



T.C.

KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI

ANA BİLİM DALI

**KAHRAMANMARAŞ MERKEZLİ DEPREM SONRASI
OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU OLAN
ÇOCUKLARDA DUYGUSAL/DAVRANIŞSAL SORUNLAR
İLE ANNELERİNİN ANKSİYETE, DEPRESYON
DÜZEYLERİ VE BAŞA ÇIKMA TUTUMLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Kevser YENİCİL DAŞ
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**DANIŞMAN
Doç. Dr. Hatice ALTUN**

KAHRAMANMARAŞ-2024



T.C.

KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI

ANA BİLİM DALI

**KAHRAMANMARAŞ MERKEZLİ DEPREM SONRASI
OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU OLAN
ÇOCUKLARDA DUYGUSAL/DAVRANIŞSAL SORUNLAR
İLE ANNELERİNİN ANKSİYETE, DEPRESYON
DÜZEYLERİ VE BAŞA ÇIKMA TUTUMLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Kevser YENİCİL DAŞ
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**DANIŞMAN
Doç. Dr. Hatice ALTUN**

KAHRAMANMARAŞ-2024

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan, hem mesleki hem de manevi açıdan desteğini esirgemeyen; samimiyeti, güleryüzü, naif ve şefkatli tutumuyla hayatıma dokunan, asistanı olmaktan gurur duyduğum ve kendimi şanslı hissettiğim Anabilim Dalı başkanımız ve tez danışmanım olan sayın hocam Doç. Dr. Hatice ALTUN'a;

Asistanlığa başladığım ilk günden itibaren gelişimime çok büyük katkısı olan, çalışma disiplini her zaman örnek aldığım, pozitif enerjisiyle günümüzü güzelleştiren, değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Semiha CÖMERTOĞLU ARSLAN'a;

Rotasyonlarım sırasında bilgi ve deneyimleriyle bana yol gösteren, öğrencileri de olmaktan büyük mutluluk duyduğum Prof. Dr. Fatma Özlem ORHAN, Doç. Dr. Abdullah YILDIRIM ve KSÜ Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı ailesine; altı ay süreyle beraber çalışmaktan onur duyduğum, zengin bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım, sayelerinde memleketimde çalışma fırsatı bulduğum Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı ailesine, KSÜ Tıp Fakültesi Çocuk Nörolojisi Anabilim Dalı başkanı Prof. Dr. Cengiz DİLBER'e;

Birlikte çalışmaktan ve yeni şeyler öğrenmekten büyük keyif aldığım, uzmanlık eğitimimi sıcak ve samimi bir ortamda geçirmemi sağlayan tüm asistan arkadaşlarıma;

Hayatım boyunca yanımda olan, bana ve yapabileceklerime her zaman inanan, sevgileri ve sonsuz destekleri ile beni bugünlere getiren aileme;

Anlayış ve sabrı ile her zaman yanımda olan, en umutsuz anlarımda umut veren, tez ve uzmanlık eğitimim sürecinde desteğini hep hissettiğim, beni sevmekten hiç vazgeçmeyen eşim Dr. Muhammet DAŞ'a;

En derin sevgilerimi ve sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum...

Tez çalışmamı tarifi mümkün olmayan sonsuz bir sevgi ve merhametle beni yetiştiren, artık yanımda olamasa da her an kalbimde varlığını hissettiğim, hayattaki değerim, canım annem'e ve bana bu hayattaki en güzel rollerden biri olan anneliği tattıran canım kızım Alya Beren'ime ithaf ediyorum.

Dr. Kevser YENİCİL DAŞ

**KAHRAMANMARAŞ MERKEZLİ DEPREM SONRASI OTİZM SPEKTRUM
BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUKLARDA DUYGUSAL/DAVRANIŞSAL
SORUNLAR İLE ANNELERİNİN ANKSİYETE, DEPRESYON DÜZEYLERİ
VE BAŞA ÇIKMA TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

(Tıpta Uzmanlık Tezi)

Dr. Kevser YENİCİL DAŞ

KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

MART 2024

ÖZET

Amaç: Doğal afetler, özellikle depremler, fiziksel yaralanma, mal kaybı, ölüm gibi birçok olumsuz sonuca ve psikolojik rahatsızlıklara neden olabilmektedir. Doğal afetlerin bireyleri aynı şekilde etkilemediği bilinmektedir. Yetişkinlere bağımlılıkları göz önüne alındığında çocuklar ve engelli bireyler en savunmasız grup olarak değerlendirilmektedir. Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB) olan çocuklar, klinik özellikleri göz önüne alındığında özellikle önem arz etmektedir. Bizim literatür bilgilerimize göre ilk kez yapılan bu çalışmada, ülkemizde 06 Şubat 2023 tarihinde, aynı gün içerisinde 7.7 ve 7.6 şiddetinde, yüksek yıkım gücüne sahip olan, 11 ilde çok sayıda enkaz ve ölümün meydana geldiği Kahramanmaraş merkezli deprem sonrasında OSB'li çocuklarda duygusal/davranışsal sorunların belirlenmesi ve bu çocukların annelerinin anksiyete, depresyon seviyelerinin ve başa çıkma stratejilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Kahramanmaraş'ta ikamet eden, 6 Şubat 2023 Kahramanmaraş merkezli depremi yaşayan ve DSM-5-TR kriterlerine göre, 95 OSB'li çocuk (0-12 yaş, 65 erkek, 30 kız) ve anneleriyle yaş-cinsiyet eşleştirilmiş fiziksel ve belirgin bir psikiyatrik hastalık tanısı saptanmayan 95 depremzede çocuk ve anneleri çalışmaya dahil edilmiştir. Çocuklardaki duygusal/davranışsal sorunların belirlenmesi için Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA)-ebeveyn formu, Sosyodemografik Veri Formu, annelerin anksiyete, depresyon seviyeleri ve başa çıkma stratejileri değerlendirmek için Beck

Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Beck Depresyon ölçeği (BDÖ), Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE), anneler tarafından doldurtulmuştur. OSB semptomlarının şiddetini belirlemek amacıyla CARS uygulanmıştır.

Bulgular: Çalışmamızda hasta grubunun yaş ortalaması $6,7\pm3,0$ yıl, kontrol grubunun $6,6\pm3,0$ yıldır. Hasta grubunda olanların deprem sonrası iletişim sorunlarında artma, tekrarlayıcı hareketlerinde artma, hareketlilikte artma, kendine ve başkasına zarar verici davranışlarda artma, alıştığı düzeni isteme, evinden çıkmayı istememe ve yeme sorunları yaşama oranı, kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). OSB’li çocuklarda kontrol grubuna göre GGA’nın hiperaktivite/dikkat eksikliği, davranış sorunları, duygusal sorunlar, akran sorunları ve GGA toplam puanı anlamlı şekilde yüksek, sosyal davranışlar puanı ise düşük bulunmuştur ($p<0,001$). Hasta grubunun annelerinde kontrol grubunun annelerine göre BAÖ ölçek puanı arasında anlamlı farklılık bulunmazken, BDÖ puanı anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır ($p=0,009$). COPE ölçek alt boyutlarının karşılaştırılmasında; hasta grubunun annelerinde pozitif yeniden yorumlama ve gelişme ($p<0,001$), aktif başa çıkma ($p=0,007$), duygusal sosyal destek kullanımı ($p=0,001$), diğer meşguliyetleri bastırma ($p<0,001$), plan yapma ($p<0,001$), sorun odaklı başa çıkma ($p=0,001$) ve duygusal odaklı başa çıkma ($p=0,015$) puanları kontrol grubundan anlamlı şekilde düşük; zihinsel boş verme ($p<0,001$), soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma ($p<0,001$), inkar ($p<0,001$), madde kullanımı ($p=0,041$) ve işlevsel olmayan başa çıkma ($p<0,001$) puanları ise anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Toplam GGA puanları ile BAÖ, BDÖ puanları arasında anlamlı pozitif korelasyon ($p<0.05$), COPE’nin sorun odaklı, duygusal odaklı ve işlevsel olmayan ölçeklerinin toplam puanı arasında ilişkili bulunmamıştır.

Tartışma ve Sonuç: Bu çalışmada OSB’li çocukların temel semptomlarında ve davranış sorunlarında daha fazla artış yaşadıkları, annelerinin ise depresyon düzeylerinin yüksek olduğu, sorun odaklı başa çıkma ve duygusal odaklı başa çıkma stratejilerini daha az, işlevsel olmayan başa çıkma stratejilerini ise daha fazla kullandıkları saptanmıştır. Bu sonuçlar deprem gibi doğal afetlerde OSB’li çocuklar ve annelerine erken ve yoğun psikososyal destek sağlanmasının önem arz ettiğini düşündürmüştür. Ayrıca bizim bilgilerimize göre ilk kez yapılan bu çalışmanın bu alanda yapılacak gelecek çalışmalara ışık tutacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler : Doğal Afetler, Deprem, Otizm Spektrum Bozukluğu, OSB,
Ebeveyn, Anksiyete, Depresyon, Başa Çıkma Stratejileri

Sayfa Sayısı : 137

Danışman : Doç. Dr. Hatice Altun



**EVALUATION OF EMOTIONAL AND BEHAVIORAL PROBLEMS IN
CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER AND THEIR
MOTHERS' ANXIETY, DEPRESSION LEVELS, AND COPING ATTITUDES
AFTER THE EARTHQUAKE CENTERED IN KAHRAMANMARAS**

(Thesis for Specialty in Medicine)

Dr. Kevser YENİCİL DAŞ

KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM UNIVERSITY

FACULTY OF MEDICINE

MARCH 2024

ABSTRACT

Objective: Natural disasters, especially earthquakes, can cause many negative consequences, such as physical injury, property loss, death, and psychological disorders. It is known that natural disasters do not affect individuals in the same way. Considering their dependence on adults, children and individuals with disabilities are considered the most vulnerable group. Children with autism spectrum disorder (ASD) are particularly important considering their clinical characteristics. This study, which was conducted for the first time according to our literature information, was aimed at determining the emotional and behavioral problems in children with ASD and evaluating the anxiety, depression levels, and coping strategies of the mothers of these children after the earthquake centered in Kahramanmaraş on February 6, 2023, with a magnitude of 7.7 and 7.6 on the same day, which had high destructive power and caused a large number of debris and deaths in 11 provinces.

Method: The study included 95 children with ASD (0–12 years old, 65 boys and 30 girls) and their mothers, as well as 95 age- and gender-matched earthquake survivors from Kahramanmaraş who lived through the February 6, 2023, Kahramanmaraş-centered earthquake and were not diagnosed with a physical or significant psychiatric disorder and their mothers. The mothers completed the Beck Anxiety Inventory (BAI), Beck Depression Inventory (BDI), Sociodemographic Data Form, The Coping Strategies with Stress Inventory (COPE), and Strengths and Difficulties Questionnaire

(SDQ)-parental form to assess their levels of anxiety and depression and coping mechanisms. CARS was administered to determine the severity of ASD symptoms.

Results: In our study, the mean age of the patient group was 6.7 ± 3.0 years, and the mean age of the control group was 6.6 ± 3.0 years. The rate of increase in communication problems, increase in repetitive movements, increase in mobility, increase in self-injurious and self-destructive behaviors, desire for familiar order, reluctance to leave home, and eating problems were found to be significantly higher in the patient group compared to the control group after the earthquake ($p < 0.05$). In children with ASD, hyperactivity/attention deficit, behavioral problems, emotional problems, peer problems, and the total score of the SDQ were found to be significantly higher, and the social behaviors score was found to be lower ($p < 0.001$). While there was no significant difference between the BAI scale scores of the mothers in the patient group compared to the mothers in the control group, the BDI score was found to be significantly higher ($p = 0.009$). In the comparison of COPE scale sub-dimensions, positive reinterpretation and development ($p < 0.001$), active coping ($p = 0.007$), use of emotional social support ($p = 0.001$), suppression of other preoccupations ($p < 0.001$), and making plans ($p < 0.001$) in the mothers of the patient group ($p < 0.001$), problem-focused coping (total) ($p = 0.001$), and total emotionally focused coping (total) ($p = 0.015$) scores were found to be significantly lower than the control group, whereas mental disengagement ($p < 0.001$), focusing on the problem and revealing emotions ($p < 0.001$), denial ($p < 0.001$), substance use ($p = 0.041$), and dysfunctional coping (total) ($p < 0.001$) scores were found to be significantly higher. There was a significant positive correlation ($p < 0.05$) between the total SDQ scores and the scores of BAI and BDI, and no correlation was found between the total scores of the problem-focused, emotionally-focused, and dysfunctional scales of COPE.

Discussion and Conclusion: In this study, it was found that children with ASD experienced a higher increase in core symptoms and behavioral problems; their mothers had higher levels of depression; they used less problem-focused and emotionally focused coping strategies; and they used more dysfunctional coping strategies. These results suggest that it is important to provide early and intensive psychosocial support to children with ASD and their mothers during natural disasters such as earthquakes. In addition, this study, which was conducted for the first time according to our knowledge, is thought to shed light on future studies in this field.

Keywords : Natural Disasters, Earthquake, Autism Spectrum Disorder, ASD,
Parent, Anxiety, Depression, Coping Strategies

Number of Pages : 137

Supervisor : Assoc. Prof. Dr. Hatice ALTUN



İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET	ii
ABSTRACT.....	v
İÇİNDEKİLER	viii
KISALTMALAR.....	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1 Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB)	4
2.1.1 Otizm Spektrum Bozukluğu Tanım	4
2.1.2 Otizm Spektrum Bozukluğu Tarihçesi	4
2.1.3 Otizm Spektrum Bozukluğu Epidemiyolojisi	5
2.1.4 Otizm Spektrum Bozukluğu Etiyolojisi	6
2.1.5 Otizm Spektrum Bozukluğunun Yaş Gruplarına göre Klinik Özellikleri	7
2.1.5.1 0-1 yaş arası klinik özellikler	7
2.1.5.2 1-2 yaş arası klinik özellikler	7
2.1.5.3 2-3 yaş arası klinik özellikler	8
2.1.5.4 4-5 yaş arası (okul öncesi) klinik özellikler	8
2.1.5.5 Okul dönemi klinik özellikler.....	9
2.1.5.6 Ergenlik dönemi klinik özellikler.....	10
2.1.5.7 Erişkin dönemi klinik özellikler	10
2.1.6. Otizm Spektrum Bozukluğunda Tanı.....	11
2.1.7 Otizm Spektrum Bozukluğunun Değerlendirilmesi	12
2.1.7.1 Aileyi karşılama ve şu ana kadar yapılan tanısal girişimlerin öğrenilmesi.....	13
2.1.7.2 Ebeveyn-bakım verenden öykü alma	13

2.1.7.3 Gözlem	13
2.1.7.4 Diğer tıbbi durumların değerlendirilmesi.....	14
2.1.7.5 Bilişsel Değerlendirme	15
2.1.7.6 Uyum Becerileri	15
2.1.8 Otizm Spektrum Bozukluğunda Ayırıcı Tanı	15
2.1.9 Otizm Spektrum Bozukluğunda Komorbidite.....	16
2.1.10 Otizm Spektrum Bozukluğunda Tedavi Yöntemleri.....	16
2.1.10.1 Eğitsel ve Davranışsal Yaklaşımlar.....	16
2.1.10.2 Ebeveyn Eğitim Programları	17
2.1.10.3 Konuşma ve Dil Terapisi.....	17
2.1.10.4 Uğraş Tedavisi (Occupational Therapy)	18
2.1.10.5 Psikofarmakolojik Tedaviler	18
2.1.10.6 Tamamlayıcı ve Alternatif Tedaviler	20
2.1.11 Otizm Spektrum Bozukluğunun Doğal Gidişi ve Prognozu Öngörücü Faktörler	21
2.2. Doğal Afetler	21
2.2.1 Tanım.....	21
2.2.2 6 Şubat 2023 Kahramanmaraş Merkezli Depremler	22
2.2.3 Depremlerin Çocuklar Üzerine Etkileri	25
2.2.3.1 Doğal afetler ve engelli bireyler	28
2.2.4. Depremlerin Ebeveynler Üzerine Etkileri	30
2.3 Doğal Afetlerde Özel Gereksinimli Çocuğu Olan Ebeveynlerdeki Psikopatolojiler.....	33
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER	36
3.1 Araştırmanın Türü ve Etik Yönü.....	36
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	36
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	36

3.4. Verilerin Toplanması.....	38
3.4.1. Sosyodemografik Veri Formu	38
3.4.2 Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA) (Strength and Difficulties Questionnaire-SDQ).....	39
3.4.3 Çocukluk Otizmi Derecelendirme Ölçeği (CARS) (Childhood Autism Rating Scale)	39
3.4.4 Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ).....	40
3.4.5 Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ).....	41
3.4.6 Başa Çıkma Tutumları Ölçeği (COPE)	41
3.5 İstatistiksel Yöntemler.....	42
4. BULGULAR.....	44
5.TARTIŞMA	69
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	88
7. KAYNAKLAR	91
8. TABLOLAR DİZİNİ.....	113
9. ŞEKİLLER DİZİNİ	115
10. EKLER DİZİNİ	116
11. EKLER.....	117

KISALTMALAR

OSB	: Otizm Spektrum Bozukluğu
CDC	: Kontrol ve Önleme Merkezleri
DSM	: Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
ASR	: Akut Stres Reaksiyonu
TSSB	: Travma sonrası stres Bozukluğu
YGB	: Yaygın Gelişimsel Bozukluklar
ZY	: Zihinsel Yetersizlik
ADI-R	: Autism Diagnostic Interview-Revised
M-CHAT	: Modified Checklist for Autism in Toddlers
CARS	: Childhood Autism Rating Scale (Çocukluk Otizmi Derecelendirme Ölçeği)
ADOS-2	: Autism Diagnostic Observation Schedule
AbBC	: Aberrant Behavior Checklist
DEHB	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
ABA	: Uygulamalı Davranış Analizi
DIR	: Gelişimsel-Bireysel, İlişki Temelli Model
PRT	: Temel Tepki Öğretimi
PECS	: Picture Exchange Communion System
SSRI	: Serotonin Geri Alım İnhibitörleri
SNRI	: Serotonin Nöradrenalin Geri Alım İnhibitörleri
EM-DAT	: Uluslararası Afet Veritabanı
Mw	: Moment Büyüklüğü

n	: vaka sayısı
GGA	: Güçler ve Güçlükler Anketi
BAÖ	: Beck Anksiyete Ölçeği
BDÖ	: Beck Depresyon ölçeği
COPE	: Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği



1. GİRİŞ VE AMAÇ

“Otizm Spektrum Bozuklukları” (OSB), belirtileri erken çocukluk döneminde başlayan, sosyal iletişimde önemli eksiklikler ve sınırlı, tekrarlayan davranışlar ve ilgilerle karakterize edilen nörogelişimsel bir bozukluktur [1].

Prevalansı yaklaşık %0,6 olmakta ve dünyada milyonlarca insanı etkilemektedir [2]. “Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri”nin (CDC) verilerine göre OSB prevalansı 2006'da 1/150, 2012'de 1/69, 2014'te 1/59, 2016'da 1/54, 2018'de 1/44 ve 2018'de 1/44 olarak gerçekleşti. 2020'de 1/36 olarak bildirilmiştir [3].

OSB etiyojisinde; genetik nedenler, nörobiyolojik etkenler, nörokimyasal değişiklikler, nöroendokrinolojik etkenler, nöroimmünolojik etkenler, çevresel faktörler, psikososyal etkenler, prenatal/postnatal etkenler gibi multifaktöriyel poligenik etkenler rol almaktadır. Ancak OSB etiyojisine yönelik yapılan çalışmalara rağmen OSB etiyojisi kesin olarak bilinmemektedir [4-6].

Hem OSB gibi özel gereksinimi olan hem de sağlıklı çocuklar ve aileleri yaşamları boyunca yaşamlarını, yaşam kalitelerini ve ruhsal durumlarını olumsuz olarak etkileyen çok çeşitli stres ve travmatik olaylara maruz kalmaktadırlar. Özellikle kitlesel bir etkiye de sahip olan doğal afetler önemli bir travma nedenidir. Doğal afetler geçmişten günümüze yaşanmakta olan, süreğen yaşam koşullarını bozan, sosyal hayatın işlevselliğini sekteye uğratan, insan yaşamında kayıp ve hasar yoluyla olumsuz sonuçlara neden olan, dış yardıma ihtiyaç duyulmasına yol açan ekolojik olaylar olarak tanımlanmaktadır [7, 8].

Son yirmi yılda doğal afetler gezegendeki neredeyse her ülkeyi etkilemiş ve dünya çapında milyonlarca insanın ölümüne yol açmış, yüz milyonlarca insan ise çeşitli travmalardan muzdarip olmuştur [9, 10].

Bu küresel felaketler depremler, salgın hastalıklar, nükleer erimeler, tsunamiler, su baskınları, böcek istilaları ve gıda krizleri gibi birçok olayları kapsayan, öngörülemezlikler ve ciddiyetleri ile karakterize olaylardır [11].

Doğal afetler, özellikle depremler, fiziksel yaralanma, mal kaybı, ölüm gibi birçok olumsuz sonuca ve psikolojik rahatsızlıklara neden olabilmektedir. Doğal afetlerin bireyleri aynı şekilde etkilemediği bilinmektedir. Doğal afetlerden etkilenme

açısından özellikle hem fiziksel hem de zihinsel engelli bireyler ve yetişkinlere bağımlılıkları göz önüne alındığında çocuklar hassas bir gruba oluşturmaktadır. Özellikle engelli çocuklar fiziksel, psikolojik ve eğitimsel hassasiyetle karşılaşmaları daha fazladır [12]. Daha önceki araştırmalar, doğal afetlerin engelli bireyler için acil durum tahliyesi, barınma ve toparlanma sırasında birçok engelle karşılaştığını ve olumsuz sonuçlara neden olduğunu bildirmektedir [13, 14]. Epidemiyolojik çalışmalarda da bazı afetlerde engelli insanlar için daha yüksek maruziyet ve ölüm oranlarına işaret etmektedir [15]. Özellikle engelli çocuklar tahliye ve barınma için ek yardıma ihtiyaç duyabilmektedir [16]. Doğal afetlerin etkileri çocuk ve ergenlerde iyi araştırılmış olsa da bu araştırmaların çok azı engelli çocukların deneyimlerine ve ruhsal durumlarına odaklanmıştır [12].

Doğal afetler sadece ölüm ve yaralanmalara yol açmakla kalmamakta, aynı zamanda hayatta kalanların ruhsal sağlıklarını da ciddi şekilde etkilemektedir. Sağlıklı çocuk ve ergenlerde doğal afet sonrasında psikiyatrik bozuklukların yaygınlık oranları çalışmalar arasında farklılık göstermektedir [17, 18]. Deprem sonrası çocuk ve ergenlerde görülen psikiyatrik bozukluklar “Akut Stres Reaksiyonu” (ASR), “Travma sonrası stres Bozukluğu” (TSSB), Depresyon, Anksiyete Bozukluğu, Komplike Yas, Madde Bağımlılığı ve Disosiyatif Bozukluklardır [17, 19-22]. Ülkemizde deprem sonrası çocuk ve ergenlerde yapılan çalışmalarda TSSB oranları %28 ila %75 arasında [20, 23, 24], depresif bozukluk varlığı %13.6 ile %76 arasında [17], anksiyete bozukluğu %53 [25] ve ASR %74,5 oranında [26] bildirilmiştir. Doğal afetlerden sonra çocuk ve ergenlerde görülen psikiyatrik bozuklukları inceleyen çalışmalar literatürde giderek artmasına rağmen, bizim literatür taramamıza göre deprem sonrasında OSB’li çocuk ve ergenlerin ruhsal sağlığını ve yaşadıkları güçlükleri değerlendiren klinik bir çalışma bulunmamaktadır. Ancak diğer bir doğal afet olan COVID sonrasında OSB’li çocuklarda davranış problemlerinde artış olduğu ve hem sıklık hem de yoğunluk açısından temel OSB semptomlarının alevlendiği bildirilmiştir [27, 28]. Deprem gibi günlük rutinlerin önemli ölçüde değiştiği doğal afet durumlarında OSB’li çocukların klinik özellikleri göz önüne alındığında, kırılgan ve hassas bir grup olmaları nedeniyle bu çocuklara özel dikkat edilmesi oldukça önemlidir.

Birçok çalışmada depremlerden sonra anksiyete, depresyon, travma sonrası stres bozukluğu, çocukların yanı sıra doğal afetler sonrası yetişkinlerin de doğal afetlerden

sonra, özellikle de uyku bozuklukları, somatik semptomlar, dissosiyatif ve cinsel işlev bozuklukları yaşayabileceği vurgulanmıştır [29, 30].

Tipik gelişim gösteren çocukların ebeveynlerine göre OSB'li çocukların ebeveynleri, daha yüksek düzeyde stres, tükenmişlik ve yorgunluk belirtileri yaşayabilir ve bu ebeveynlerde daha fazla anksiyete, depresyon ve diğer psikopatolojiler görülebilir [31]. OSB'li bireylerin ebeveynlerinde bu psikopatolojileri değerlendirmek için birçok çalışma yapılmasına rağmen doğal afetler sonrası özel gereksinimli çocuğu olan ebeveynlerin değerlendirildiği literatürde çok az sayıda çalışma bulunmaktadır [32, 33].

Son yılların en güçlü depremlerinden biri olan 6 Şubat 2023'te Türkiye'de meydana gelen Kahramanmaraş depremi yüzyılın felaketi olarak biliniyor. Aynı gün Kahramanmaraş'ın Pazarcık ilçesi (7,7 MW) ve Kahramanmaraş'ın Elbistan ilçesinde (7,6 MW) meydana gelen depremler Hatay, Kahramanmaraş, Adana, Adıyaman, Gaziantep, Diyarbakır, Malatya, Kilis, Şanlıurfa, Osmaniye'yi etkileyerek Elazığ'ın daha sonra eklenmesiyle on bir ilde büyük hasara yol açmıştır. Bu depremler Türkiye'de yaşanan en büyük depremlerden biri olarak kayıtlara geçmiştir [34-36]. İki büyük deprem yaklaşık 14 milyon kişiyi (yaklaşık Türkiye nüfusunun %16'sı) etkilemiş, 50000 kişinin ölümüne neden olmuş, birçok kişide çok ciddi sağlık sorunları ve maddi kayıplar yaşatmıştır [37].

Doğal afetlerden sonra çocuk ve ergenlerde görülen psikolojik sonuçları ele alan bizim bilgilerinize göre ilk kez yapılacak olan bu çalışmamızda Türkiye'de 6 Şubat 2023 tarihinde Kahramanmaraş merkezli meydana gelen depremlerde 0-12 yaş aralığındaki OSB'li çocuklarda deprem sonrasında duygusal ve davranışsal sorunların belirlenmesi ve OSB'li çocuğa sahip annelerin anksiyete ve depresyon seviyelerinin belirlenmesi ve başa çıkma becerilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB)

2.1.1 Otizm Spektrum Bozukluğu Tanım

OSB, semptomları erken çocukluk döneminde başlayan ve sosyal iletişimde ciddi bozukluklar ve kısıtlı, tekrarlayan davranışlar ve ilgilerle karakterize edilen nörogelişimsel bir bozukluktur [1].

2.1.2 Otizm Spektrum Bozukluğu Tarihçesi

Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB), ilk olarak 1943 yılında Amerikalı çocuk psikiyatristi Leo Kanner tarafından “infantil otizm” adı altında tanımlanmıştır. Kanner, bu durumu 11 hastada gözlemlemiş ve belirtilerini insanlarla etkileşim kurmada zorluk, ekolali, zamirlerin ters kullanımı, tekrarlayıcı ve amaçsız davranışlar ve değişikliklere direnç olarak sıralamıştır [38]. Kanner’dan kısa bir süre sonra, Viyanalı doktor Hans Asperger, “otistik psikopati” adını verdiği bir klinik durumu tanımlamıştır [39]. Ancak bu tanım uzun bir süre boyunca İngiliz literatüründe yer almamıştır. 1970’lerin sonlarına doğru, bu durumun şizofreniden ayrı bir kategori olduğu kabul edilmiştir. 1980’lerde, Lorna Wing, ‘Asperger Sendromu’ adını İngiliz literatürüne eklemiştir [40].

1980 yılında, “Psikiyatri Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması DSM-III” adlı psikiyatri sınıflama sistemi, OSB’yi ilk kez tanımlamıştır. Bu sistem, tanı için 6 kriterin (2’si sosyal yetersizlik, 2’si dil, biri başlangıç yaşı ve biri psikotik belirtilerin olmaması) gerekliliğini belirtmiştir. Klinik durumun 30 aydan önce başlaması gerektiği ve residüel tipin güncel tanımlamalardan farklı olduğu belirtilmiştir. [41]. DSM-III-R’de, başlangıç yaşı sınırı belirtilmemiş ve 16 kriter (3 temel alanda) belirlenmiştir. Ancak bu kriterlerden 8’inin varlığı halinde tanı konulabileceği belirtilmiştir. Ayrıca ‘dil bozukluğu’ terimi yerine ‘iletişimsel bozukluk’ terimi kullanılmıştır[5].

1994 yılında yayınlanan DSM-IV’de, “Otistik Bozukluk”, “Yaygın Gelişimsel Bozukluklar” (YGB) grubunda yer alan beş bozukluktan biri olarak belirlenmiştir. Otistik bozukluk tanı kriterleri olarak üç temel alan belirlenmiştir: sosyal etkileşimde belirgin yetersizlik, iletişimde kalitatif yetersizlik ve tekrarlayıcı ilgi alanı ile aşırı uğraş.

DSM-IV’de ayrıca YGB kategorisinin alt kategorileri olarak “Asperger Bozukluğu”, “Rett Bozukluğu”, “Çocukluk Çağı Dezintegratif Bozukluğu” ve “Başka Türde Adlandırılmayan YGB (Atipik Otizm)” yer almıştır [42]. Dünya Sağlık Örgütü’nün hastalıkları sınıflandırma sistemi olan ICD-10, DSM-IV’e benzer kriterler tanımlamıştır [43].

Dünya Sağlık Örgütü’nün hastalıkları sınıflandırma sistemi olan ICD-10, DSM-IV’e benzer kriterler tanımlamıştır. 2013 yılında yayınlanan DSM-V’de, bu tanı kategorisi önemli bir değişiklik geçirmiştir. Bozukluğun adı "Yaygın Gelişimsel Bozukluk"tan "Otizm Spektrum Bozukluğu"na değiştirilmiştir. Rett Bozukluğu, OSB’nin dışında bırakılmış ve diğer 4 kategori (Başka Türde Adlandırılmayan YGB ve Dezintegratif Bozukluk, Asperger Bozukluğu, Otizm) ‘Otizm Spektrum Bozukluğu’ adı altında birleştirilmiştir [44]. Ayrıca çekirdek belirtiler iki boyutta ele alınmış ve OSB tanısı için ‘toplumsal etkileşim/iletişim eksiklikleri’ alanındaki üç ölçütten üçünün, ‘sınırlı ve yineleyici ilgi, davranış etkinlikler’ alanındaki dört ölçütten en az ikisinin karşılanması gerekliliği belirtilmiştir. Bu sınıflama sistemi 2022 yılında DSM-V-TR olarak revize edilmiştir.[45]. Bu sınıflama sistemi 2022 yılında yeniden gözden geçirilerek DSM-V-TR şeklinde revize edilmiştir [46]. Haziran 2018’de 11. Haziran 2018’de 11. Revizyonu sunulan "Dünya Sağlık Örgütü"nün sınıflandırması (Uluslararası Hastalık Sınıflandırması, ICD-11), OSB tanı ölçütlerinde bazı değişikliklere gitmiştir. DSM-V’e benzer şekilde, ICD-11’de OSB, nörogelişimsel bozukluklar kategorisinde yer almaktadır ve aynı iki kategoriyi içermektedir. Ayrıca OSB tanılı bireyler arasında yaygın görülen farklı duyuşal hassasiyetlerin önemi ICD-11’de de vurgulanmaktadır [47].

2.1.3 Otizm Spektrum Bozukluğu Epidemiyolojisi

OSB, ilk kez tanımlandığı dönemlerde nadir bir durum olarak kabul edilmekteydi. Ancak son yıllarda gerçekleştirilen geniş çaplı toplum tarama çalışmaları, OSB’nin yaygınlığının arttığını ortaya koymaktadır. Prevalansı yaklaşık %0,6 olmakta ve dünyada milyonlarca insanı etkilemektedir [2]. CDC verilerine göre OSB prevalansı 2006 yılında 1/150, 2012 yılında 1/69, 2014 yılında 1/59, 2016 yılında 1/54, 2018 yılında 1/44 ve 2020 yılında 1/36 olarak bildirilmiştir [3]. OSB prevalansındaki artış birçok araştırmacı tarafından tanımlanmıştır ancak nedeni konusunda hem fikir olunamamıştır. Bu artış için kısmen artan farkındalık, erken tanı, ileri ebeveyn yaşı ve

OSB tanımında zaman içinde yapılan değişiklikler öne sürülmüştür. Ayrıca artan prevalansın, hastalık oluşumundaki fiili artışı yansıtmadığı da vurgulanmaktadır [48]. Yakın zamanda ülkemizde yaşları 16-36 ay arasında olan 6712 çocuğun katıldığı bir çalışmada OSB prevalansı 117 çocukta 1 olarak bulunmuştur [49]. Epidemiyolojik araştırmalar, OSB'nin erkeklerde kadınlara kıyasla 3-4 kat daha sık görüldüğünü göstermektedir. OSB tanısında cinsiyet farklılıklarının nedenleri hakkında yeterli bilgiye sahip olmamakla birlikte, bazı araştırmacılar klinik bulguların erkek çocuklarda daha belirgin olduğunu ve bu nedenle kız çocuklarının tanı konusunda eksik kaldığını savunmuşlardır [50, 51]. Zihinsel yetersizliği (ZY) olmayan OSB olgularında kız/erkek oranı 1/6 ila 1/16 arasında değişirken, OSB'ye orta ve ağır ZY eşlik ettiğinde kız/erkek oranı yaklaşık 1/1 veya 1/2 oranında bildirilmiştir [52].

Tablo 1. OSB Prevalansı (<https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>)

Araştırmanın Yapıldığı Yıl	Her 1000 Çocukta Görülme Oranı	Kaç Doğumda Bir Görülme Oranı
2000	6,7	150'de 1
2002	6,6	150'de 1
2004	8,0	125'de 1
2006	9,0	110'da 1
2008	11,3	88'de 1
2010	14,7	68'de 1
2012	14,5	69'da 1
2014	16,8	59'da 1
2016	18,5	54'de 1
2018	23,0	44'te 1
2020	27,6	36'da 1

2.1.4 Otizm Spektrum Bozukluğu Etiyolojisi

OSB, birçok faktörün etkileşimi sonucunda gelişen bir beyin gelişim bozukluğu olarak kabul edilmektedir. DSM-V sınıflandırmasında nörogelişimsel bozukluklar kategorisine

dahil edilmesi, OSB'nin bir "gelişimsel beyin hastalığı" olduğunu vurgulamıştır. Bugüne kadar yapılan araştırmalar, beyindeki yapısal ve işlevsel değişiklikleri, bu değişikliklerin başlama yaşını ve genetik ile çevresel etkenlerin bu değişikliklere yol açma sürecini incelemiştir [5, 53]. Bu alanda yapılan çalışmalar her geçen gün artmaktadır, ancak diğer beyin hastalıklarına kıyasla bu çalışmaların henüz yetersiz olduğu görülmektedir. OSB etiyolojisinde; genetik nedenler, nörobiyolojik etkenler, nörokimyasal değişiklikler, nöroendokrinolojik etkenler, nöroimmünolojik etkenler, çevresel faktörler, psikososyal etkenler, prenatal/postnatal etkenler gibi multifaktöriyel poligenik etkenler rol almaktadır [4-6]. Ancak halen OSB etiyolojisi kesin olarak bilinmemektedir.

2.1.5 Otizm Spektrum Bozukluğunun Yaş Gruplarına göre Klinik Özellikleri

OSB'nin temel belirtileri bütün yaş dönemlerinde benzer olmakla birlikte, belirtilerin ortaya çıkış biçimi ve hayatı etkileme derecesi değişmektedir [5, 6].

2.1.5.1 0-1 yaş arası klinik özellikler

Yaşamın ilk senesinde bu durumdan şüphelenen aile sayısı oldukça az olduğu belirtilmiştir. Bu yaş diliminde başvuranlarda çok kısıtlı veriyle muayene söz konusudur, yine de tipik gelişen yaşlılarıyla sosyal-iletişimsel yönden kıyaslanıp, yaşının özelliklerini gösterip göstermediği aile ile paylaşılmalıdır.

Bu yaş grubundaki bebeklerde OSB tanısı konan çoğu birey, yaşamlarının 6. ayında gözle görülür şekilde az olan göz teması ve sosyal gülümseme sergileyen bebeklerdir. 6 ila 12 ay arasında ise bu tür sosyal davranışların sıklığı ve niteliğinde azalma gözlenmiştir. Sıkça görülen önemli belirtiler arasında insanlara daha az seslenmesi ve gülümsemesi, çevrenin daha az farkında olması, bebeğin oyun sırasında karşıdaki kişinin iletişim ve etkileşim çabasına karşı azalmış tepkisi, karşılıklı iletişime yetersiz yanıt vermesi, olumlu duyguları daha az göstermesi, azalmış sosyal ilgi, yeterince taklit etmemesi, ismine, ses ve yüzlere daha az tepki vermesi, sosyal dokunmaya karşı yetersiz duygusal yanıt göstermesi sayılabilir.

2.1.5.2 1-2 yaş arası klinik özellikler

OSB tanısı alan çocukların önemli bir bölümünde, belirtilerin 13-14 aylıkken ortaya çıkmaya başladığı kaydedilmiştir. Bu gruptaki çoğunlukta, başlangıçtan itibaren sosyal-

iletişimsel alanlarda kısıtlılıklar olduğu belirtilmektedir. Bu yaş döneminde, göz temasında eksiklik ve görsel takipte anormalliklerin yanı sıra, insan yüzlerine göre nesneleri daha çok gözlemlene eğiliminde oldukları rapor edilmiştir. Bazılarında motor aktivite azlığı, ince-kaba motor beceri eksikliği ve motor mannerizmler özellikle parmak ucunda yürüme ve garip el hareketleri belirtilmiştir. Ce-e'yi taklit edememe, bay-bay yapamama, etkileşime girildiğinde tepkisiz kalma, tekrarlayıcı oyunlar, oyuncaklarla uygun biçimde oynayamama, olumlu duygu paylaşımında kısıtlılık, sosyal gülümsemenin olmayışı gibi motor taklit yetersizlikleri sıklıkla belirtilmiştir. Dil becerileri genellikle geri planda kaldığı için diğer yaşlıtlarından farklı olarak, hem komutları anlama hem de anlamlı kelime üretme konusunda zorluklar yaşadıkları ifade edilmiştir.

2.1.5.3 2-3 yaş arası klinik özellikler

Klinik çalışmalar, 2-3 yaş arasındaki dönemde OSB belirtilerinin genellikle sosyal etkileşim ve iletişim alanlarında belirgin olduğunu ve bunlara motor gelişim ve sözel olmayan bilişsel gelişimi de içeren genel bir gelişim geriliğinin eşlik ettiğini göstermektedir. Sosyal alanda en sık görülen belirtiler arasında göz temasının yetersizliği, sosyal oyunlara ve karşılıklı sosyal etkileşime azalmış düzeyde katılım, ebeveynlerin duygudurumunu düzenlemek için daha az referans almak ve yalnız kalmaya eğilimli olmak bulunmaktadır. Çocuğun konuşmaya yanıt verme düzeyi ve ismine bakmasının yetersiz olduğu belirtilmiştir. Ses çıkarma nadir görülürken, genellikle alıcı ve ifade edici dil becerilerinde gerilikler yaşandığı bildirilmiştir. Stereotipik ve tekrarlayıcı davranışlar çoğu olguda 4 yaşlarında belirginleşse de bazı çocuklarda yaşamın ikinci yılında klinik eşiği aşarak anlaşılır bir düzeye ulaştığı ifade edilmiştir. Nesneleri farklı şekillerde (koklayarak, yüzlerine sürterek veya yalayarak) keşfetme, bazı kumaşlardan oldukça rahatsız olma, nesnelerin oynanmayan kısımlarıyla aşırı ilgilenme gibi davranışlar, duygusal reaksiyonlara örnek olarak gösterilmiştir.

2.1.5.4 4-5 yaş arası (okul öncesi) klinik özellikler

Bu dönemde, beklenen yaş düzeyinde hala dil gelişiminin kazanılamaması en yaygın başvuru şikayeti olarak rapor edilmiştir. Bazı çocuklar erken dönemde konuşmaya başlasa da karşılarındaki kişinin ne söylediğini dikkate almadan, aralıksız ve melodige benzer bir şekilde, kendi sınırlı ilgi alanları çerçevesinde konuşma eğilimindedirler. Genel olarak ailelerini tanıımıyormuş gibi görünebilmeleri ve onlarla fiziksel temasa

girmekten kaçınabildikleri ifade edilmiştir. Dil becerilerinin geliştiği vakalarda kısa konuşma, ekolali, zamir karıştırma, tuhaf ses tonu, karşılıklı iletişimde zayıflık, konuyla ilişkisiz ve uygunsuz cümle kurma en sık görülen dil problemleridir. Diğer sorunlu davranışlar arasında başkalarının özel alanlarına girmek, yabancılarla beraber yürümek, yalnız kalmayı tercih etmek, başkalarına dokunmak, el çırpma, dönen cisimlere aşırı ilgi duymak vb. aynılık tutkusu ve stereotipik davranışlar sayılmıştır. Bu dönemde motor stereotipiler sıklıkla görülürken sıkı sıkıya ritüellere bağlı kalmanın söz konusu olduğu ifade edilmiştir.

2.1.5.5 Okul dönemi klinik özellikler

OSB'nin temel semptomlarının bu dönemde de devam ettiği bildirilmiştir. Bazı çocuklar özel eğitim sınıfına veya kaynaştırma eğitimine ihtiyaç duyarken, diğerleri normal örgün eğitimde başarılı olabilmektedir. Ancak dış çevrenin bu yaş döneminden beklentilerinin yüksek olması ve daha fazla sosyal beceri gerektirmesi nedeniyle OSB'li çocukların bu süreçte zorlanabilecekleri belirtilmiştir. Bu çocuklar, değişime karşı dirençli olmalarıyla bilinir ve akademik ve sosyal beceriler gerektiren okul ortamında zorluklarla karşılaşabilirler. Uygunsuz ve garip prozodi, İç kapanıklık, zamir karıştırma, persistan ekolali, sadece ilgi duyduğu konularda uzun süre tek başına konuşma tercihi, iletişim aracı olarak dilin kısıtlı kullanımı, yaşı ile uyumlu olmayan kelime dağarcığı gibi iletişimsel alandaki zorlukların bu dönemdeki çocuklarda görüldüğü belirtilmiştir. Wing ve ark. OSB tanısı alan çocukları okul çağında sosyal yetilerine göre üç gruba ayırmıştır;

-birinci grup; soğuk mesafeli, sosyal açıdan kaçınan çocuklar,

-ikinci grup; pasif çocuklar, angaje edilmediği takdirde sosyal etkileşime girmeyen ancak yapılandırıldığı takdirde daha rahat ulaşılabilen çocuklar,

-üçüncü grup; aktif ancak tuhaf olan, resmi şekilde tuhaf ve uygunsuz bir biçimde iletişimi başlatan çocuklar olarak sınıflandırmıştır [54].

Bu yaş grubundaki çocuklarda belirli durumlar veya ortamlar karşısında yoğun korku ve kaygı yaşama, önemsiz ritüellerinin yapılmadığı takdirde bile uyku bozuklukları, uzun süreli ve yoğun öfke nöbetleri sergileme ve epileptik nöbetler gibi belirtiler gözlemlenmiştir.

2.1.5.6 Ergenlik dönemi klinik özellikler

Bu yaş döneminde ZY'nin eşlik ettiği durumlarda OSB'nin temel semptomlarının devam ettiği görülmektedir. Bu dönemde genellikle dürtü kontrol sorunları, öfke, değişime direnç, öz bakımda kısıtlılıklar ve yıkıcı davranışlar gibi belirtiler gözlemlenmiştir. [5]. İyi zeka düzeyine sahip olan ve Asperger Sendromu veya OSB tanısı alan çocuklarda karşı cinsle ilişkilerde zorluklar, akran ilişkilerinde başarısızlık, farklılık hissi ve bu konuda içgörünün depresif semptomlara yol açabileceği ifade edilmiştir. Yapılan bir çalışmanın verilerine göre 11-20 yaş arasında normal zekaya sahip OSB tanısı alan grupta %40'ında intihar düşüncesi veya girişimi olduğu rapor edilmiştir [55]. Aynı zamanda bu dönemde bu bireylerin ve çevresindekilerin yaşantısını topluluk içinde uygunsuz görülen cinsel davranışlar, cinsel sorunlar, sıklığı artan mastürbasyon ve dürtüsel davranışların güçleştirdiği belirtilmiştir [6].

2.1.5.7 Erişkin dönemi klinik özellikler

Erişkinlerde OSB prevalansı %2.21 olarak bildirilmiştir [56]. Bu ilk prevalans verisine rağmen hala bu konuda yapılmış araştırmalarda ciddi yetersizlikler söz konusu olduğu belirtilmiştir. Pek çok çalışmadan elde edilen ortak verilere göre ZY'nin eşlik ettiği olgular yetişkinlikte de başkalarına bağımlı bir hayat sürdürdüğünü bildirmiştir. Normal zekalı OSB tanılı bireylerde ise yetişkin çağları birbirinden farklılıklar gösterdiği ifade edilmiştir. Bu gruptakiler yine zekalarına paralel olarak sosyal, iletişimsel ve baş etme becerilerine sahip değildirler, ancak bu grubun önemli bir kesiminin biraz zorluklarla da olsa hayatına bağımsız veya kısmi destekle devam ettiği bildirilmiştir. Bir çalışmada, 19 normal zekaya sahip OSB tanısı almış bireyin ebeveynleri ile yapılan görüşmelerde %11'inde minimal problemler, %56'sında belirli düzeyde otistik davranışlar ve %17'sinde ise ciddi otistik belirtiler rapor edilmiştir. [57]. OSB'lileri içeren uzun süreli takip çalışmalarının metanaliz çalışmasında; bu alanda uygun metodoloji ile yapılmış 828 kişiyi kapsayan 15 çalışmanın verilerini inceleyerek, bu bireylerin yetişkinlikte gidişin %47'sinde kötü, %31'inde orta-makul ve %20'sinde iyi olduğu bildirilmiştir. İyi gidiş genellikle bağımsız bir yaşam sürdürebilme yeteneğine sahip bireyler için kullanılırken; orta-makul gidiş, yarı bağımsız yaşamı veya kısmi destekle bağımsız yaşamı sürdürebilme becerisine sahip olanları ifade eder. Kötü gidiş ise başkalarına bağımlı bir yaşam sürdüren ve pek çok davranışsal sorun gösteren bireyleri ifade etmektedir [58].

2.1.6. Otizm Spektrum Bozukluğunda Tanı

DSM-V-TR'ye göre OSB Tanı Ölçütleri [46]

A. Aşağıda sıralanan bütün maddelerde ifade edildiği biçimde, geçmişte veya şimdi farklı şekillerde görülen toplumsal etkileşim ve toplumsal iletişimde sürekli yetersizliğin olması

1. Toplumsal-duygusal karşılık vermede yetersizlik: Bu durum, olağandışı toplumsal yaklaşımlara karşılık vermekte güçlük çekme, duyguları veya duygusal tepkileri paylaşmada yetersizlik, sosyal etkileşime cevap verme zorluğu gibi belirtilerle kendini gösterebilir.
2. Toplumsal etkileşim için kullanılan sözel olmayan iletişimsel davranışlarda yetersizlik: Bu durum, zayıf entegre olmuş sözel ve sözel olmayan iletişim, normalden farklı göz teması, beden dili veya jestleri anlama ve kullanma güçlüğü gibi belirtilerle karakterize olabilir.
3. İlişkileri geliştirmekte, devam ettirmede ve anlamakta güçlük: Bu durum, farklı toplumsal ortamlara uyum sağlama zorluğu, hayali oyunları paylaşamama, arkadaş edinememe, diğer insanlara ilgi duymama gibi davranışları içerebilir.

B. Aşağıdakilerden en az ikisinin varlığıyla kendini gösteren, şu an veya geçmişte sınırlı, tekrarlayıcı davranışlar, ilgiler veya etkinlikler:

1. Basmakalıp veya tekrarlayıcı motor hareketler, obje kullanımı veya konuşma: Bu durum oyuncakları düzenleme, basit motor stereotipiler veya döndürme gibi davranışları içerebilir.
2. Aynı olmakta ısrar, rutine sıkı sıkıya bağlı olma veya ritüelleşmiş sözel ve sözel olmayan davranışlar: Bu durum geçişlerde zorlanma, küçük değişikliklerde aşırı stres yaşama, selamlaşma ritüelleri, sabit düşünce tarzı gibi davranışları içerebilir.
3. Konu veya yoğunluk açısından anormal olan sınırlı, sabitlenmiş ilgiler: Bu durum aşırı tekrarlayıcı veya sınırlı ilgi alanları, belirli nesnelere aşırı bağlılık gibi davranışları içerebilir.
4. Duyusal olarak aşırı veya az duyarlılık veya çevrenin duyusal boyutuna aşırı ilgi: Bu durum belirli seslere veya dokunuşlara beklenmedik tepki, ağrıya/sıcağa aşırı

duyarsızlık, görsel olarak ışık veya hareketle yoğun ilgi gösterme, nesneleri aşırı koklama veya dokunma gibi davranışları içerebilir.

C. Belirtiler gelişimin erken evrelerinde başlamalıdır ve toplumsal beklentilerin fark edilmediği veya sonradan öğrenilen stratejilerle maskeleyebilir.

D. Belirtiler, sosyal, mesleki ve diğer önemli alanlarda klinik olarak anlamlı düzeyde bozukluğa neden olmalıdır.

E. Bu bozukluk, ZY veya genel gelişimsel gerilikten kaynaklanmamalıdır. OSB ve ZY sıklıkla bir arada görülse de OSB tanısı koymak için sosyal iletişim becerilerinin genel gelişimin altında olması gerekir.

NOT: DSM-IV'e göre OSB tanısı; OSB, Yaygın Gelişimsel Bozukluk-Belirtilerle Birlikte Tanı Almış Kişilik Bozukluğu (YGB-BTA) ve Asperger Sendromu tanısı alanlara verilmelidir. Sosyal iletişimsel alanda sorun yaşayan ancak OSB tanısı alamayan bireyler, sosyal (pragmatik) iletişimsel bozukluk açısından değerlendirilmelidirler.

Mevcut durumun şiddetini sosyal-iletişimsel yetersizlikler ve kısıtlı tekrarlayıcı davranış paternine göre belirtin:

- çok ciddi düzeyde desteğe ihtiyacı var
- ciddi desteğe ihtiyacı var
- destek ihtiyacı var

Ayrıca:

- Dil yetersizliği, katatonin ve ZY'nin eşlik edip etmediği,
- Başka nörogelişimsel, davranışsal veya ruhsal durumların olup olmadığı,
- Bilinen bir çevresel, genetik ya da tıbbi faktörün eşlik edip etmediği (bu durumlar için ek kod kullanılmalı) belirtilmelidir.

2.1.7 Otizm Spektrum Bozukluğunun Değerlendirilmesi

OSB tanısı için şu anda, biyolojik tanısal belirteçler mevcut değildir, tanı çocuğun dikkatle incelenmesine dayandığı belirtilmiştir. Kapsamlı bir klinik değerlendirme kabaca altı boyutta gerçekleşmektedir.

2.1.7.1 Aileyi karşılama ve şu ana kadar yapılan tanısal girişimlerin öğrenilmesi

2.1.7.2 Ebeveyn-bakım verenden öykü alma

Tablo 2. OSB’de tanısal değerlendirmede aileden alınması gereken bilgiler [5]

- Şu anki temel başvuru sebebi
- Şu anki problemlerin başladığı tarih
- OSB bulgularının tek tek sorgulanması
- Gelişimsel öykü (motor, sosyal-iletişimsel)
- Sosyal öykü (hamilelik ve doğum sonrasında annenin ruhsal durumu, bakım verenler ve çevresel koşullar)
- Fiziksel hastalık öyküsü (nöbetler, ilaç kullanımı, alerjiler)
- Prenatal, perinatal, postnatal risk faktörleri
- Aile öyküsü (geniş OSB fenotipi, MSS ve psikiyatrik hastalıklar ve fiziksel hastalıklar, 3 nesil için sorgulama)
- Çocuğun günlük yaşantısı, bakım koşulları
- Doğal ortamdaki davranışları
- Yaşa uygun adatif davranışları (sosyal-iletişimsel beceriler, özbakım, bağımsızlık becerileri)
- Düzenleyici işlevler (uyku, iştah)

Ebeveyn-bakım veren ile olan görüşmede kullanılan tanısal araçlar:

Bilimsel yazında ebeveyn görüşmelerinde yaygın olarak kullanılan başlıca tanısal görüşmeler “ADI-R (Autism Diagnostic Interview-Revised)” [59], “DISCO (The Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders)” [60] ve “3DI (Developmental, Dimensional and Diagnostic Interview)” [61] olarak belirtilmiştir.

Ülkemizde tarama amaçlı “M-CHAT (Modified Checklist for Autism in Toddlers)” [62] ölçeği kullanılmaktadır. Ülkemizde semptom şiddetini ölçmede “CARS (Childhood Autism Rating Scale)” [63], “ABC (Autism Behaviour Checklist)” [64] ve “SCQ (Social Communication Questionnaire)” [65] ölçekleri kullanılmaktadır.

2.1.7.3 Gözlem

Gözlem yapma süreci üç farklı şekilde gerçekleştirilmektedir. İlk olarak, genellikle düzensiz bir ortamda gerçekleştirilen gözlemler vardır, bu çoğunlukla muayene odası veya varsa oyun odası gibi yerlerde gerçekleşir. İkincisi ise yapılandırılmış bir ortamda

yapılan gözlemlerdir. Örneğin gelişim veya zeka testi yapan bir psikologun sunduğu gözlem raporu gibi diğer ekip üyelerinin yaptığı standart uygulamalar sırasında yapılan ve hekime iletilen gözlemlerdir. Üçüncüsü ise yine yapılandırılmamış şekilde nitelenebilecek çocuğun doğal ortamında ev/okul ziyaretleri ya da bu ortamda çekilen videoların değerlendirilmesidir.

Gözlem aşamasında kullanılabilecek standardize yöntemlerde bulunmaktadır. Bunlardan en önemlisi ADOS-2 (Autism Diagnostic Observation Schedule)'dir [66]. Şartlar gereği ADOS uygulanamıyorsa “Çocukluk Çağı Otizm Değerlendirme Ölçeği” (CARS) gözlemin standardizasyonuna yardımcı olarak kullanılabilmektedir.

2.1.7.4 Diğer tıbbi durumların değerlendirilmesi

OSB klinik değerlendirilmesinde diğer sistemlerin değerlendirilmesi eşlik eden muhtemel bozuklukların saptanması ve ayırıcı tanının en önemli parçalarından birisi olduğu belirtilmiştir. Tıbbi incelemeleri iki gruba ayırmak mümkündür. İlk grup, OSB şüphesi olan her çocuk için yapılması gereken incelemeleri içerir. İkinci grup ise özellikle ağır zihinsel geriliğin eşlik ettiği, dismorfisi olan veya sonradan regresif tarz OSB geliştirenlerde istenmesi gereken ileri tıbbi incelemeleri kapsar. Bu ayırım, özellikle belirli semptomlara veya durumlara göre incelemelerin gerekliliğini vurgular.

Tablo 3. Temel Tıbbi İncelemeler

Ayrıntılı tıbbi ve gelişimsel öykü
Dismorfi ve cilt lekeleri açısından çocuğun incelenmesi: malformasyonların saptanması, şüpheli cilt lekelerinin belirlenmesi, Frajil X gibi genetik bozuklukların taranması
Motor beceriler, el kullanımı: nörolojik muayene, baş çevresi ölçümü, motor sistem muayenesi, refleks ölçümleri
İşitme-görme muaynesi: yenidoğan döneminde tarama testinden geçirilmiş olsa bile işitmenin yeniden değerlendirilmesi
kromozom anomalisi: bu değerlendirmede karyotip analizinden microarrey analizlere kadar mevcut imkanlar kullanılarak yapılabilecek genetik testler uygulanmalı ve aileye genetik danışmanlık sağlanmalı

Tablo 4. OSB’de İleri Tıbbi İncelemeler [5]

Kromozom analizi (erkeklerde 15q11-13 monozomi, trizomi, kızlarda MECP2)
EEG, özellikle yavaş uyku sırasında
MRI
Nörometabolik bozukluklar, aminoasit ve mitekondriyal bozukluklar için incelemeler

2.1.7.5 Bilişsel Değerlendirme

2.1.7.6 Uyum Becerileri

Klinikte dillendirilen sorunların gerçek yaşamda ne kadar kayba yol açtığını belirlemek hem tedavi planlanması hem hastaların yararlanacakları eğitsel programların belirlenmesi açısından kritik öneme sahip olduğu belirtilmiştir. Uyum becerilerinin sosyal beceriler, iletişim, özbakım becerileri, ince-kaba motor beceriler, para kullanımı ve güvenlik alanlarını kapsadığı bilinmektedir. Bu becerilerin OSB’li bireylerin önemli bir kısmında yaşlılarının gerisinde olduğu gösterilmiştir. Uyum becerilerinin değerlendirilmesinde Vineland Uyum Davranışı Ölçeği kullanılmaktadır [67]

2.1.8 Otizm Spektrum Bozukluğunda Ayırıcı Tanı

Küçük yaş çocuklarında ayırıcı tanı yapmak zor olabilir çünkü bu yaşlarda ruhsal gelişimde bir alanında sorun varsa, genellikle diğer alanlarda da aksama görülür. Bu durum, belirli bir alandaki gelişimsel sorunun genellikle bütünsel bir etkiye sahip olduğunu gösterir. Klinik pratikte iki yaşında konuşma geriliği olan bir çocukta, sosyal becerilerin tam konuşan yaşlıları gibi olmadığına, duygudurumunda, hareketlilik düzeyinde ve dikkatinde sorunlar olduğuna sık rastlanmaktadır. Bu durumda başvuran bir çocukta gelişimsel aksama tek boyutta olmamaktadır, dolayısıyla çok boyutlu bir değerlendirme ile bütün boyutlarda çocuğun durumunu aydınlatıp, binişiklik gösteren durumları ortaya çıkarmak gerekmektedir [5]. Tanısal açıdan bakıldığında, OSB’den ayırıcı tanı gerektiren en yaygın durumlar; Dil Bozuklukları, ZY, Üstün Zekalı Çocuklar, Toplumsal İletişim Bozukluğu, Tepkisel Bağlanma Bozukluğu, Çok Erken Başlangıçlı Şizofreni, Görme ve İşitme Engelliler, Selektif Mutizm, Landau Kleffner Sendromu ve Rett Sendromudur [5, 6].

2.1.9 Otizm Spektrum Bozukluğunda Komorbidite

OSB’de davranışsal sorunlar ve psikiyatrik bozukluklar istisnadan ziyade bir kural olmuştur. Klinik çalışmalarda OSB tanılı bireylerin %70 ila %96’sında en az bir psikiyatrik komorbid durumun olduğu bildirilmektedir. Epidemiyolojik ve klinik çalışmalarda OSB’ye eşlik eden en sık komorbiditeler “Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu” (DEHB) (%28-%83), Anksiyete Bozukluğu (%17- %84), “Obsesif Kompulsif Bozukluk” (OKB) (%17-%56), Depresif Bozukluk (%4-%38), Bipolar Bozukluk (%0,7-%27), TSSB (%17)’dur [5, 68]. Ayrıca Uyku Bozuklukları, Tik Bozuklukları, Dışa Atım Bozuklukları, Cinsel Kimlik Bozukluğu, Katatoni, Psikotik Bozukluklar, İntihar Davranışlarının da eşlik ettiği bildirilmiştir [5]. OSB’ye pek çok tıbbi bozukluk da eşlik edebilir. İmmünolojik ve alerjik hastalıklar, epilepsi ile gastrointestinal problemler sıklıkla OSB’ye eşlik eden tıbbi durumlar arasındadır. Bu sağlık sorunlarının OSB’ye bağlı olarak ortaya çıkması veya etkileşim içinde olması oldukça yaygındır. [69]. En sık görülen ve en sık araştırılmış olan komorbidite epilepsi ile ilişkilidir. Özellikle OSB’li bireylerde epilepsi genel nüfusa göre 10 ila 30 kat daha fazla görülebilir. Bir gözden geçirme yazısında normal zekalı OSB’lilerde epilepsi oranı %8, ZY olan OSB’lilerde ise %20 olarak belirtilmiştir. [70].

2.1.10 Otizm Spektrum Bozukluğunda Tedavi Yöntemleri

OSB tedavisi, bireyin temel semptomları olan sosyal iletişim/etkileşimdeki eksiklikler ve kısıtlı tekrarlayan davranış kalıpları ile ilgi alanları ve faaliyetlerine odaklanan davranışsal ve eğitsel müdahaleleri içerir. Farmakolojik tedaviler, OSB’nin temel belirtilerini iyileştirmek yerine eşlik eden psikiyatrik durumlar ve ek davranışsal sorunlar için kullanılır. Ayrıca aileler tarafından sıkça tercih edilen alternatif ve tamamlayıcı tedavilerin etkinliği kanıtlanamamıştır. [5].

2.1.10.1 Eğitsel ve Davranışsal Yaklaşımlar

OSB’de temel belirtileri hafifletmek ve işlevselliği arttırmak için en etkili yaklaşım eğitsel yöntemlerdir. Bu eğitsel yaklaşımlar, yeni beceriler kazandırmayı, istenmeyen davranışları azaltmayı ve sosyal-iletişimsel alanda gelişimi desteklemeyi hedeflemelidir. [71]. Müdahaleler bireysel olarak ev ortamında ya da grup ortamında özelleşmiş sınıflarda uygulanabilmektedir.

Etkinliğine dair en çok kanıt bulunan eğitsel yaklaşım, "Uygulamalı Davranış Analizi" (Applied Behavior Analysis, ABA) yöntemi ve davranışçı modeldir. [72]. Diğer eğitim programları "Gelişimsel-Bireysel, İlişki Temelli Model" (The Development, Individual Difference, Relationship-Based Model, The DIR Model), "Temel Tepki Öğretimi" (Pivotal Response Training, PRT) ve "Erken Başlangıçlı Denver Modeli"dir (The Early Start Denver Model) [5, 6].

2.1.10.2 Ebeveyn Eğitim Programları

OSB'li ve diğer gelişimsel problemleri olan çocukların sosyal-duygusal, bilişsel ve davranışsal olarak gelişmesini desteklemek için ebeveynleri tarafından uygulanan programlar Ebeveyn Eğitim Programları olarak adlandırılmaktadır. Bu programlar genelde rutin özel eğitim programına ek olarak ebeveynlerin belirli eğitimleri alarak, çocuklarının sosyal ve iletişimsel becerilerini ve uyum becerilerini arttırmak için bu programları öğrenmeleri önem taşımaktadır. Ebeveyn eğitim programları ve ebeveynler tarafından uygulanan programların OSB'li çocukların gelişmesindeki katkısı pek çok bilimsel yayında gündeme gelmiştir. Bazı çalışmalar ebeveyn katılımı ile olan programların rutinde uygulanan eğitim programlarından en önemli üstünlüğünün daha çok çocuk-ebeveyn ikili ilişkisinin güçlenmesine katkı sağlaması olduğu bildirilmiştir [73]. Yapılan bir çalışmada kamudan özel eğitim hizmeti alan çocukların ebeveynlerine gerçek dünyada (seans dışı) çocuklarının sosyal-iletişimsel becerilerini arttırmaya yönelik 12 haftalık bir eğitim verilmiştir. Bu çalışmada 14-34 ay arası 179 çocuğun ebeveyni aldığı bu eğitimi %90 oranında tamamlamıştır. 3 ay sonra bile olguların %70'i ek değerlendirmeye katılım sağlamıştır. Yapılan bütün değerlendirmeler ebeveyni eğitim almış çocukların hem sosyal-iletişimsel hem bilişsel alanda ciddi kazanımlarının olduğu ve ebeveyninin bu becerileri kullanabilmesi ile çocuğun kazanımları arasında bir paralellik olduğu gösterilmiştir [74].

2.1.10.3 Konuşma ve Dil Terapisi

Konuşma terapisi veya sözel iletişim eğitimi başlamadan önce, çocuğun ortak dikkatinin oturması, insanlar ve nesneler arasında koordinasyon kurabilmesi, göz işaretlerini ve işaretlemeyi takip edebilmesi gerekmektedir. Bu nedenle, bu çocuklarda iletişimsel becerilerin artırılması için öncelikle çalışılması gerekmektedir. [75].

Sözel becerisi olmayan OSB'lilerle çalışırken amaç onların anlamlı vokalizasyonunu arttırmaktır. İletişim arttırmada kullanılan diğer teknikler PECS

(Picture Exchange Communion System), bilgisayar temelli programlarla kelime sayısı ve konuşmayı arttıran programlardır. Fonksiyonel dil edinemeyenlerde ise telafi için işaret dili ve görsel semboller de kullanılabilir [75].

2.1.10.4 Uğraş Tedavisi (Occupational Therapy)

Bu tedavi yaklaşımı, OSB'li bireylerin kendi sorumluluklarını üstlenmelerine ve günlük hayat etkinliklerini yerine getirmelerine odaklanan bir programı içerir. Oyunlarda ve çeşitli etkinliklerde bu bireylerin yaşadığı sıkıntıları gidermeyi amaçlamaktadır [76].

2.1.10.5 Psikofarmakolojik Tedaviler

OSB'li çocuklar için farmakolojik tedavi komorbid psikiyatrik, nörogelişimsel durumların ya da öğrenme, sosyalleşme, sağlık, güvenlik, yaşam kalitesi veya genel işlevselliğe müdahale eden davranışsal semptomların kontrolü için kullanılmaktadır. İlaçlar OSB'li olmayan hastalardan daha düşük dozlarda başlanmalı ve dozlar daha yavaş arttırılmalıdır [77].

a) Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivitede Kullanılan Ajanlar

Randomize kontrollü çalışmalar ve meta-analizler, stimülan ilaç tedavisinin OSB'li olmayan DEHB'li çocukların yaklaşık %80'inde semptomları iyileştirdiğini göstermektedir. Ancak bu oran OSB'li çocuklarda %50 olarak bildirilmiştir [78]. Bu çocuklarda stimülan ilaçların yan etkileri diğer hastalarla benzer olmakla beraber daha sık görülmektedir ve en sık bildirilen yan etkiler de iritabilite ve sosyal geri çekilmedir [4, 5].

OSB'li çocuklarda hiperaktivite ve dikkatsizlik semptomları için atomoksetin kullanımı ile ilgili çalışmalar kısıtlıdır. OSB ve DEHB tanısı olan 97 çocukla (6-17 yaş) yapılan randomize kontrollü bir çalışmada atomoksetin ile orta dereceli bir iyileşme bildirilmiştir. Aynı zamanda iyileşmenin dikkatsizlik alt boyutuna göre hiperaktivite/dürtüsellik alt boyutunda daha fazla olduğu bulunmuştur [79]. Atomoksetin yan etkileri arasında, gastrointestinal semptomlar, yorgunluk, uyku problemleri, duygudurum değişiklikleri, baş dönmesi ve iştah değişikliği yer almakta ayrıca nadir olmakla beraber potansiyel olarak ciddi olumsuz yan etkileri olan, intihar düşüncesi ve hepatotoksisite de bulunmaktadır [4, 5]

Hiperaktivite ve dikkatsizlik belirtileri için faydalı olabilecek diğer ilaçlar arasında risperidon ve antiepileptik ilaçlar yer almaktadır. OSB'li çocuklarda

hiperaktivite belirtileri için risperidon kullanımı açık etiketli ve randomize kontrollü çalışmalarla desteklenmektedir. Antiepileptik ajanlar için kanıt küçük, açık etiketli veya gözlemsel çalışmalarla sınırlı olmuştur [77].

b) Uygunsuz problemli davranışlarda kullanılan ajanlar

OSB'li çocuklarda uygunsuz davranışlar sinirlilik, saldırganlık, öfke ve kendine zarar vermeyi içermektedir. Uygunsuz davranışlar endişe, duygudurum bozuklukları veya dürtü kontrol problemlerinden de kaynaklanabilmektedir, eğer bu durumlardan biri davranışa neden olarak tanımlanırsa, bu belirtiyi hedef alan ilaçlar kullanılmalıdır. Atipik antipsikotik ajanlardan risperidon ve aripiprazol OSB'li çocuklarda irritabilite, kendine zarar verme ve agresif davranışları tedavi etmek için FDA tarafından onaylanan ilaçlar olmuştur. Etiket dışı kullanılan ajanlar arasında diğer antipsikotikler (olanzapin, klozapin, ketiyapin, ziprasidon), haloperidol, antiepileptik ilaçlar, klonidin, N-asetilsistein, Lityum, Serotonin Geri Alım İnhibitörleri (SSRI), beta blokerler ve naltrekson bulunmaktadır [80].

c) Basmakalıp tekrarlayıcı davranışlarda kullanılan ajanlar

OSB'li çocuklarda tekrarlayan davranışlar için SSRI, klomipramin, atipik antipsikotikler, valproat ve buspironun faydası gösterilmiştir. SSRI'ların sınırlı ve tekrarlayıcı davranışlar için yararlı olduğuna dair randomize kontrollü çalışmalardan sınırlı kanıtlar bulunmaktadır. Naltrekson, sekretin preparatları ise etkisiz olduğu gösterilmiştir [81]. SSRI'ların faydalı olduğuna dair yüksek düzeyde kanıt bulunmamasına rağmen, daha az yan etkiye sahip olduğu ve bir arada bulunan kaygı semptomlarına da faydası olduğu için farmakolojik müdahale gerektiren tekrarlayıcı davranışlarda ilk ilaç olarak fluoksetin (veya başka bir SSRI) önerilmektedir [82].

d) Diğer psikiyatrik durumlarda kullanılan ajanlar

Anksiyete; OSB'li bireylerde yaygındır ve saldırgan, patlayıcı ve kendine zarar verici davranışlarına katkıda bulunabilmektedir. OSB'li bireylerde anksiyete genellikle SSRI'larla tedavi edilmektedir. Ancak OSB'li bireylerde SSRI'ların etkinliğini özel olarak değerlendiren randomize çalışma bulunmamaktadır [4, 5].

Depresyon; herhangi kesin bir sonuç çıkarmak için yeterli sayıda randomize kontrollü çalışma bulunmamakla beraber, OSB'li bireylerde depresyon tedavisinde SSRI ve Serotonin Nöradrenalin Geri Alım İnhibitörleri (SNRI) kullanılabilir.

Antidepresan kullanırken, davranışsal aktivasyon artışı ve intihar düşüncesi riski de dahil olmak üzere diğer yan etkilere karşı dikkatli olmak gerekmektedir [83].

Uyku bozuklukları; OSB'deki uyku bozuklukları melatonin, serotonin veya GABA anormallikleri ile ilişkili olabilmektedir [84]. Melatoninin gece uyanmaları üzerine etkisi gösterilmemiş olsa da uyku başlangıç latansını kısaltıp uykuya geçişi hızlandırdığı ve toplam uyku süresini arttırdığı bildirilmiştir. Yan etkileri arasında uyanma zorluğu, gündüz uykusu ve enürezis bulunmaktadır [85].

e) Sosyal-iletişimsel defisitlerde kullanılan ilaçlar

Bazı çalışmalarda OSB'li bireylerde sosyal defisitlere potansiyel yararı gösteren farmakolojik ajanlar arasında oksitosin [86], D-sikloserin [87], tetrahidrobiopterin [88], galantamin, memantin ve rivastigmin [89] bulunmaktadır. Bu tedaviler önerilmeden önce etkinlik ve güvenliği doğrulamak için ek kontrollü çalışmalar gereklidir.

2.1.10.6 Tamamlayıcı ve Alternatif Tedaviler

Tablo 5. Tamamlayıcı ve alternatif tedaviler [90]

Etkisiz olduğu kanıtlanmış	Yararları kanıtlanmamış ve olumsuz etkileri olan	Kısmen faydalı ve olumsuz etkileri düşük	Faydaları bilinmeyen ve olumsuz etkileri düşük
Sekretin	Glutensiz diyet	Müzik terapisi	İşitsel entegrasyon
	IVIG	Melatonin	Omega3 yağ asitleri
	Şelasyon	Oksitosin	Probiyotikler
	Hiperbarik oksijen tedavisi	Hayvan tedavisi	Kannabinoid
	Antimikrobiyal ajanlar	Transkraniyel manyetik stimülasyon	
	Vitamin B6, A ve D, magnezyum	Yoga	
	Homeopatik ilaçlar	Masaj	
	Kök hücre transplantasyonu	Nörofeedback	
	Vagus sinir stimülasyonu	Hipnoterapi	
		B12 ve C vitamini	

2.1.11 Otizm Spektrum Bozukluğunun Doğal Gidişi ve Prognozu Öngörücü Faktörler

Tablo 6. Prognoz ve Gidişi Belirleyici Etmenler [91]

Prognoz	Gidişi belirleyici etmenler
IQ	IQ
Adaptif işlevler	Belirti şiddeti
Dil ve iletişimsel beceriler	Dil becerileri
Tanısal stabilite ve belirti şiddeti	Sosyal entegrasyon
Komorbid durumlar	Çocukluk çağında olan komorbid bozukluklar
Sosyal entegrasyon ve bağımsızlık	

2.2. Doğal Afetler

2.2.1 Tanım

Afetler; geçmişten günümüze yaşanmakta olan, süregelen yaşam koşullarını bozan, sosyal hayatın işlevselliğini sekteye uğratan, insan hayatında oluşturduğu kayıplar ve zararlar neticesiyle olumsuz sonuçlar doğuran, dış yardıma ihtiyaç duyulmasına yol açan ekolojik olaylar olarak tanımlanmaktadır [7, 8].

Son yirmi yılda doğal afetler gezegendeki neredeyse her ülkeyi etkilemiş ve dünya çapında milyonlarca insanın ölümüne yol açmış, yüz milyonlarca insan ise çeşitli travmalardan muzdarip olmuştur [9, 10].

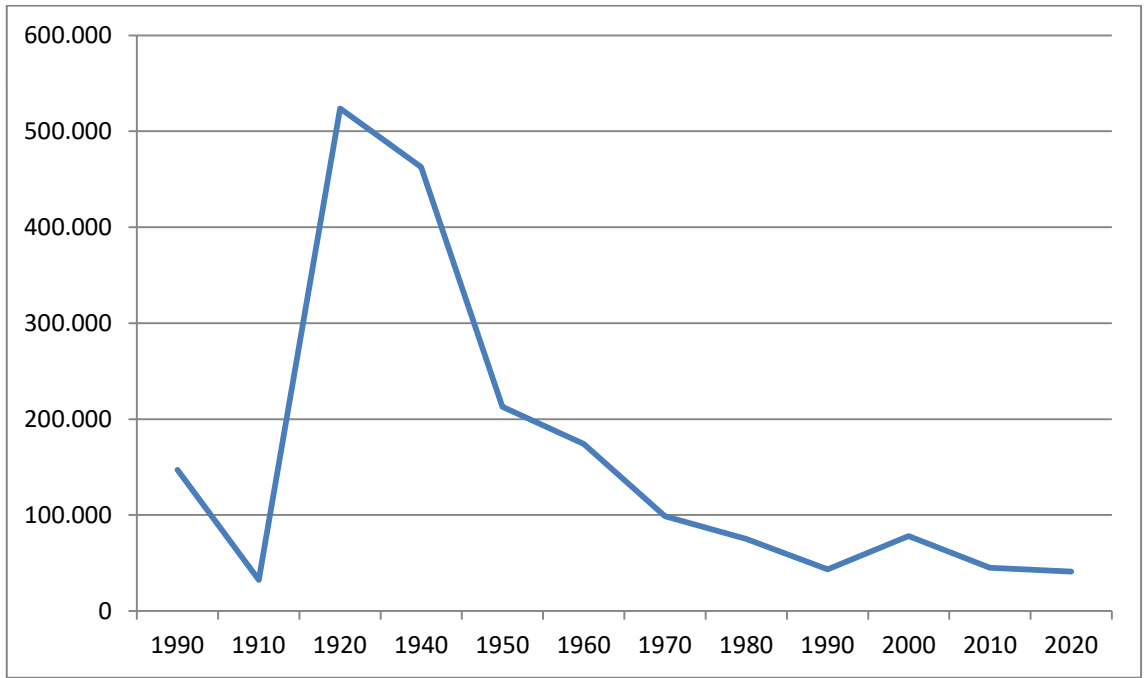
Bu küresel felaketler salgın hastalıklar, nükleer erimeler, depremler, tsunamiler, su baskınları, böcek istilaları ve gıda krizleri gibi bir dizi olayları kapsayan öngörülemezlikleri ve ciddiyetleri ile karakterize edilmektedir [11].

Son yıllarda, doğal afetlerin sıklığı belirgin bir şekilde artmıştır. Bu tür afetler ve getirdikleri zararlar, coğrafi konum, doğal çevre, sosyo-ekonomik faktörler ve diğer etkenlerdeki farklılıklar nedeniyle ülkeler ve kıtalar arasında önemli ölçüde değişiklik göstermektedir. 1990'dan 2020'ye kadar olan küresel doğal afetler incelendiğinde, ABD,

Çin ve Hindistan'ın en fazla doğal afete maruz kaldığı; Endonezya ve Haiti'nin ise afetler nedeniyle en fazla kayıp yaşadığı ülkeler olduğu görülmektedir [92].

2021 yılında dünya genelinde Uluslararası Afet Veritabanı (EM-DAT) tarafından kaydedilen 432 afet olayı olduğu belirtilmektedir. Bu afetler sonucunda yaklaşık 10.492 kişi hayatını kaybetmiş ve ekonomik kayıpların yaklaşık 252,1 milyar dolar olduğu rapor edilmiştir. Bu rakamlar, son yirmi yılın ortalamasının önemli ölçüde üzerinde olduğunu göstermektedir. Asya, en çok etkilenen bölge olarak öne çıkmaktadır ve tüm afet olaylarının %40'ından fazlası bu bölgede gerçekleşmiştir [92].

Tablo 7. EM-DAT, CRED [92]



(Not: On yıllık rakamlar, takip eden on yıllık dönemin yıllık ortalaması olarak ölçülmüştür. Bu, '1900' rakamlarının ortalamayı temsil ettiği anlamına gelir. 1900'den 1909'a; '1910', 1910'dan 1919'a kadar olan ortalamadır.)

2.2.2 6 Şubat 2023 Kahramanmaraş Merkezli Depremler

Türkiye, afet riski yüksek bir ülkedir. Ülkenin %95'ten fazlası, dünyanın en aktif deprem ve toprak kayması bölgelerinden birinde yer almaktadır [93]. Son yetmiş yılda Türkiye'de doğal afetler nedeniyle yaşamını yitiren kişi sayısı 100.000'e ulaşmıştır. Hasar gören bina sayısı 600.000'e, değişik şekillerde depremde etkilenen bina sayısı ise yaklaşık 500.000'dir. Türkiye'de diğer doğal afetlerden daha sık ve etkili olan depremlerdir. Anadolu, doğudan batıya üç ayrı büyük fay sisteminin tektonik

hakimiyeti altındadır ve nüfusun %70'i deprem bölgelerinde, çoğunlukla şehirlerde yaşamaktadır. Son yıllarda ülkede meydana gelen doğal afetlerin neden olduğu yapı hasarları incelendiğinde, oluşan hasarın %62'sinin depremlerden kaynaklandığı görülmektedir [35].

1998 ile 2017 yılları arasını kapsayan 20 yıllık dönemde dünya genelinde meydana gelen depremler, zamanlamalarının ve yıkıcı güçlerinin belirsizliği nedeniyle farklı karakteristik özelliklere sahiptir. Bu dönemde, yaklaşık 750.000 kişi depremlerde hayatını kaybetmiş ve 125 milyondan fazla kişi çeşitli şekillerde bu depremlerden etkilenmiştir [94]. Belirtilen süre zarfında, depremler diğer tüm doğal afetlerin toplamından daha fazla insanın ölümüne sebep olmuştur. İnsan sağlığı üzerindeki etkilerinin yanı sıra, depremlerin sosyal süreçler üzerinde de önemli etkileri bulunmaktadır. Sağlık, ulaşım, tarım, eğitim ve diğer sektörler üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olan depremler, etkilendiği bölgelerde hizmetlere erişimde ek zorluklarla karşılaşmaktadır. Bu nedenle, deprem riski taşıyan bölgelerdeki insanlar, depremin neden olduğu sorunlarla mücadele etmek için çeşitli müdahale programlarına ihtiyaç duymaktadır. Bu programlar, depremle mücadele açısından kritik öneme sahiptir [34].

Türkiye, coğrafi yapısı ve konumu gereği uzun bir süredir "deprem ülkesi" olarak bilinmektedir. Osmanlı İmparatorluğu'ndan itibaren aktif fay hatları üzerinde yıkıcı depremler yaşanmıştır. Cumhuriyet döneminde ülkede meydana gelen büyük depremler arasında; 1930 Hakkari, 1939 Erzincan, 1941 Van-Erciş, 1946 Varto, 1967 Adapazarı, 1971 Bingöl, 1976 Denizli, 1992 Erzincan, 1995 Dinar, 1998 Ceyhan ve 1999 Kocaeli ve Marmara, 2003 Bingöl, 2011 Van, 2020 Elazığ ve 2021 İzmir depremleri bulunmaktadır. Bu depremlerden 1930 Hakkari, 1939 Erzincan ve 1999 Kocaeli depremleri 7 Mw (moment büyüklüğü) ve üzerinde büyüklüklere sahiptir. Kentleşme hızının artması ve dolayısıyla kent nüfusundaki artışla birlikte, son yıllarda depremlerin daha çok kent merkezlerinde hasarlar oluşturduğu gözlemlenmektedir [95].

Türkiye'de son yılların en şiddetli depremlerinden biri, 6 Şubat 2023 tarihinde Kahramanmaraş merkezli olarak gerçekleşmiştir. Bu depremler, Kahramanmaraş'ın Pazarcık ilçesinde (7,7 Mw) ve Elbistan ilçesinde (7,6 Mw) meydana gelmiştir. Hatay, Kahramanmaraş, Adana, Adıyaman, Gaziantep, Diyarbakır, Malatya, Kilis, Şanlıurfa, Osmaniye ve sonradan Elazığ'ın eklenmesiyle beraber on bir ilde büyük hasara neden olmuştur. Bu depremler, Türkiye'de yaşanan en büyük depremlerden biri olarak tarihe geçmiştir [34, 35]. İki büyük deprem yaklaşık 14 milyon kişiyi (yaklaşık Türkiye

nüfusunun %16'sı) etkilemiş, 50000 kişinin ölümüne neden olmuş, birçok kişide çok ciddi sağlık sorunları ve maddi kayıplar yaşatmıştır [36, 37]. 13 Mart 2023 tarihindeki Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı ile Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığı raporlarına göre yaklaşık 17.000 artçı sarsıntı gerçekleşmiştir. Bu süre zarfında, 301.000'e yakın konut ve işyeri yıkılmış veya orta-ağır düzeyde hasar almıştır. Ayrıca bu depremlerde 50.000'den fazla can kaybı yaşanmıştır. Tahminlere göre bu depremlerin maliyeti yaklaşık 104 milyar dolar olarak öngörülmektedir. Bina yıkımında belirleyici olan temel unsurlar ODTÜ ve İTÜ'nün de aralarında bulunduğu çeşitli kurumlar tarafından yapılan analizlere göre bakımsızlık, bina inşaatının mevzuata uygun olmaması, binaların yaşı, dizayn ve yapı açısından bina kalitesindeki eksiklikler, binaların temellerinin atıldığı zeminlerin taşıma gücünün düşük olması ve yer hareketinin şiddeti olduğu gösterilmiştir [96].



Şekil 1. Kahramanmaraş Merkez deprem sonrasında bir görüntü

2.2.3 Depremlerin Çocuklar Üzerine Etkileri

Dünyanın farklı farklı bölgelerinde her yıl birçok çocuk, doğal afetlerle karşılaşmakta ve bu olumsuz durumların getirdiği sonuçları yaşamaktadırlar [7]. Çocuğun kendisinin, ailesinin ya da yakın çevresinden birinin yaralanması, yakınlarını kaybetmesi, yaşanan üzücü durumlar, dijital ortamlarda yer alan olumsuz görüntülerle karşılaşması ve bu durumun getirdiği etkileri anlayacak bilişsel olgunlukta olmamaları ve tehlikenin boyutunu anlamlandırma kapasitesinin yetersizliği çocukluk ve ergenlik dönemlerinde, felaket sonrası psikolojik hastalıklar açısından hassas dönemler olarak kabul edilmesine neden olmaktadır [97]. Evde veya ev çevresinde daha çok zaman geçiren çocuklar aniden ortaya çıkabilecek depremlerle karşılaşmaya daha yakın olmaktadır [98].

Çoğu çalışma yetişkinlere odaklanmış olsa da artan kanıtlar büyük ölçekli doğal afetlere maruz kalmanın çocuklarda ve ergenlerde kalıcı ruh sağlığı sorunlarının habercisi olduğunu göstermektedir. Çoğu çocuk ve ergen dayanıklı olmasına rağmen yaklaşık %20'si önemli psikolojik etkilerden muzdarip olmaktadır. Psikolojik semptomların gelişimi çeşitli faktörler arasındaki etkileşime bağlıdır. Bunlar, çocuğun gelişim aşaması, stres etkeninin 'dozu', koruyucu etkilerin mevcudiyeti (örneğin zorluklar karşısında ebeveynlik kapasitesi) [99], önceki kırılganlığın varlığı (örneğin önceden var olan duygudurum veya kaygı bozukluğu) ve bireysel dayanıklılık faktörlerinin varlığı olarak gösterilmiştir [100, 101]. Küçük çocuklarda afet sonrası tepkiler saldırganlık, yapışkanlık, idrarını tutamama ve genelleşmiş korkular şeklinde ortaya çıkabilmektedir [102].

Araştırmalar, olumsuz yaşam deneyimlerine ve yaşamı tehdit eden olaylara maruz kalan çocuk ve ergenlerin psikopatoloji geliştirebileceğini açıkça ortaya koymuştur [103]. Travmaya maruz kalan çocukları bir kısmında ciddi travma sonrası semptomlar gelişirse de travmatik olaylar sinir ve endokrin sistemlerini etkileyebilir hatta şiddetli stres nedeniyle beyinde yapısal değişikliklere yol açabilir [104]. Bu dönemde yaşanan travmalar sosyal izolasyona, düşük akademik performansa, duygusal ve davranışsal problemlere yol açabilir ve tüm bunlar hem mevcut hem de gelecekteki yaşam kalitesini etkileyebilmektedir [105].

Çocuk ve ergen literatüründe depremlerin ruh sağlığı sonuçlarını araştıran çeşitli araştırma gruplarının ana odak noktaları TSSB gelişimi ile anksiyete ve depresif belirtilerin şiddeti olmuştur [17, 18].

Depreme maruz kalan çocuk ve ergenler arasında TSSB yaygınlığı değerlendirme yöntemine, olaydan sonra geçen sürenin uzunluğuna ve depreme maruz kalınan yerin merkez üssünden uzak olup olmamasına göre değişkenlik göstermektedir [19, 106].

Çocuklar ve ergenler arasında TSSB gibi duygusal zorlukların gelişimindeki risk faktörlerini ele alan araştırmalar genellikle daha genç katılımcıların olumsuz depresyon deneyimlerinin bir sonucu olarak sorunları içselleştirme açısından daha yüksek risk altında oldukları bildirilmiştir [17, 20, 107].

Yetişkinlerde ASR kapsamlı bir şekilde araştırılmış olsa da araştırmalar öncelikle yetişkinler üzerinde yoğunlaştığından, genç bireylerin akut strese nasıl tepki verdiğine dair anlayış sınırlı kalmaktadır. Çocuklarda ve ergenlerde akut stres bozukluğunu inceleyen, 17 farklı çalışmayı değerlendiren yeni bir meta-analiz, kanıt temelinin hala oldukça sınırlı ve oldukça heterojen olduğunu bildirmiştir [108]. Son zamanlarda çocuk ve ergenlerde akut stres belirtilerine odaklanan çalışmalarda artış görülmektedir. Ancak yalnızca sınırlı sayıda yayınlanmış araştırma çocuklarda ve ergenlerde depresyon yaralanmalarıyla ilişkili akut stres semptomlarını araştırmıştır [109].

Yakın zamanlı 6 Şubat Kahramanmaraş merkezli deprem sonrasında yapılan bir çalışmada depresyon yaşamış 60 ergen değerlendirilmiştir. En yaygın psikolojik belirtiler akut dönemde korku/endişe olarak tespit edilmiştir. Bu çalışmada ayrıca kliniğe başvuranlara bakıldığında literatürde deprem sonrası bildirilen ASR oranlarından çok daha yüksek bir oranın başvurdukları tespit edilmiştir. Önceki bulguların aksine olguların %81,6'sının (n=49) ASR tanılı olduğu anlaşılmıştır [37]. Türkiye'de 1999 depreminden sonra çocuklarda akut stres belirtilerini yarı yapılandırılmış klinik görüşmeyle değerlendiren bir başka çalışmada çocuk ve ergenlerin %74,5'inin ASR tanılı olduğu rapor edilmiştir [26]. Türkiye'de Marmara depremi sonrasında yapılan bir araştırma, bedensel yaralanma geçiren çocuklarda ASR ve TSSB'nin daha yaygın olduğunu göstermiş ve bu sonuç daha sonra ergenlik çağındaki çocuklarda fiziksel yaralanmalar ile ASR belirtileri arasındaki ilişkiyi inceleyen sınırlı sayıda araştırmayla da doğrulanmıştır [110, 111]. 6 Şubat Kahramanmaraş merkezli deprem sonrasında yapılan bir başka çalışmada ise depremlerin ergenler üzerine olan etkisine bakılmıştır. Olayların Etkisi Ölçeği ile TSSB şiddeti değerlendirilmiştir. Yeniden yaşama (17,72±7,67), kaçınma (13,08±5,56), aşırı uyarılma (13,04±6,11) ve toplam puan (43,84±16,31) alt ölçekleri değerleri saptanmıştır. Toplam puanları 24-33 arası olan

kişilerin uzman tarafından takip edilmesi önerilmektedir. Depremden yaklaşık 4 ay sonra ergenlerle yapılan bu çalışmada deprem olayından etkilenme durumlarının oldukça üst sınırlarda olduğu ve ergenlerin halen kaçınma, aşırı uyarılma ve yeniden yaşama gibi sorunlar yaşadıkları söylenebilir [112].

Travma mağdurları için bir olayla ilişkili stres etkenleri, ASR, TSSB veya farklı psikiyatrik bozuklukların gelişmesine yol açabilmektedir [113]. Çocuklarda doğal afet sonrası stres reaksiyonları arasında ASR, depresyon, anksiyete, karmaşık yas, madde bağımlılığı ve TSSB yer almaktadır [22]. Depreme maruz kalan çocuk ve ergen gruplarında yapılan çeşitli çalışmalardan elde edilen veriler, TSSB tanısının varlığının %21 ila %70 arasında olduğunu göstermiştir [19]. Türkiye’de ise daha önce depreme maruz kalan çocuk ve ergenlerde TSSB oranı %28 ila %75 arasında değişmektedir [20, 23, 24]. Deprem sonrasında çocuk ve ergenlerde depresif bozukluk varlığı %13.6 ile %76 arasında bildirilmiştir [17]. Doğal afetlere bağlı olarak uyku sorunları, öğrenme kapasitesinde azalma, konsantrasyon bozukluğu, yalnız kalma korkusu, ayrılık anksiyetesi, öz yeterlilikte azalma, öfke, suçluluk ve umutsuzluk gibi olumsuz psikolojik sonuçlar bildirilmiştir [21, 114].

2011 Van depreminden sonra yapılan bir çalışma; depremde 6 ay sonra 738 katılımcı (13-17 yaş arası) ile gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların %40.7’sinde TSSB’nin varlığına işaret eden patolojik sınırı aşan düzeyde TSSB semptomları, %53’ünde anksiyete ile ilişkili duygusal bozukluğun varlığı ile ilgili yorumlanabilecek daha yüksek düzeyde anksiyete, %33.7’sinde depresif bozukluk, %36.7’sinde dissosiyatif bir psikopatolojiye işaret eden semptomlar saptanmıştır [25].

Birçok çalışma hayatın normal akışında aksamlara neden olan ev ve okul hasarlarının depreme verilen uyumsuz duygusal tepkilerin önemli bir öncülü olduğu bildirilmiştir [115, 116]. Bir aile üyesinin ya da önemli birinin ölümü ve deprem sırasında ebeveynin yaralanması çocuk ve ergenler arasında olumsuz duygusal sonuçların önemli korelasyonları olmaktadır [19, 20, 116].

2010 yılında Yeni Zellanda’da meydana gelen deprem sonrası yapılan bir çalışmada, 4 yaşındaki tipik gelişen çocukların duygusal ve davranışsal değişiklikleri ebeveyn ve öğretmen SDQ ölçeği ile değerlendirilmiştir. Ebeveynlerin ortalama toplam SDQ puanları deprem öncesi, deprem anı ve deprem sonrası dönemler arasında değişmemiştir. Öğretmenlerin ortalama SDQ toplam puanları, deprem anı ve deprem sonrası dönemler arasında karşılaştırıldığında deprem sonrasında önemli ölçüde

azalmıştır. Başlangıç ve deprem sonrası dönemler karşılaştırıldığında, hem öğretmenlerden hem de ebeveynlerden alınan ortalama SDQ sosyal alt ölçek puanları artmıştır. Sonuçlar depremlerin yıkıcı etkilerine rağmen SDQ toplam güçlük puanlarında önemli ölçüde farklılık olmadığı ifade edilmiştir [22].

2.2.3.1 Doğal afetler ve engelli bireyler

Araştırmalar, doğal afetlerin ve terör eylemlerinin engelli bireyler için farklı ve çoğunlukla olumsuz sonuçları olduğunu göstermektedir. Çeşitli akademik disiplinlerden gelen çalışmalar, acil durum tahliyesi, barınma, ve toparlanma sırasında engelli bireyler için engeller ve olumsuz sonuçlar bildirmektedir [13, 14]. Epidemiyolojik çalışmalarda bazı afetlerde engelli insanlar için daha yüksek maruziyet ve ölüm oranlarına işaret etmektedir [15]. Özellikle engelli çocuklar tahliye ve barınma için ek yardıma ihtiyaç duyabilmektedir [16]. Afet ve daha az ölçüde terörizmin etkileri çocuk ve ergen popülasyonda iyi araştırılmış olsa da bu araştırmaların çok azı engelli çocukların deneyimlerine odaklanmıştır [12].

Engelli bireyler üzerine yapılan araştırmalar, bu grubun doğal afetler ve travmalarda hayatı etkileyen olumsuz durumlara daha fazla maruz kaldığını bildirmektedir. Engelliliğin fiziksel ya da psikiyatrik özelliklerine göre çocukların ve erişkinlerin afetler sırasındaki ihtiyaçları ve yaşadıkları güçlükler değişebilmektedir. Körlük veya işitme bozukluğu olan kişiler acil durum iletişimini almakta zorlanmaktadır[13]. Hareket engelli bireyler, ulaşım ve tahliye süreçlerinde engellerle karşılaşırken [117], sağlık sorunları olan kişiler ise afet sonrası tıbbi yardım almakta zorluk yaşamaktadırlar [14]. Afet veya çatışmaların ardından engelli çocukların uygun psikolojik, tıbbi ve rehabilitasyon hizmetler alma olasılığı daha düşük olmuştur [118, 119].

Birkaç çalışmada önceden engeli olan çocukların doğal afetler sonrasında ruh sağlığı klinik olarak incelenmiştir. Bir çalışmada, OSB'li olan çocuk ve ergenler klinik olarak değerlendirilmiş ve travma öyküsü (kaza/afete tanıklık veya mağdurluk, şiddete tanıklık veya mağdurluk, fiziksel istismar, cinsel istismar) olan 18 (%26,1) katılımcıdan 12'sine (%17,4) klinik olarak TSSB tanısı konmuştur [120]. Diğer bir çalışmada öğrenme güçlüğü olan 56 ergende terör saldırılarına maruz kaldıktan sonra TSSB araştırılmış ve 48 kontrolle karşılaştırılmıştır. Terör saldırılarına tanıklık etme düzeyleri

istatistiksel olarak kontrol edilirken bile, öğrenme güçlüğü olan grupta kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha yüksek TSSB puanları bulunmuştur [121].

ZY'li çocuk ve ergenlerde TSSB'nin yaygınlığını, değerlendirmesini ve tedavisini değerlendiren bir çalışmada, ZY'li çocuk ve ergenlerde TSSB riskinin daha yüksek olduğu bulunmuştur [122].

ZY'li bireylerde TSSB ve diğer psikiyatrik bozukluklar farklı şekilde ortaya çıkabilir ve saldırganlık, öfke patlamaları, kendine zarar verme ve kurallara uymama gibi davranışlar bu popülasyonda TSSB'nin belirtileri olabilmektedir [123].

Doğal afetlerin sağlıkla ilgili etkileri değerlendirilirken, başta OSB olmak üzere psikiyatrik bozukluklardan etkilenen bireylere özel dikkat gösterilmelidir. Stresli yaşam olaylarını şizofreni veya duygusal/duygudurum bozuklukları gibi psikiyatrik hastalıkların seyrine bağlayan önemli miktarda araştırma [124] olmasına rağmen ve doğal afetlerden sonra çocuk ve ergenlerde görülen psikolojik sonuçları ele alan [125] literatürün giderek büyümesine rağmen, literatürde doğal afetlerden sonra OSB'li kişiler için uyumla ilgili sonuçlara ilişkin herhangi bir tanımlamanın eksik olduğu görülmektedir. Bunun yanı sıra literatürde doğal afetler sonrasında OSB'li çocuk ve ergenlerin ruhsal sağlığını ve yaşadıkları güçlükleri değerlendiren klinik bir çalışma bulunmamaktadır.

OSB semptomatolojisinin belirli özelliklerinin, bu popülasyonda travmaya maruz kalma riskinin artmasına ve bunun ardından TSSB'nin gelişmesine yatkınlık oluşturabileceği ileri sürülmüştür. Aynı zamanda OSB'li çocuk ve ergenlerde travmatik yaşam olayları deneyiminin OSB semptomlarını arttırabileceği de vurgulanmıştır [126, 127].

İtalya 2009 depreminden sonra yayınlanan 1 yıllık takip çalışmasında depreme maruz kalmış OSB'li çocukların uyum davranışları, depreme maruz kalmamış OSB'li çocuklar ile karşılaştırılmış; başlangıçta, depremde 6 ay ve 1 yıl sonra Vineland Uyarlanabilir Davranış Ölçekleri puanlanmıştır. Depreme maruz kalanların özellikle depremde sonraki ilk aylarda uyum sağlama davranışlarında ciddi bir düşüş olduğu görülmüştür. Bununla birlikte afet sonrası, acil yoğun müdahale ile uyumsal işlevlerde kısmi iyileşme görülmüştür [128].

COVID-19 salgını nedeniyle rutinleri bozulan ve özel bakım gerektiren özel gereksinimli çocukların yaklaşık %50'sinde duyu-motor gelişim, bilişsel beceriler, uyku,

davranış ve sosyal etkileşimin önemli ölçüde etkilendiği bildirilmiştir [129]. COVID-19'un OSB tanısı alan çocuklar üzerindeki olası duygusal ve davranışsal etkilerine ilişkin yapılan çalışmalarda, özellikle sosyal izolasyon, fiziksel mesafe ve okulla ilgili kaygı ve endişelerde artış olduğu bildirilmektedir [27, 130]. OSB'li çocukların ebeveynleri ile anket çalışmalarına göre salgının getirdiği stres aynı zamanda davranış problemlerindeki artışla ve hem sıklık hem de yoğunluk açısından temel OSB semptomlarının alevlenmesiyle ilişkilendirilmiştir [27, 28]. OSB'li çocukların hizmet alma biçimlerindeki değişikliklerin yanı sıra evde kalma emirleri nedeniyle değişen aile dinamikleri, bu grupta negatif semptomatoloji riskinin artmasına neden olmuştur. Bu olumsuz semptomatoloji, saldırganlık veya kendine zarar verme eylemleri, "beceri kaybı veya durgunluk" gibi uyumsuz davranışları ve OSB'li çocuk ve aile için olası stres etkenleri olduğu düşünülen tekrarlayan davranışları içerebilir [27, 131].

2.2.4. Depremlerin Ebeveynler Üzerine Etkileri

Doğal afetler sadece insan ölümü ve yaralanmalarla sınırlı kalmaz, aynı zamanda sağ kalan bireylerin ruhsal sağlığı üzerinde de ciddi etkiler bırakabilir. Çoğu insan bu şiddette bir olayın etkisine karşı dirençli olsa da etkilenenlerin yaklaşık %30'unda mental sağlık bozuklukları gelişmektedir [132]. Doğal afetler sonrası özellikle de deprem sonrasında bireylerin anksiyete, depresyon uykusu, bedensel belirti, dissosiyatif ve cinsel işlev alanında bozukluklar yaşayabilecekleri birçok çalışmada vurgulanmıştır [29, 30]. Doğal bir felakete maruz kaldıktan sonra depresyon riskinin oldukça arttığı ve TSSB'nin, hayatta kalanlar arasında en yüksek yaygınlık oranı gösterdiği çalışmalarda gösterilmiştir [133, 134].

Literatürde bildirilen TSSB yaygınlık oranlarında %11,7 ile %86,7 arasında değişen geniş bir çeşitlilik olmasına rağmen [135-137], bunlar büyük ölçüde yaş, cinsiyet, düşük sosyoekonomik grup, medeni durum ve eğitim durumu gibi sosyodemografik değişkenler dahil olmak üzere çeşitli katkıda bulunan faktörlere bağlıdır; ve merkez üssüne yakınlık, kişisel yaralanmalar ve sevdiklerinin ölümü gibi afetlerle ilgili değişkenlere bağlı olduğu vurgulanmıştır [138]. 3 yıllık bir vaka kontrol çalışmasında kronik TSSB'de, depremde birinin ölümüne tanık olmak, depremden sonra düzenli bir gelirinin olmaması, depremden sonra yalnızca bir kez ruh sağlığı desteği almak ve sosyal desteğin düşük olması gibi çeşitli bağımsız risk faktörleri tespit edilmiştir [139].

Pakistan'da 2005 yılında meydana gelen depremde 30 ay sonra 18 yaş üstü yetişkin nüfusa odaklanan bir çalışmada TSSB yaygınlığı %41.3 bulunmuştur [140]. 17 Ağustos Depremi sonrasında TSSB oranı, çadırlarda yaşayan bireylerde %47 oranında bulunmuş ve sağaltım hizmetlerine başvuranlarda ise %63 olarak tespit edilmiştir [141]. Bilimsel literatürdeki pek çok araştırma, kadınların anksiyete, depresyon ve TSSB geliştirme riskinin daha yüksek olduğunu öne sürmektedir [142-144] Bazı çalışmalar, kadınlarda TSSB gelişme olasılığının önemli ölçüde daha yüksek olduğunu gösterse de kadın olmanın yine de TSSB için bağımsız bir risk faktörü olduğu kanıtlanmamıştır [139, 145].

Sakarya ve Güneş'in araştırmasında, Van Depremi'ni yaşayan bireylerin psikolojik dayanıklılığı ile Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) belirtileri arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Araştırma sonuçlarına göre , yeniden yaşantılama TSSB belirtilerinden kaçınma ve irritabilite gibi belirtilerin artması durumunda, psikolojik dayanıklılığın azaldığı belirlenmiştir [146]. Taşçı ve Özsoy'un 2020 yılında Elazığ'da meydana gelen depreme maruz kalan bireylerle yaptığı çalışmada, depremi yaşayan bireylerin, yaşamayan bireylere kıyasla TSSB ve peritratmatik dissosiyasyon ölçeğinden aldıkları puanların daha yüksek olduğu görülmüştür [147].

Pakistan'da depreme maruz kalan ve kurtarma çalışmalarında aktif görev alan bireylerle yapılan bir çalışmada, anksiyete ve depresyonun yaklaşık %20, TSSB oranının ise %42,6 olduğu belirlenmiştir [148]. Ağustos 1999 depremi sonrasında gerçekleştirilen bir çalışmada, kadınların erkeklere kıyasla daha belirgin psikolojik tepkiler sergiledikleri tespit edilmiştir. Kadınların anksiyete skoru ortalama 1,46 iken, erkeklerde ise 1,12 olarak ölçülmüş ve bu fark anlamlı bulunmuştur. ($p=0,015$) [149]. Elazığ'da yaşanan deprem sonrası yakınları tarafından psikiyatrik yakınmaları nedeniyle getirilen veya psikiyatri ekibi ile görüşme talep eden 101 katılımcı ile yapılan bir çalışmada bireylerin anksiyete düzeyleri ve etkileyen faktörlere bakılmış ve TSSB ve anksiyete skorları yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada en sık belirtilen yakınmalar ölüm korkusu (%63,4), kalp çarpıntısı (%64,4), bacaklarda halsizlik ve titreme (%68,3), korkuya kapılma (%68,3), çok kötü şeyler olacak korkusu (%73,3) olmuştur [150].

Yapılan çok sayıda çalışma, depremin toplumun önemli bir bölümünde depresyon bozukluğuna neden olduğunu ortaya koymuştur [151, 152]. Örneğin 2008 Wenchuan (Çin) depreminden sonra yapılan bir araştırma depresyon yaygınlık oranını %44.8 olarak belirlemiştir [153]. Nepal'deki 2015 depremleri üzerine gerçekleştirilen

araştırmalar, depresyonun yaygınlık oranının %23 ila %42 arasında olduğunu öngörmüştür [154, 155]. Depremle ilgili depresyon riskinin artmasıyla ilişkili faktörlerden biri bireylerin yaş düzeylerindeki farklılıklar olmuştur. Bir araştırmada yaş gruplarıyla ilgili olarak elde edilen sonuçlar, yaşlı bireylerin diğer yaş gruplarına kıyasla daha fazla depresyon belirtileri gösterdiğini ortaya koymuştur [143]. er bazı çalışmalar ise 18 ile 24 yaş arasındaki bireylerin afet sonrası depresyona yakalanma olasılığının daha yüksek olduğunu iddia etmiştir [140, 156].

Afetler sonrası depresyon bozukluğuyla bağlantılı olan bireysel faktörlerden biri, bireylerin eğitim seviyeleridir. Önceki alışmalar, düşük eğitim seviyesine sahip bireylerde afet sonrası depresyon belirtilerinin daha sık görüldüğünü ortaya koymuştur. [157, 158]. Başka çalışmalarda farklı sonuçlar da gösterilmiştir. Bu çalışmalardan birinde, eğitim düzeyi yükseldikçe bireylerin depresyon puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır [159].

Deprem sonrası depresif bozuklukla ilişkili bireysel faktörlerden bir diğeri ise cinsiyet farklılıkları olmuştur. Afetlerin ardından stresle başa çıkma yeteneğinin cinsiyete göre farklılık gösterdiği ve kadınların erkeklere kıyasla daha fazla depresyon belirtileri geliştirdiğini belirten araştırmalar bulunmaktadır [160]. Araştırmacılar, kadınların zorlayıcı yaşam olaylarına karşı düşük psikolojik esneklik gösterdiklerini ve bu durumun değişen ortamlara ve koşullara bilişsel olarak uyum sağlama yeteneklerini zorlaştırarak yüksek depresyonla ilişkilendirildiğini belirtmişlerdir [161, 162]. İnsanlar travmatik olaylara farklı tepkiler verirler [163], ancak cinsiyet açısından, kadınlar afet sonrası pozitif sosyal desteğe daha az erişim sağladıklarından daha yoğun duygular yaşayabilirler. Bunun yanı sıra, biyolojik açıdan, kadınların felaketlerden daha fazla etkilendiği ve erkeklere göre daha duygusal oldukları düşünöldüğünde, bu duyguların daha yoğun yaşanmasında etkili olabilirler [164]. Kadınlar, toplumsal rolleri nedeniyle afet sonrası depresyonla ilişkilendirilen faktörlere karşı daha savunmasız olabilirler. Özellikle gelişmekte olan ölkelerde, kadınlar genellikle geçim kaynaklarına ev içi faaliyetlerden daha fazla bağlı olduklarından, evin yıkılması ve göç durumu gibi durumlar kadınları erkeklere kıyasla daha fazla etkileyebilir [165].

Afetlerin ruh sağlığı üzerindeki uzun vadeli etkisine ilişkin bulgular karışık olduğu bulunmuştur. Bazı alışmalar anlamlı bir fark olmadığını bildirmiştir [166] ancak diğerleri, felaketlere maruz kalan bireylerde on yıldan fazla bir süre sonra, maruz kalmayan bireylere göre daha fazla psikolojik sorun olduğunu ortaya çıkarmıştır [167,

168]. Uzunlamasına çalışmalar, anksiyete ve depresyon semptomlarının yıllar sonra bile devam ettiğini göstermektedir [169, 170].

2.3 Doğal Afetlerde Özel Gereksinimli Çocuğu Olan Ebeveynlerdeki Psikopatolojiler

Ebeveynlik, çocuk gelişiminde önemli bir faktördür ve ebeveynlik stresinin çocuğun zihinsel, duygusal ve davranışsal sağlığı üzerindeki etkileri giderek daha fazla ilgi görmektedir [171]. Ebeveynlik stresi, ebeveynlerin beklentileriyle (kendisi veya başkası) tutarsız ebeveynlik talepleri yaşadığında veya kaynakları yetersiz olduğunda yaşanabilmektedir. Ebeveynlerin değerlendirmeleri, çevre ve yaşamdaki stres etkenleri de ebeveynlik stresine katkıda bulunabilmektedir. Bu tür stres, kısmen ebeveynlerin yaşadığı evlilik veya mesleki streslerle örtüşür ve ebeveynliği ve ebeveyn-çocuk ilişkilerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir [171].

Bir aile üyesinin sürekli bir hastalığa veya engelliliğe sahip olması, aile bireylerini bireysel olarak etkilemenin yanı sıra dolaylı veya doğrudan olarak aile sisteminin genelini de etkileyebilir. Bu durum, ebeveynleri ve çocukları ciddi şekilde etkileyen en önemli gelişimsel bozukluklardan biri olan OSB'nin yaygın bir örneğidir [172]. Aileye yeni bir üyenin gelişi, üyelerin rollerinin yeniden yapılandırılmasını gerektiren önemli bir geçiş dönemi olmaktadır. Sosyal ve mesleki aktivitelere ayrılan zamanın ve uyku düzeninin değiştirilmesi gibi rutin değişiklikler gerekmektedir. Çocuğun gelişim sürecinin kesintiye uğraması bu yeniden yapılanmaya uyumu sorunlu hale getirmektedir. Özel gereksinimli çocuğu olan ebeveynler, zorluklarla dolu birçok alanda mücadele etmektedirler, bunlar arasında yıpratıcı, yıkıcı ve sınırlayıcı aile iletişimi sorunları, duygusal, sosyal, eğitimsel ve ekonomik zorluklar bulunmaktadır [173].

Araştırmalar, OSB tanısı alan çocukların bakım verenlerinin, normal gelişim gösteren çocukların ve diğer gelişimsel bozuklukları olan çocukların bakım verenlerine göre daha yüksek anksiyete, depresyon ve stres düzeylerine sahip olduklarını vurgulamıştır [174-177]. OSB'li çocukların ebeveynleri, diğer engelleri olan (örneğin ZY, özel öğrenme bozuklukları, DEHB, serebral palsi vb.) ve normal gelişim gösteren çocukların ebeveynlerine kıyasla daha yüksek düzeyde stres yaşayabilmektedir [178, 179]. Yakın zamanda yapılan 31 çalışmanın meta-analizde 9208 OSB'li çocuğu olan

ebeveynin, anksiyete ve depresyonun bu ebeveynler arasında en sık görülen bozukluklar olduğu ve medyan oranlarının sırasıyla %33,0 ve %31,0 olduğu bulunmuştur [180].

Türkiye’de yapılmış araştırmalarda; OSB’li çocuğa sahip olmayan annelerin yaşadıkları depresyon düzeylerine göre OSB’li çocuğa sahip olan annelerin depresyon düzeylerinin daha fazla olduğu [181]; babalara göre annelerde depresyonun ve anksiyetenin daha yüksek olduğu [182]; normal gelişim gösteren çocukların anne ve babalarının algıladıkları stres düzeyine göre OSB tanılı çocukların anne ve babalarının algıladıkları stres seviyesinin anlamlı düzeyde yüksek olduğu [183]; otistik bozukluk indeks puanları düşük olan çocukların annelerinin umutsuzluk, tükenmişlik ve depresyon düzeylerine göre OSB’li çocukları indeks puanları yüksek olan çocukların annelerinin umutsuzluk ve tükenmişlik düzeylerinin anlamlı derecede yüksek olduğu [184]; iş hayatı, sosyal yaşam ve aile ilişkileri üzerinde OSB tanısının olumsuz etkiler oluşturduğu [185]; OSB tanısı almış çocuğa sahip annelerin depresyon ve anksiyete düzeyleri ile yaşam kalite düzeyleri arasında ilişkinin olduğu [186]; otistik çocuğa sahip annelerin depresyon ve anksiyete belirtileri ile damgalanma algısı arasında anlamlı pozitif bir ilişkinin bulunduğu [187]; normal gelişim gösteren çocukların ebeveynlere göre OSB’li çocuk sahibi ebeveynlerin düşük eş destek algıları ve evlilik doyumu olduğu [188] çalışmaların tespitleri arasında yer almaktadır.

Özel gereksinimli çocuğa bakmak tüm aile üyeleri için streslidir ve yapılmış çalışmalarda annelerin en yüksek düzeyde strese maruz kalmakta olduğu paylaşılmaktadır [189]. Ebeveynler arasında çocuklarında psikiyatrik hastalık varlığında annenin aile içinde yaşadığı yükün genellikle daha fazla olduğu vurgulanmıştır [190]. Ayrıca düşük ve orta gelirli ülkelerden elde edilen verilerde tanının OSB’li çocukların babaları üzerindeki etkisinin sınırlı olduğunu vurgulamıştır [191, 192].

2011 Büyük Doğu Japonya Depremi’nden sonra, nörogelişimsel bozukluğu olan çocukların ebeveynlerinin ne yapacakları konusunda bilgi edinme ve barınacak yer eksikliği yaşadığı ve çocukların ise anlayış ve destek eksikliğiyle karşı karşıya kaldığı belirtilmiştir [193]. Benzer şekilde, 2016 Kumamoto Depremi’nden sonra nörogelişimsel bozukluğu olan çocukların anneleri çocuklarına destek olurken rahatsızlık ve yorgunluk yaşadıklarını bildirmişlerdir [193].

Bir araştırmada COVID-19 sürecinde OSB’li çocukların annelerinin, sağlıklı çocukların annelerine oranla sağlık anksiyetesinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Aynı çalışma, salgın döneminde psikolojik iyi oluş düzeylerinin de sağlıklı

annelere kıyasla daha düşük olduğunu göstermektedir. Bu bulgular, OSB tanısı konmuş çocukların annelerinin sağlık kaygısının artmasında etkili olduğunu ortaya koymaktadır. Özellikle, çocuklarına bir şey olması durumunda kimin bakacağı gibi endişelerin, annelerin kaygı düzeylerini artıran önemli bir etken olduğu vurgulanmıştır [32].

COVID-19 sürecinde, OSB'li çocuğu olan ebeveynlerde, sağlıklı çocuk sahibi ebeveynlere göre daha yüksek bir depresyon riski gözlemlenmiştir. Yeni normale hızlı bir şekilde uyum sağlamaları istendiğinde, birçok ebeveynin çocuklarıyla eski ve yeni kurallar arasında gidip geldiği fark edilmiştir. Özellikle OSB tanısı almış çocuklarda, bu zorlu uyum sürecinin daha belirgin olduğu gözlemlenmiştir. Ebeveynlerin depresyona yakalanma riskini artıran unsurlar arasında rutin değişikliklerinden ötürü yaşadıkları sıkıntılar ve bunun neden olduğu davranış bozuklukları, OSB'li çocukların fiziki tedavilerinin ve eğitimlerinin aksaması, sürecin belirsizliği vb. gibi faktörlere ek olarak ekonomik kaygılar yer almaktadır [33].

Bir ebeveynin yüksek stres düzeyi ve bozulmuş fiziksel/zihinsel sağlığı, erken ve etkili müdahale fırsatlarını kısıtlayabilmektedir. Bakım verenin ruh sağlığını etkileyen bozukluklarla ilişkili değişkenleri anlamak, yüksek riskli grupları belirlemek ve bu ebeveynler için destek programları oluşturarak ebeveyn işlevselliğini artırmak, bu nedenle etkili tedavi seçeneklerine erişimi hızlandırabilmektedir [194].

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1 Araştırmanın Türü ve Etik Yönü

Bu çalışma, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde gerçekleştirilen bir kesitsel, vaka-kontrol çalışmasıdır. Araştırma öncesinde, 12.12.2023 tarihli 2023/25 numaralı oturumda Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır. Araştırma protokolü, Helsinki Bildirgesi'ne uygun bir şekilde uygulanmıştır. Çalışma hakkında hasta ve gönüllü sağlıklı çocukların annelerine bilgilendirme yapılmıştır. Annelerin rızası alınarak "Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu" imzalatılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu araştırma, "Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı"nda gerçekleştirilmiştir. Araştırma, Aralık 2023 ile Şubat 2024 tarihleri arasında, toplamda 3 ay süresince yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

"Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği"ne başvuran, Kahramanmaraş'ta ikamet eden, 6 Şubat 2023 Kahramanmaraş merkezli depremleri yaşayan ve DSM-5-TR kriterlerine göre 95 OSB'li çocuk (0-12 yaş, 65 erkek, 30 kız) ve anneleri ile yaş-cinsiyet eşleştirilmiş fiziksel ve belirgin bir psikiyatrik hastalık tanısı saptanmayan 95 depremzede çocuk ve anneleri çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmaya katılmak istemeyen anneler çalışmaya alınmamıştır. Çalışmanın örnek büyüklüğünün belirlenmesinde power analizinden yararlanılmıştır. $\alpha=0.05$ birinci tip hata düzeyinde $\beta=0.10$ ikinci tip hata düzeyinde 0.95 testin gücünde referans alınan çalışmadaki başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeği optimistik yaklaşım punlarına ilişkin etki büyüklüğü 0.538 esas alınarak yapılan planlamada çalışmaya her grup için $n=91$ olmak

üzere toplam en az 182 hastaya ulaşılması gerektiği tespit edilmiştir. Çalışmamıza 95 OSB’li çocuk ve anneleri ile 95 kontrol grubu alınması planlanmıştır.

Çalışmaya dahil kriterleri;

a) Hasta grubu için;

- KSÜ Tıp Fak. Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvurması
- 6 Şubat 2023 Kahramanmaraş merkezli depremi yaşamış olması
- Çalışmaya katılacak bireyin 0-12 yaş arasında DSM-5-TR Tanı Kriterlerine göre psikiyatrik muayenesi yapılan OSB’li çocuğunun olması
- Annelerin okuryazar olması
- Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formunun anneleri tarafından imzalanmış olması
- Verilen anket formlarını tamamlamış olması

b) Kontrol grubu için;

- KSÜ Tıp Fak. Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvurması
- 6 Şubat 2023 Kahramanmaraş merkezli depremi yaşamış olması
- Çalışmaya katılacak bireyin 0-12 yaş arasında herhangi bir fiziksel (depremle ilişkili olmayan) ve DSM-5-TR’e göre psikiyatrik hastalığı olmayan çocuğunun olması
- Annelerin okuryazar olması
- Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formunun anneleri tarafından imzalanmış olması
- Verilen anket formlarını tamamlamış olması

Çalışmadan Dışlanma Kriterleri;

- 12 yaşından büyük çocuğun annesi olması
- 6 Şubat 2023 depremini yaşamamış olması
- Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formunun anneleri tarafından imzalanmış olmaması
- Anket uygulamasını zorlaştıracak ‘ZY’, ‘Bipolar Afektif Bozukluk’ ve ‘Akut Psikoz’ gibi bir tanının olması
- Annelerin okuryazar olmaması
- Verilen anket formlarını tamamlanmamış olması

3.4. Verilerin Toplanması

Hasta ve kontrol grubunda her olgu için psikiyatrik muayene sırasında verilecek olan ölçekler doldurulmuştur. Çocuklardaki duygusal/davranışsal sorunların belirlenmesi için Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA)-ebeveyn formu, Sosyodemografik Veri Form, annelerin anksiyete, depresyon seviyeleri ve başa çıkma stratejileri değerlendirmek için “Beck Anksiyete Ölçeği” (BAÖ), “Beck Depresyon ölçeği” (BDÖ), “Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği” (COPE), anneler tarafından doldurtulmuştur. OSB semptomlarının şiddetini belirlemek amacıyla CARS uygulanmıştır.

Kontrol grubu, Kahramanmaraş ilinde ikamet eden ve çalışmaya dahil edilme kriterlerine uygun olarak rastgele seçilen sağlıklı çocuklar ve annelerinden oluşmaktadır. Kontrol grubu üyeleri, hasta grubu ile aynı ölçekleri doldurmuşlardır.

3.4.1. Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan bu form, katılımcılar ve aile bireylerinin sosyodemografik verilerini toplamak amacıyla uygulanmıştır. Veri formunda; katılımcının adı-soyadı, cinsiyeti, yaşı, kardeş sayısı-sırası, eğitim durumu, anne-babanın yaşları, yaşadığı yer, meslekleri, eğitim durumları, ailenin aylık gelir düzeyi, anne-baba arasında akrabalık olup olmadığı, psikiyatrik hastalıklarının olup olmadığı, annenin gebeliği esnasında aldığı tedaviler ve yaşadığı psikiyatrik diğer tıbbi sorunlar, kullanmakta olduğu ilaçlar, çocuktaki prematürite öyküsü, doğum şekli, katılımcıdaki ek hastalık öyküsü, aile tipi, depresyon anında çocukla beraber olup olmadığı, gece olan depresyon bulunuş yeri, gündüz olan depresyon bulunuş yeri, şu an yaşadığı yer, depresyon göçük altında kalıp kalmadığı, depresyon yaralanıp yaralanmadığı, depresyon aile üyelerinden veya arkadaşlarından göçük altında kalan veya yaralanan olup olmadığı, depresyon aile üyelerinden vefat eden olup olmadığı, depresyon evinizin ciddi hasar alıp almadığı, depresyon önemli eşyalarını kayıp edip etmediğini, depresyon aşırı panik veya korku hissedip hissetmediğini, depresyon sonrası psikiyatrik şikayetlerde artış olup olmadığını, depresyon sonrası okula devam edip etmediğini, depresyon ne kadar etkilendiğini, depresyon sonrası telefon/tablet/bilgisayarla geçirdiği vakitlerde değişiklik olup olmadığını, depresyon sonrası yaşadığı güçlükleri ve depresyon sonrası süreçte olumlu etkileyen durumları hem kontrol hem hasta grubu ortak olarak değerlendirilmiştir.

Ayrıca hasta grubunda veri formunda; çocuğunuzun OSB tanısını aldığı yaş, özel eğitim almaya başladığı yaş, haftalık özel eğitim saati değerlendirilmiştir.

3.4.2 Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA) (Strength and Difficulties Questionnaire-SDQ)

GGA, çocuk ve gençlerde ruhsal sorunların taranmasında kullanılması için Goodman tarafından geliştirilmiştir [195]. Sosyal davranışlar, davranış sorunları, hiperaktivite/dikkat eksikliği, akran sorunları ve duygusal sorunlar ölçeğin alt boyutlarıdır. Ölçekteki 2,10,15,21,25. sorular hiperaktivite/dikkat eksikliği alt boyutu, 5,7,12,18,22. sorular davranış sorunları alt boyutu, 3,8,13,16,24. sorular duygusal sorunlar alt boyutu, 6,11,14,19,23. sorular akran sorunları alt boyutunu, 1,4,9,17,20. sorular sosyal davranış alt boyutunu oluşturmaktadır. 0-2 arası puanlanan likert tipi bir ölçektir. 7,11,14,21 ve 25. sorular ters puanlanmaktadır. Her alt boyut için belirlenen ölçek kesim puanları şu şekildedir: 6, 3, 4, 3 ve 5. Bu puanlar, her alt boyutun değerlendirilmesini sağlar ve her biri için ayrı ayrı puanlar elde edilebilir. İlk dört boyutun toplamıyla birlikte toplam güçlük puanı hesaplanabilir. Sosyal davranıştaki yüksek puanlar, bireyin sosyal alandaki güçlü yönlerini yansıtırken, diğer dört alandaki yüksek puanlar sorunların şiddetli olduğunu gösterebilir. Bu ölçeğin Türkçeye Taner ve ekibi tarafından uyarlanmış olmasıyla birlikte geçerli ve güvenilir olduğu bulunmuştur. Araştırma sonuçları, ölçeğin etkili bir şekilde kullanılabileceğini göstermektedir. Bu sonuçlar, ölçeğin farklı alanlarda değerlendirilmesine ve bireylerin gereksinimlerine göre uyarlanmasına olanak tanır.[196].

3.4.3 Çocukluk Otizmi Derecelendirme Ölçeği (CARS) (Childhood Autism Rating Scale)

Schopler ve ark. (1980) tarafından geliştirilen bir davranışsal derecelendirme ölçeği, özellikle çocuklarda eğitilebilir zihinsel yetersizlik durumlarının otistik belirtilerle birlikte olmadığı durumları ayırt etmek için tasarlanmıştır. Bu ölçek, otistik spektrum bozukluğu (OSB) belirtilerinin varlığını değerlendirme amacıyla kullanılmaktadır. [197]. Günümüzde birçok ülkede yaygın olarak kullanılan ve otistik spektrum bozukluğunun (OSB) ayırıcı tanısında ve taramasında önemli bir rol oynayan geçerli ve güvenilir bir değerlendirme aracı bulunmaktadır. Bu araç, OSB'nin şiddetini "hafif-orta" ve "ağır" olarak sınıflandırmak için olanak sağlar. Ayrıca DSM-IV kriterleriyle uyumlu

olduğu kanıtlanmıştır ve çocukluk çağı otistik spektrum bozukluğu için bir tanı standardı olarak kabul edilir. Okul öncesi dönemden itibaren tüm yaş gruplarındaki çocuklara uygulanabilir olmasıyla da dikkat çeker. Bu değerlendirme aracı, erken tanı ve uygun müdahalelerin sağlanmasına yardımcı olurken, çocuğun ihtiyaçlarına göre özelleştirilmiş bir yaklaşım geliştirmede önemli bir rol oynar. CARS, otistik spektrum bozukluğunda (OSB) sıkça gözlemlenen 15 farklı davranışın şiddetini değerlendiren bir ölçektir. Her bir madde, 1 ile 4 arasında yarım puanlama kullanılarak derecelendirilir. Çocuğun yaşına uygun olarak normal kabul edilen davranışlar için 1 puan verilirken, en çok sapma gösteren davranışlar için 4 puan verilir. Toplam puan 15 ile 60 arasında değişebilir. CARS puanlaması şu şekildedir: 15-29,5 puan alan çocuklar genellikle OSB belirtileri göstermezken, 30-36,5 puan alan çocuklar klinik olarak "hafif-orta" düzeyde OSB şiddeti sergilerler. 37-60 puan alan çocuklar ise genellikle "ağır" düzeyde OSB şiddeti gösterirler. Bu ölçek, Türkçe'ye Sucuoğlu ve diğerleri (1996) tarafından uyarlanmış [198] ve daha sonra Gassaloğlu, Baykara ve diğerleri (2016) tarafından geçerlilik ve güvenilirlik analizi genişletilmiştir. Son analizler, OSB tanısı için kesim puanını 29,5 olarak belirlemiştir. Bu, Türkiye'deki klinik uygulamalarda ve araştırmalarda OSB tanısının daha doğru bir şekilde yapılmasına yardımcı olur. [63].

3.4.4 Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

Beck ve arkadaşlarının (1988) geliştirdiği, bireylerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığını değerlendirmek amacıyla kullanılan bir kendini değerlendirme ölçeği bulunmaktadır. [199]. Bu ölçek, 21 madde içermekte olup, likert tipinde ve 0 ile 3 arasında puanlanmaktadır. Alınan puanların yüksekliği, bireyin yaşadığı anksiyetenin şiddetini göstermektedir. Ölçekten elde edilen puanlar şu şekilde yorumlanmaktadır: 0–7 puan aralığında minimal düzeyde anksiyete veya normal durum, 8–15 puan aralığında hafif düzeyde anksiyete, 16–25 puan aralığında orta düzeyde anksiyete ve 26–63 puan aralığında ise şiddetli anksiyete olarak kabul edilmektedir. Türkiye'de, ölçeğin geçerlik ve güvenilirliği Ulusoy ve diğerleri (1998) tarafından incelenmiştir. Bu çalışma, ölçeğin Türk toplumunda da kullanılabilecek nitelikte olduğunu ve anksiyete belirtilerinin değerlendirilmesinde güvenilir bir araç olduğunu göstermiştir. Bu nedenle, ölçek, Türkiye'deki klinik uygulamalarda ve araştırmalarda yaygın bir şekilde kullanılmaktadır [200].

3.4.5 Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Erişkinlerde depresyon riskini, şiddet değişimini ve depresif belirtilerin düzeyini ölçmek amacıyla geliştirilmiş bir değerlendirme aracı bulunmaktadır. Bu ölçek, depresif belirtileri değerlendirmek için tasarlanmış olup [201], Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Hisli (1989) tarafından yapılmıştır [202].

Ölçeğin her bir depresyon belirtisi kategorisinde bulunan dört seçenek, 0 ile 3 arasında puanlama yapılmaktadır. Bu puanlama sistemine göre ölçekten alınabilecek en yüksek puan 63'tür. Toplam puanın yüksek olması, depresyon belirti düzeyinin ya da şiddetinin yüksek olduğunu göstermektedir.

BDÖ kullanılarak yapılan benzer araştırmalarda, toplam puanın değerlendirilmesi şu şekilde yapılmaktadır:

- Toplam değer 9 ve daha az ise "depresyon yok" olarak değerlendirilir.
- 10-16 arası puanlar "hafif" düzeyde depresyonu gösterir.
- 17-23 arası puanlar "orta" düzeyde depresyonu ifade eder.
- 24 ve daha fazla puanlar ise "şiddetli depresyon" olarak değerlendirilir.

BDÖ, depresyonun belirlenmesi için önemli bir araçtır. Ölçek, bireylerin depresif belirtilerini değerlendirmek için tasarlanmıştır ve her bir belirti kategorisinde dört seçenek bulunmaktadır. Bu seçenekler, 0 ile 3 arasında puan alır. Toplam puanın en yüksek değeri 63'tür. BDÖ'nün kesim noktası genellikle 17 olarak kabul edilir. Bu değer, depresyonun varlığını belirlemede bir kriter olarak kullanılır ve klinik uygulamalarda önemli bir rol oynar. Ölçeğin toplam puanı 17 veya daha yüksekse, bireyin depresyon belirtileri gösterme olasılığı daha yüksektir. Bu durumda, klinik değerlendirme ve gerekli müdahalelerin planlanması önem kazanır. BDÖ, depresyon riskini, belirtilerinin düzeyini ve şiddetini değerlendirmede etkili bir araçtır. Bu nedenle, klinik uygulamalarda ve araştırmalarda sıkça kullanılmaktadır [203, 204].

3.4.6 Başa Çıkma Tutumları Ölçeği (COPE)

Carver, Scheier ve Weintraub tarafından 1989'da geliştirilen [205], COPE ölçeği Ağargün ve ark. (2005) tarafından geçerlik güvenirlik çalışması yapılarak Türkçeye uyarlanmıştır [206]. Ölçek, 60 sorudan oluşan bir öz bildirim aracıdır. Katılımcılar, altmış farklı durumu dörderli Likert ölçeği üzerinden değerlendirirler. Bu yanıtlar şu

şekildedir: 1=Asla böyle bir şey yapmam; 2=Çok az böyle yaparım; 3=Orta derecede böyle yaparım; 4=Çoğunlukla böyle yaparım. Ölçek, 15 alt ölçekten oluşur ve her biri dört sorudan oluşur. Her alt ölçek, bireyin farklı başa çıkma tutumlarını yansıtır. Alt ölçeklerden alınan puanların yüksekliği, kişinin hangi başa çıkma tutumunu daha fazla kullandığını gösterir. Bu şekilde, ölçek, bireyin stresle başa çıkma stratejilerini anlamak için önemli bir araç sağlar. Alt ölçekler şunlardır: 1. “Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme” (1,29,38,59), 2. “Zihinsel boş verme” (2,16,31,43) 3. “Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma” (3,17,28,46), 4. “Yararlı sosyal destek kullanımı” (4,14,30,45), 5. