Basta M, Lionis C, Vgontzas AN.** Family Functioning in First-Episode and Chronic Psychosis: The Role of Patient's Symptom Severity and Psychosocial Functioning. *Community Ment Health J.* 01 Ağustos **2016**;52(6):710-23.
56. **Navot N, Jorgenson AG, Stoep AV, Toth K, Webb SJ.** Family planning and family vision in mothers after diagnosis of a child with autism spectrum disorder. *Autism Int J Res Pract.* Temmuz **2016**;20(5):605-15.
57. **Ersoy MA, Varan A.** Ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ölçeği Türkçe formu'nun güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Derg.* **2007**;18(2):163-71.

58. **Aydemir O, Güvenir T, Küey L, Kültür S.** Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Reliability and Validity of the Turkish version of Hospital Anxiety and Depression Scale. *Turk Psikiyatri Derg Turk J Psychiatry*. 01 Ocak 1997;8:280-7.
59. **John M.** Eisenberg Center for Clinical Decisions and Communications Science. Comparative Effectiveness of Therapies for Children With Autism Spectrum Disorders. İçinde: Comparative Effectiveness Review Summary Guides for Clinicians [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2007 [a.yer 29 Mayıs 2023]. (AHRQ Comparative Effectiveness Reviews). Erişim adresi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK63534/>
60. **Feetham S.** The relationship of family to health: Historical overview. *Encycl Fam Health*. 2011;xxxi-xxxvi.
61. **Yu YW, Chung KH, Lee YK, Lam WC, Yiu MG.** Prevalence of Maternal Affective Disorders in Chinese Mothers of Preschool Children with Autism Spectrum Disorders. *East Asian Arch Psychiatry Off J Hong Kong Coll Psychiatr Dong Ya Jing Shen Ke Xue Zhi Xianggang Jing Shen Ke Yi Xue Yuan Qi Kan*. Aralık 2016;26(4):121-8.
62. **Liao X, Lei X, Li Y.** Stigma among parents of children with autism: A literature review. *Asian J Psychiatry*. Ekim 2019;45:88-94.
63. **Gillberg C, Cederlund M, Lamberg K, Zeijlon L.** Brief Report: “The Autism Epidemic”. The Registered Prevalence of Autism in a Swedish Urban Area. *J Autism Dev Disord*. 01 Nisan 2006;36(3):429-35.
64. **Lai MC, Lombardo MV, Auyeung B, Chakrabarti B, Baron-Cohen S.** Sex/Gender Differences and Autism: Setting the Scene for Future Research. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Ocak 2015;54(1):11-24.
65. **Green RM, Travers AM, Howe Y, McDougle CJ.** Women and Autism Spectrum Disorder: Diagnosis and Implications for Treatment of Adolescents and Adults. *Curr Psychiatry Rep*. 09 Mart 2019;21(4):22.
66. **Kreiser NL, White SW.** ASD in females: are we overstating the gender difference in diagnosis? *Clin Child Fam Psychol Rev*. Mart 2014;17(1):67-84.
67. **Bargiela S, Steward R, Mandy W.** The Experiences of Late-diagnosed Women with Autism Spectrum Conditions: An Investigation of the Female Autism Phenotype. *J Autism Dev Disord*. Ekim 2016;46(10):3281-94.
68. **Hull L, Petrides KV, Allison C, Smith P, Baron-Cohen S, Lai MC, vd.** “Putting on My Best Normal”: Social Camouflaging in Adults with Autism Spectrum Conditions. *J Autism Dev Disord*. Ağustos 2017;47(8):2519-34.
69. **Fujiwara T.** Socioeconomic status and the risk of suspected autism spectrum disorders among 18-month-old toddlers in Japan: a population-based study. *J Autism Dev Disord*. Haziran 2014;44(6):1323-31.
70. **Rai D, Lewis G, Lundberg M, Araya R, Svensson A, Dalman C, vd.** Parental socioeconomic status and risk of offspring autism spectrum disorders in a Swedish population-based study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Mayıs 2012;51(5):467-476.e6.
71. **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*. 15 Mayıs 2005;161(10):916-25; discussion 926-928.
72. **Fombonne E.** The epidemiology of autism: a review. *Psychol Med*. Temmuz 1999;29(4):769-86.
73. **Dabrowska A, Pisula E.** Parenting stress and coping styles in mothers and fathers of pre-school children with autism and Down syndrome. *J Intellect Disabil Res JIDR*. Mart 2010;54(3):266-80.
74. **Al-Kandari S, Alsalem A, Abohaimed S, Al-Orf F, Al-Zoubi M, Al-Sabah R, vd.** Brief Report: Social Support and Coping Strategies of Mothers of Children Suffering from ASD in Kuwait. *J Autism Dev Disord*. Ekim 2017;47(10):3311-9.

75. **Lung FW, Chiang TL, Lin SJ, Lee MC, Shu BC.** Advanced Maternal Age and Maternal Education Disparity in Children with Autism Spectrum Disorder. *Matern Child Health J.* 01 Temmuz **2018**;22(7):941-9.
76. **Ms D, Mj M, Cj N, Lc L, Cm C, Jl D,** vd. Advanced parental age and the risk of autism spectrum disorder. *Am J Epidemiol* [Internet]. 12 Ocak **2008** [a.yer 30 Mayıs 2023];168(11). Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18945690/>
77. **Glasson EJ, Bower C, Petterson B, de Klerk N, Chaney G, Hallmayer JF.** Perinatal factors and the development of autism: a population study. *Arch Gen Psychiatry.* Haziran **2004**;61(6):618-27.
78. **Reichenberg A, Gross R, Weiser M, Bresnahan M, Silverman J, Harlap S,** vd. Advancing paternal age and autism. *Arch Gen Psychiatry.* Eylül **2006**;63(9):1026-32.
79. **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.* Eylül **2005**;46(9):963-71.
80. **Licari MK, Alvares GA, Varcin K, Evans KL, Cleary D, Reid SL,** vd. Prevalence of Motor Difficulties in Autism Spectrum Disorder: Analysis of a Population-Based Cohort. *Autism Res Off J Int Soc Autism Res.* Şubat **2020**;13(2):298-306.
81. **Ming X, Brimacombe M, Wagner GC.** Prevalence of motor impairment in autism spectrum disorders. *Brain Dev.* Ekim **2007**;29(9):565-70.
82. **Simms MD, Jin XM.** Autism, Language Disorder, and Social (Pragmatic) Communication Disorder: DSM-V and Differential Diagnoses. *Pediatr Rev.* 01 Ağustos **2015**;36(8):355-63.
83. **Tager-Flusberg H, Caronna E.** Language Disorders: Autism and Other Pervasive Developmental Disorders. *Pediatr Clin North Am.* 01 Haziran **2007**;54(3):469-81.
84. Bishop DVM. Autism and specific language impairment: categorical distinction or continuum? *Novartis Found Symp.* **2003**;251:213-26; discussion 226-234, 281-97.
85. **Lai MC, Lombardo MV, Baron-Cohen S.** Autism. *Lancet Lond Engl.* 08 Mart **2014**;383(9920):896-910.
86. **Shan L, Feng JY, Wang TT, Xu ZD, Jia FY.** Prevalence and Developmental Profiles of Autism Spectrum Disorders in Children With Global Developmental Delay. *Front Psychiatry.* **2021**;12:794238.
87. **Kerstjens JM, de Winter AF, Bocca-Tjeertes IF, Bos AF, Reijneveld SA.** Risk of developmental delay increases exponentially as gestational age of preterm infants decreases: a cohort study at age 4 years. *Dev Med Child Neurol.* Aralık **2012**;54(12):1096-101.
88. **Inder TE, Warfield SK, Wang H, Hüppi PS, Volpe JJ.** Abnormal cerebral structure is present at term in premature infants. *Pediatrics.* Şubat **2005**;115(2):286-94.
89. **Abel KM, Dalman C, Svensson AC, Susser E, Dal H, Idring S,** vd. Deviance in fetal growth and risk of autism spectrum disorder. *Am J Psychiatry.* Nisan **2013**;170(4):391-8.
90. **MacKay DF, Smith GCS, Dobbie R, Pell JP.** Gestational age at delivery and special educational need: retrospective cohort study of 407,503 schoolchildren. *PLoS Med.* 08 Haziran **2010**;7(6):e1000289.
91. **Moore T, Johnson S, Hennessy E, Marlow N.** Screening for autism in extremely preterm infants: problems in interpretation. *Dev Med Child Neurol.* Haziran **2012**;54(6):514-20.
92. **Magán-Maganto M, Canal-Bedia R, Bejarano-Martín Á, Martín-Cilleros MV, Hernández-Fabián A, Calvarro-Castañeda AL,** vd. Predictors of autism spectrum disorder diagnosis in a spanish sample of preterm children with very low birthweight: A cross-sectional study. *Health Sci Rep.* 02 Mart **2023**;6(3):e1143.
93. **Zerbeto AB, Cortelo FM, Filho ÉBC.** Association between gestational age and birth weight on the language development of Brazilian children: a systematic review. *J Pediatr (Rio J).* 01 Temmuz **2015**;91(4):326-32.

94. Sağlık istatistikleri yılı 2014-TC Sağlık Bakanlığı [Internet]. [a.yer 13 Ekim 2020]. Erişim adresi:<https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/43399,siy2020-tur-26052022pdf.pdf?0>.
95. **Gardener H, Spiegelman D, Buka SL.** Prenatal Risk Factors for Autism: A Comprehensive Meta-analysis. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* Temmuz **2009**;195(1):7-14.
96. **Wang C, Geng H, Liu W, Zhang G.** Prenatal, perinatal, and postnatal factors associated with autism: A meta-analysis. *Medicine (Baltimore).* Mayıs **2017**;96(18):e6696.
97. **Mamidala MP, Polinedi A, P.t.v. PK, Rajesh N, Vallamkonda OR, Udani V,** vd. Prenatal, perinatal and neonatal risk factors of Autism Spectrum Disorder: A comprehensive epidemiological assessment from India. *Res Dev Disabil.* 01 Eylül **2013**;34(9):3004-13.
98. **Kim JY, Son MJ, Son CY, Radua J, Eisenhut M, Gressier F,** vd. Environmental risk factors and biomarkers for autism spectrum disorder: an umbrella review of the evidence. *Lancet Psychiatry.* Temmuz **2019**;6(7):590-600.
99. **Guinchat V, Thorsen P, Laurent C, Cans C, Bodeau N, Cohen D.** Pre-, peri- and neonatal risk factors for autism. *Acta Obstet Gynecol Scand.* **2012**;91(3):287-300.
100. **Liew Z, Ritz B, Rebordosa C, Lee PC, Olsen J.** Acetaminophen use during pregnancy, behavioral problems, and hyperkinetic disorders. *JAMA Pediatr.* Nisan **2014**;168(4):313-20.
101. **Liew Z, Ritz B, Virk J, Olsen J.** Maternal use of acetaminophen during pregnancy and risk of autism spectrum disorders in childhood: A Danish national birth cohort study. *Autism Res Off J Int Soc Autism Res.* Eylül **2016**;9(9):951-8.
102. **Suarez EA, Bateman BT, Hernández-Díaz S, Straub L, Wisner KL, Gray KJ,** vd. Association of Antidepressant Use During Pregnancy With Risk of Neurodevelopmental Disorders in Children. *JAMA Intern Med.* 01 Kasım **2022**;182(11):1149-60.
103. **Wang Z, Chan AYL, Coghill D, Ip P, Lau WCY, Simonoff E,** vd. Association Between Prenatal Exposure to Antipsychotics and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Autism Spectrum Disorder, Preterm Birth, and Small for Gestational Age. *JAMA Intern Med.* Ekim **2021**;181(10):1332-40.
104. **Hertz-Picciotto I, Korrick SA, Ladd-Acosta C, Karagas MR, Lyall K, Schmidt RJ,** vd. Maternal tobacco smoking and offspring autism spectrum disorder or traits in ECHO cohorts. *Autism Res.* Mart **2022**;15(3):551-69.
105. **Abraham M, Alramadhan S, Iniguez C, Duijts L, Jaddoe VWV, Den Dekker HT,** vd. A systematic review of maternal smoking during pregnancy and fetal measurements with meta-analysis. *PloS One.* **2017**;12(2):e0170946.
106. **Estes ML, McAllister AK.** Maternal immune activation: implications for neuropsychiatric disorders. *Science.* 19 Ağustos **2016**;353(6301):772-7.
107. **Tioleco N, Silberman AE, Stratigos K, Banerjee-Basu S, Spann MN, Whitaker AH,** vd. Prenatal maternal infection and risk for autism in offspring: A meta-analysis. *Autism Res Off J Int Soc Autism Res.* Haziran **2021**;14(6):1296-316.
108. **Jokiranta-Olkonemi E, Cheslack-Postava K, Sucksdorff D, Suominen A, Gyllenberg D, Chudal R,** vd. Risk of Psychiatric and Neurodevelopmental Disorders Among Siblings of Probands With Autism Spectrum Disorders. *JAMA Psychiatry.* 01 Haziran **2016**;73(6):622-9.
109. **Orsmond GI, Seltzer MM.** Siblings of individuals with autism spectrum disorders across the life course. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev.* **2007**;13(4):313-20.
110. **Marton K, Abramoff B, Rosenzweig S.** Social cognition and language in children with specific language impairment (SLI). *J Commun Disord.* **2005**;38(2):143-62.
111. **Jenkins JM, Astington JW.** Cognitive factors and family structure associated with theory of mind development in young children. *Dev Psychol.* **1996**;32:70-8.
112. **Conti-Ramsden G, Mok PLH, Pickles A, Durkin K.** Adolescents with a history of specific language impairment (SLI): strengths and difficulties in social, emotional and behavioral functioning. *Res Dev Disabil.* Kasım **2013**;34(11):4161-9.

113. Understanding other minds: Perspectives from autism. New York, NY, US: Oxford University Press; **1994**. xiii, 515 s. (Baron-Cohen S, Tager-Flusberg H, Cohen DJ. Understanding other minds: Perspectives from autism).
114. **Huang CY, Yen HC, Tseng MH, Tung LC, Chen YD, Chen KL.** Impacts of Autistic Behaviors, Emotional and Behavioral Problems on Parenting Stress in Caregivers of Children with Autism. *J Autism Dev Disord.* 01 Haziran **2014**;44(6):1383-90.
115. **Lecavalier L, Leone S, Wiltz J.** The impact of behaviour problems on caregiver stress in young people with autism spectrum disorders. *J Intellect Disabil Res JIDR.* Mart **2006**;50(Pt 3):172-83.
116. **Hill AP, Zuckerman KE, Hagen AD, Kriz DJ, Duvall SW, van Santen J, vd.** Aggressive Behavior Problems in Children with Autism Spectrum Disorders: Prevalence and Correlates in a Large Clinical Sample. *Res Autism Spectr Disord.* 01 Eylül **2014**;8(9):1121-33.
117. **Kanne SM, Mazurek MO.** Aggression in children and adolescents with ASD: prevalence and risk factors. *J Autism Dev Disord.* Temmuz **2011**;41(7):926-37.
118. **Conner CM, White SW, Beck KB, Golt J, Smith IC, Mazefsky CA.** Improving emotion regulation ability in autism: The Emotional Awareness and Skills Enhancement (EASE) program. *Autism Int J Res Pract.* Temmuz **2019**;23(5):1273-87.
119. **Samson AC, Hardan AY, Podell RW, Phillips JM, Gross JJ.** Emotion Regulation in Children and Adolescents With Autism Spectrum Disorder. *Autism Res.* **2015**;8(1):9-18.
120. **Gordillo ML, Chu A, Long K.** Mothers' Adjustment to Autism: Exploring the Roles of Autism Knowledge and Culture. *J Pediatr Psychol.* 01 Eylül **2020**;45(8):877-86.
121. **Bernheimer LP, Weisner TS.** "Let me just tell you what I do all day...": The family story at the center of intervention research and practice. *Infants Young Child.* **2007**;20(3):192-201.
122. **Reyes NM, Lindly OJ, Chavez AE, Folan A, Macias K, Smith KA, vd.** Maternal beliefs about autism: A link between intervention services and autism severity in White and Latino mothers. *Res Autism Spectr Disord.* 01 Temmuz **2018**;51:38-48.
123. **Zuckerman KE, Sinche B, Cobian M, Cervantes M, Mejia A, Becker T, vd.** Conceptualization of autism in the Latino community and its relationship with early diagnosis. *J Dev Behav Pediatr JDBP.* Ekim **2014**;35(8):522-32.
124. **Siu JY man.** The SARS-associated stigma of SARS victims in the post-SARS era of Hong Kong. *Qual Health Res.* Haziran **2008**;18(6):729-38.
125. **Hayward P, Wong G, Bright JA, Lam D.** Stigma and self-esteem in manic depression: an exploratory study. *J Affect Disord.* Mayıs **2002**;69(1-3):61-7.
126. **Luo R, Ji Y, Liu YH, Sun H, Tang S, Li X.** Relationships among social support, coping style, self-stigma, and quality of life in patients with diabetic foot ulcer: A multicentre, cross-sectional study. *Int Wound J.* Mart **2023**;20(3):716-24.
127. **Kitchin JL, Karlin NJ.** Awareness and Stigma of Autism Spectrum Disorders in Undergraduate Students. *Psychol Rep.* Ağustos **2022**;125(4):2069-87.
128. **Benitez Ojeda AB, Carugno P.** Special Education. İçinde: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; **2023** [a.yer 11 Haziran 2023]. Erişim adresi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499857/>
129. **Flannery KA, Wisner-Carlson R.** Autism and Education. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* Nisan **2020**;29(2):319-43.
130. **Zwaigenbaum L, Bauman ML, Choueiri R, Kasari C, Carter A, Granpeesheh D, vd.** Early Intervention for Children With Autism Spectrum Disorder Under 3 Years of Age: Recommendations for Practice and Research. *Pediatrics.* Ekim **2015**;136(Suppl 1):S60-81.
131. **Webb SJ, Jones EJH, Kelly J, Dawson G.** The motivation for very early intervention for infants at high risk for autism spectrum disorders. *Int J Speech Lang Pathol.* Şubat **2014**;16(1):36-42.

132. **Rubenstein E, Daniels J, Schieve LA, Christensen DL, Van Naarden Braun K, Rice CE, vd.** Trends in Special Education Eligibility Among Children With Autism Spectrum Disorder, 2002-2010. *Public Health Rep Wash DC* 1974. **2018**;133(1):85-92.
133. **Rogge N, Janssen J.** The Economic Costs of Autism Spectrum Disorder: A Literature Review. *J Autism Dev Disord.* 01 Temmuz **2019**;49(7):2873-900.
134. **Chasson GS, Harris GE, Neely WJ.** Cost Comparison of Early Intensive Behavioral Intervention and Special Education for Children with Autism. *J Child Fam Stud.* Haziran **2007**;16(3):401-13.
135. **Rios K, Burke MM, Aleman-Tovar J.** A Study of the Families Included in Receiving Better Special Education Services (FIRME) Project for Latinx Families of Children with Autism and Developmental Disabilities. *J Autism Dev Disord.* 01 Ekim **2021**;51(10):3662-76.
136. **Boyd JE, Otilingam PG, DeForge BR.** Brief version of the Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) scale: Psychometric properties and relationship to depression, self esteem, recovery orientation, empowerment, and perceived devaluation and discrimination. *Psychiatr Rehabil J.* **2014**;37:17-23.
137. **Fakültes T, Sa ER, Dali M.** Çocukluk Otizmini Derecelendirme Ölçeği Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması.
138. **Werner S, Shulman C.** Does type of disability make a difference in affiliate stigma among family caregivers of individuals with autism, intellectual disability or physical disability? *J Intellect Disabil Res.* **2015**;59(3):272-83.
139. **Kousha M, Attar HA, Shoar Z.** Anxiety, depression, and quality of life in Iranian mothers of children with autism spectrum disorder. *J Child Health Care Prof Work Child Hosp Community.* Eylül **2016**;20(3):405-14.
140. **Almansour MA, Alateeq MA, Alzahrani MK, Algeffari MA, Alhomaiddan HT.** Depression and anxiety among parents and caregivers of autistic spectral disorder children. *Neurosci Riyadh Saudi Arab.* Ocak **2013**;18(1):58-63.
141. **Benson PR, Karlof KL.** Anger, Stress Proliferation, and Depressed Mood Among Parents of Children with ASD: A Longitudinal Replication. *J Autism Dev Disord.* 01 Şubat **2009**;39(2):350-62.
142. **Pisula E.** [Parents of children with autism: recent research findings]. *Psychiatr Pol.* **2002**;36(1):95-108.
143. **Alkhateeb JM, Hadidi MS, Mounzer W.** The Impact of Autism Spectrum Disorder on Parents in Arab Countries: A Systematic Literature Review. *Front Psychol.* 14 Temmuz **2022**;13:955442.
144. **Papadopoulos C, Lodder A, Constantinou G, Randhawa G.** Systematic Review of the Relationship Between Autism Stigma and Informal Caregiver Mental Health. *J Autism Dev Disord.* **2019**;49(4):1665-85.
145. **Yip CCH, Chan KKS.** Longitudinal impact of public stigma and courtesy stigma on parents of children with autism spectrum disorder: The moderating role of trait mindfulness. *Res Dev Disabil.* Ağustos **2022**;127:104243.
146. **Lyu QY, Yu XX, Wang J le, Wang XY, Ke QQ, Liu D, vd.** Self-esteem and family functioning mediates the association of symptom severity and parental affiliate stigma among families with children with ASD. *J Pediatr Nurs.* Ekim **2022**;66:e122-9.
147. **Lei X, Kantor J.** Social Support and Family Functioning in Chinese Families of Children with Autism Spectrum Disorder. *Int J Environ Res Public Health.* 28 Mart **2021**;18(7):3504.
148. **Jackson SZ, Pinto-Martin JA, Deatrick JA, Boyd R, Souders MC.** High Depressive Symptoms, Low Family Functioning, and Low Self-Efficacy in Mothers of Children With Autism Spectrum Disorder Compared to Two Control Groups. *J Am Psychiatr Nurses Assoc.* 16 Haziran **2022**;10783903221104148.
149. **Johnson CP.** Recognition of autism before age 2 years. *Pediatr Rev.* Mart **2008**;29(3):86-96.
150. **Wilson RB, Enticott PG, Rinehart NJ.** Motor development and delay: advances in assessment of motor skills in autism spectrum disorders. *Curr Opin Neurol.* Nisan **2018**;31(2):134-9.

151. **Iverson JM.** Developing language in a developing body: the relationship between motor development and language development. *J Child Lang.* Mart **2010**;37(2):229-61.
152. **Darling CA, Senatore N, Strachan J.** Fathers of children with disabilities: stress and life satisfaction. *Stress Health J Int Soc Investig Stress.* Ekim **2012**;28(4):269-78.
153. **Deater-Deckard K.** Parenting Stress and Children's Development: Introduction to the Special Issue. *Infant Child Dev.* **2005**;14:111-5.
154. **Tervo RC.** Developmental and behavior problems predict parenting stress in young children with global delay. *J Child Neurol.* Mart 2012;27(3):291-6.
155. **Bonis S.** Stress and Parents of Children with Autism: A Review of Literature. *Issues Ment Health Nurs.* 03 Mart **2016**;37(3):153-63.
156. **Lu M, Yang G, Skora E, Wang G, Cai Y, Sun Q,** vd. Self-esteem, social support, and life satisfaction in Chinese parents of children with autism spectrum disorder. *Res Autism Spectr Disord.* 01 Eylül **2015**;17:70-7.
157. **Duarte CS, Bordin IA, Yazigi L, Mooney J.** Factors associated with stress in mothers of children with autism. *Autism.* 01 Ekim **2005**;9(4):416-27.
158. **Davis NO, Carter AS.** Parenting stress in mothers and fathers of toddlers with autism spectrum disorders: associations with child characteristics. *J Autism Dev Disord.* Ağustos **2008**;38(7):1278-91.
159. **Lee LC, Harrington RA, Louie BB, Newschaffer CJ.** Children with autism: quality of life and parental concerns. *J Autism Dev Disord.* Temmuz **2008**;38(6):1147-60.
160. **Alibekova R, Kai Chan C, Crape B, Kadyrzhanuly K, Gusmanov A, An S,** vd. Stress, anxiety and depression in parents of children with autism spectrum disorders in Kazakhstan: prevalence and associated factors. *Glob Ment Health.* 9:472-82.
161. **Pinto D, Delaby E, Merico D, Barbosa M, Merikangas A, Klei L,** vd. Convergence of genes and cellular pathways dysregulated in autism spectrum disorders. *Am J Hum Genet.* 01 Mayıs **2014**;94(5):677-94.
162. **Chan KKS, Leung DCK.** Linking Child Autism to Parental Depression and Anxiety: The Mediating Roles of Enacted and Felt Stigma. *J Autism Dev Disord.* Şubat **2021**;51(2):527-37.
163. **Benson PR.** The impact of child symptom severity on depressed mood among parents of children with ASD: the mediating role of stress proliferation. *J Autism Dev Disord.* Temmuz **2006**;36(5):685-95.
164. **Alshahrani MS, Algashmari H.** The moderating effect of financial stress and autism severity on development of depression among parents and caregivers of Autistic children in Taif, Saudi Arabia. *J Fam Med Prim Care.* Mart **2021**;10(3):1227-33.
165. **Khusaifan SJ, El Keshky MES.** Social Support as a Protective Factor for the Well-Being of Parents of Children with Autism in Saudi Arabia. *J Pediatr Nurs.* **2021**;58:e1-7.
166. **Gardiner E, Iarocci G.** Unhappy (and happy) in their own way: a developmental psychopathology perspective on quality of life for families living with developmental disability with and without autism. *Res Dev Disabil.* **2012**;33(6):2177-92.

EKLER

Ek-1.Sosyodemografik Veri Formu

ADANA ŞEHİR HASTANESİ AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ ANKET NO:

Otizm spektrum bozukluğu tanısı olan çocukların ebeveynlerinin içselleştirilmiş damgalanma algısının depresyon, anksiyete, ve aile işlevselleğine olan etkilerinin araştırılması (Olgu Rapor Formu/Veri Takip Raporu),

A-DEMOGRAFİK VERİLER

1) Hastanın Adı Soyadı:

2) Yaşı:(ay)

3) Cinsiyeti

☐ kız ☐ erkek

4) Yaşadığı yer:

☐ il merkezi ☐ ilçe ☐ köy

5) Annenin çalışma durumu:

☐ ev hanımı ☐ çalışıyor ☐ işi bırakmış

6) Anne Yaşı:

7) Babanın çalışma durumu:

☐ çalışmıyor ☐ çalışıyor ☐ işi bırakmış

8) Babanın yaşı:yıl

9) Anne eğitim düzeyi:

☐ okur -yazar değil ☐ ilkokul ☐ ortaokul ☐ lise ☐

üniversite

10) Baba eğitim düzeyi:

☐ okur -yazar değil ☐ ilkokul ☐ ortaokul ☐ lise ☐

üniversite

11) Ailenizin gelir düzeyi nedir:.....tl

12-)Bakım veren ebeveynin medeni durumu

☐ evli ☐ bekar ☐ ayrılmış(belirtiniz.....)

B- ÖZGEÇMİŞ

13) Çocuğunuza Otizm Spektrum bozukluğu tanısı konulduğunda çocuğunuz kaç yaşındaydı?

.....(ay)

14) Çocuğunuz okula gidiyor mu?

☐ hayır

☐ evet

15)Çocuğunuz kaç yıldır okula gidiyor?

.....

16) Çocuğunuz özel eğitime gidiyor mu?

☐ hayır

☐ evet

17)Gidiyorsa kaç yıldır özel eğitim görüyor?

.....

18) Düzenli olarak kullandığı ilaç tedavisi var mı?

☐ yok

☐ var

(belirtiniz.....)

19) Daha önce bir psikolog tarafından çocuğunuzun zeka seviyesi değerlendirildi mi?

☐ hayır

☐ evet (evet ise değerlendirme sonucu

(.....)

20) Doğum şekli:

☐ sezeryan

☐ normal doğum

21) Doğum zamanı:hafta

22) Doğum ağırlığı:.....gr

23) Motor gelişim:

Oturma:

ilk oturma:

şu anki durum:

Yürüme:

ilk yürüme:

şu anki durum:

24) Dil Gelişimi:

İlk kelime:

şu anki durum:

İlk cümle:

şu anki durum:

25) Anne sütü alma durumu:

☐ 0-6 ay

☐ 6-12 ay

☐ 12 aydan fazla

C-SOYGE  M   

26):Annede gebelikten önce de mevcut olan ve gebelik sırasında devam eden sistemik hastalık öyküsü var mı?

☐ yok

☐ var (varsa tanısını

belirtiniz:.....

27) Annede psikiyatrik hastalık öyküsü var mı?

☐ yok

☐ var (tanısını

belirtiniz:.....

28)Babada sistemik hastalık öyküsü var mı?

☐ yok

☐ var (varsa tanısını belirtiniz:.....

29) Babada psikiyatrik hastalık öyküsü var mı?

☐ yok

☐ var (tanısını

belirtiniz:.....

30) Sigara kullanımınız var mı ?

☐ yok

☐ var (ka   paket yıl:)

D-GEBEL  K S  REC  N  N DE  ERLEND  R  LMES  

31)Gebelik durumu olduğu zaman annenin yaşı

32)Gebelik durumu olduğu zaman babanın yaşı

33) Hamilelik süreciniz nasıldı?

☐ normal

☐ sorunlu (varsa

belirtiniz:.....

34)Gebelik sürecinde var olan sağlık sorunlarınız nelerdir

☐ HT

☐ DM

☐ HİPOTİROİDİ

☐

HİPERTİROİDİ

☐ PIHTILAŞMA BOZUKLUĞU

☐ PREEKLAMPSİ

☐ DİĞER..... (iye vs..)

35) Gebeliğinizde bebeğinizde gelişen sağlık sorunları var mı?

☐ yok

☐ var (varsa

belirtiniz:.....

36)Gebelikte sigara kullanımı var mı?

☐ yok

☐ var (varsa belirtiniz:.....

(pkt/yıl)

37)Gebelikte alkol kullanımı var mı?

☐ yok

☐ var (varsa

belirtiniz:.....

38)Gebelikte ilaç kullanımı var mı?

☐ yok

☐ var

39) Gebelikte ilaç kullanımı var ise ;(birden fazla seçenek işaretlenebilir)

☐ 1. Trimester

☐ 2. Trimester

☐ 3.trimester

40)Kullanılan ilaçlar ;(birden fazla seçenek işaretlenebilir)

☐ parasetamol

☐ antipsikotikler

☐ antiepileptikler

☐ diğer.(

belirtiniz:.....)

41)Kullanılan miktar:

☐ birkaç tane

☐ bir kutu

☐ bir kutudan fazla

**E-BAKIM VEREN EBEVENYNİN SOSYAL/ BİLGİ DURUMU YÖNÜNDEN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

42) Arkadaş/ akraba ziyaretlerine vakit ayırır mı?

☐ yok (eskiden varsa ne zaman bırakıldı bırakmasına neden olan olay neydi?

☐ var (varsa haftada kaç saat vakit ayırıyor.....)

43) Anne / baba kendine vakit ayırma durumu var mı?

☐ yok (eskiden varsa ne zaman bırakıldı bırakmasına neden olan olay neydi?

☐ var (varsa haftada kaç saat vakit ayırıyor.....)

44) Otizm spektrum bozukluğu ile ilgili eğitim aldınız mı?

☐ hayır

☐ evet

45) Otizm spektrum bozukluğu ile alakalı eğitiminiz ;

☐ sertifikalı

☐ sertifikasız

46) Çocuğunuzun doğumundan önce aile olarak ekonomik durumunuz:

☐ yetmiyor

☐ yetiyor

☐ orta

47) Çocuğunuzun doğumundan sonra aile olarak ekonomik durumunuz :

☐ yetmiyor

☐ yetiyor

☐ orta

48) Otizm Spektrum bozukluğu tanısı konan çocuğunuzun kardeşi var mı ?

☐ yok

☐ var (varsa kaç tane.....)

49) OSB'li çocuğun kardeşlerinde psikiyatrik hastalık öyküsü var mı?

☐ yok

☐ var (varsa tanı belirtiniz?

50) Sizi bu süreçte en çok zorlayan şey ne oldu?

.....

51) Aldığınız sağlık ya da sosyal hizmetleri değerlendirseniz sizce ne olsa daha iyi olurdu/özellikle neyi daha çok isterdiniz?

.....

52) OSB 'na sahip kaç aile biliyorsunuz?

EK-2 Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması (RHİDÖ)

RUHSAL HASTALIKLARIN İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMASI ÖLÇEĞİ (RHİDÖ)

Bu testte sık sık geçen “ruhsal hastalık” terimi, en geniş anlamda kullanılmıştır. Her bir cümleyi dikkatle okuduktan sonra eğer;

“Kesinlikle aynı fikirde değilim” diyorsanız (1) rakamını,

“Aynı fikirde değilim” diyorsanız (2) rakamını,

“Aynı fikirdeyim” diyorsanız (3) rakamını,

“Kesinlikle aynı fikirdeyim” diyorsanız (4) rakamını,

daire içine alarak okuduğunuz cümleye ne ölçüde katıldığınızı ya da katılmadığınızı belirtiniz. Her cümle için rakamlardan sadece bir tanesini işaretleyiniz.

	Kesinlikle aynı fikirde değilim	Aynı fikirde değilim	Aynı fikirdeyim	Kesinlikle aynı fikirdeyim
1-Kızımın ya da oğlumun ruhsal bir hastalığı olduğu için kendimi bu dünyada bir yabancı gibi hissediyorum.	1	2	3	4
2-Ruhsal hastalığı olan kişiler saldırgan olmaya eğilimlidirler.	1	2	3	4
3- Kızımın ya da oğlumun ruhsal bir hastalığı olduğu için insanlar bana farklı davranıyorlar.	1	2	3	4
4-Reddedilmemek için, ruhsal hastalığı olmayan kişilere yaklaşımdan kaçınıyorum.	1	2	3	4
5-Kızımın ya da oğlumun ruhsal bir hastalığı olduğundan dolayı utanıyorum.	1	2	3	4
6-Ruhsal hastalığı olan kişiler evlenmemelidir.	1	2	3	4
7-Ruhsal hastalığı olan kişiler topluma önemli katkılarda bulunurlar.	1	2	3	4

8-Kendimi çocuğu ruhsal hastalığı olmayan kişilerden daha aşığı hissediyorum.	1	2	3	4
9-Kızımın ya da oğlumun ruhsal hastalığı benim “garip” görünmeme ya da davranmama neden olabileceğinden dolayı eskisi kadar sosyal değilim.	1	2	3	4
10-Ruhsal hastalığı olan kişiler iyi ve doyum verici bir hayat yaşayamazlar.	1	2	3	4
11-İnsanları kızımın ya da oğlumun ruhsal hastalığıyla sıkmak istemediğimden dolayı, kendi hakkımda fazla konuşmam.	1	2	3	4
12-Halk arasındaki ruhsal hastalıklarla ilgili olumsuz düşünceler, benim “normal” yaşamın dışında kalmama neden oluyor.	1	2	3	4
13-Ruhsal hastalığı olmayan kişilerle birlikteyken, kendimi sanki o ortama ait değilmiş ve yetersizmişim gibi hissediyorum.	1	2	3	4
14-Ruhsal hastalığı açıkça anlaşılan biriyle toplum içinde birlikte görölmek beni rahatsız etmez.	1	2	3	4
15-Sırf kızımın ya da oğlumun ruhsal hastalığından dolayı insanlar bana sık sık ne yapmam gerektiğini söyleyip, sanki çocukmuşum gibi davranırlar.	1	2	3	4
16-Kızımın ya da oğlumun ruhsal hastalığı olduğu için kendimden memnun değilim.	1	2	3	4
17-Kızımın ya da oğlumun ruhsal hastalığı olması hayatımı berbat etti.	1	2	3	4
18-İnsanlar kızımın ya da oğlumun görünüşünden ruhsal bir hastalığı olduğunu anlayabilirler.	1	2	3	4

19-Kızımın ya da oğlumun ruhsal hastalığından dolayı benimle ilgili çoğu kararı başkalarının vermesine ihtiyaç duyarım.	1	2	3	4
20-Ailemi ve arkadaşlarımı utandırmamak için sosyal ortamlardan uzak dururum.	1	2	3	4
21-Ruhsal hastalığı olmayanların beni anlamaları mümkün değildir.	1	2	3	4
22-Sırf kızımın ya da oğlumun ruhsal hastalığı olduğu için insanlar beni göz ardı eder ya da pek ciddiye almazlar.	1	2	3	4
23-Kızımın ya da oğlumun ruhsal hastalığı olduğu için topluma hiçbir katkı olamaz.	1	2	3	4
24-Ruhsal bir hastalıkla yaşamak beni mücadeleci bir insan yaptı.	1	2	3	4
25-Kızımın ya da oğlumun ruhsal bir hastalığı olduğu için kimse bana yakınlaşmak istemez.	1	2	3	4
26-Genel olarak, hayatı istediğim şekilde yaşayabiliyorum.	1	2	3	4
27-Kızımın ya da oğlumun ruhsal hastalığı olmasına rağmen, iyi ve dolu dolu yaşadığım bir hayatım var.	1	2	3	4
28-İnsanlar kızımın ya da oğlumun ruhsal bir hastalığı olduğu için hayatta fazla başarılı olamayacağını düşünüyorlar.	1	2	3	4
29-Akıl hastalarıyla ilgili olumsuz yaygın inanışlar kızımın ya da oğlumun durumu dikkate alındığında hiç de yanlış sayılmaz.	1	2	3	4

Ek-3 Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği

Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

1. Kendimi gergin "patlayacak gibi" hissediyorum.

- ☐3 Çoğu zaman ☐1 Zaman zaman, bazen
☐2 Birçok zaman ☐0 Hiçbir zaman

9. Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.

- ☐0 Hiçbir zaman ☐2 Oldukça sık
☐1 Bazen ☐3 Çok sık

2. Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

- ☐0 Aynı eskisi kadar ☐2 Yalnızca biraz eskisi kadar
☐1 Pek eskisi kadar değil ☐3 Hiçbir zaman

3. Sanki kötü bir şey olacaktı gibi bir korkuya kapılıyorum.

- ☐3 Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
☐2 Evet, ama çok da şiddetli değil
☐1 Biraz, ama beni pek endişelendiriyor
☐0 Hayır, hiç de öyle değil

4. Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- ☐0 Her zaman olduğu kadar ☐2 Kesinlikle o kadar değil
☐1 Şimdi pek o kadar değil ☐3 Artık hiç değil

5. Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

- ☐3 Çoğu zaman ☐1 Zaman zaman, çok sık değil
☐2 Birçok zaman ☐0 Yalnızca bazen

6. Kendimi neşeli hissediyorum.

- ☐3 Hiçbir zaman ☐1 Bazen
☐2 Sık değil ☐0 Çoğu zaman

7. Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi rahat hissediyorum.

- ☐0 Kesinlikle ☐2 Sık değil
☐1 Genellikle ☐3 Hiçbir zaman

8. Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

- ☐3 Hemen hemen her zaman ☐1 Bazen
☐2 Çok sık ☐0 Hiçbir zaman

10. Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

- ☐3 Kesinlikle
☐2 Gerekliği kadar özen göstermiyorum
☐1 Pek o kadar özen göstermeyebilirim
☐0 Her zamanki kadar özen gösteriyorum

11. Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

- ☐3 Gerçekten de çok fazla ☐1 Çok fazla değil
☐2 Oldukça fazla ☐0 Hiç değil

12. Olacakları zevkle bekliyorum.

- ☐0 Her zaman olduğu kadar
☐1 Her zamankinden biraz daha az
☐2 Her zamankinden kesinlikle daha az
☐3 Hemen hemen hiç

13. Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

- ☐3 Gerçekten de çok sık ☐1 Çok sık değil
☐2 Oldukça sık ☐0 Hiçbir zaman

14. İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

- ☐0 Sıklıkla ☐2 Pek sık değil
☐1 Bazen ☐3 Çok seyrek

Mavi renkli kutu içinde şıkları olan sorular anksiyete, turuncu renkli altı çizgili şıkları olan sorular depresyon skorlarını verir.
0-7 puan: normal ||| 8-10puan: sınırda ||| 11ve üstü anormal

Toplam Puan: Depresyon Anksiyete

Ek-4. Aile Apgarı Ölçeği

AİLE APGARI

Sıra No	CÜMLELER	Neredeyse Her Zaman	Bazen	Neredeyse Hiçbir Zaman
1.	Bir sorunun olduğunda, ailemden yardım alabiliyor olmamdan memnunum.	2	1	0
2.	Ailemin benimle konuşma ve problemleri paylaşma şeklinden memnunum.	2	1	0
3.	Ailemin yeni etkinliklere katılma veya yönelme isteklerimi kabul etmesi ve desteklemesinden memnunum.	2	1	0
4.	Ailemin kızgınlık, üzüntü ve aşk gibi duygularıma ilgi ve tepki gösterme şeklinden memnunum.	2	1	0
5.	Ailemle birlikte vakit geçirme şeklimizden memnunum.	2	1	0

TOPLAM PUAN:

FONKSİYONELLİK:

1-Şiddetli disfonksiyonel(0-3)

2-Orta derecede disfonksiyonel(4-7)

3-Yüksek fonksiyonel(8-10)

Ek-5. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

ASM'mizde, Hüseyin Aksoy'un sorumlu araştırmacısı olduğu **“Otizm spektrum bozukluğu tanısı olan çocukların ebeveynlerinin içselleştirilmiş damgalanma algısının depresyon, anksiyete, ve aile işlevselleğine olan etkilerinin araştırılması”** isimli bir araştırma yapılması planlanmaktadır.

Hekimin Açıklaması: Araştırmaya gönüllü olarak katılıyor olmanız durumunda anket sorularını cevaplamanız istenecektir. Kişisel bilgileriniz (ad soyadı, TCKN vb.) hiçbir kişi, kurum veya kuruluşlarla paylaşılmayacaktır. Sizin kişisel bilgilerinizdeklare edilmeyecek, çalışma karşılığı bir ödeme yapılmayacak ve çalışmaya katıldığınız için parasal yük altına girmeyeceksiniz. Size verilen anket sorularını cevaplayarak çalışmaya dahil olmayı kabul ederseniz, size en uygun cevapları belirtmeniz yeterli olacaktır. Yardıma ihtiyacınız olduğunda soru sormaktan çekinmeyiniz.

Katılımcının Beyanı: Bilgilendirilmiş gönüllü olur formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana tanık huzurunda yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Not: “Bu araştırmada onam yeteneği olmayan ya da kısıtlı olanlar için hastanın birinci derecede yakınlarından onay alınacaktır.”

Katılımcı ve/veya birinci derece yakını:

Adı, soyadı:

Tel.

Tarih:

İmza:

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Tel.

Tarih:

İmza:

Katılımcı ile görüşen araştırmacı

Adı soyadı, unvanı: Ast. Dr. Fatma EFE

Tel:

Tarih:

İmza:

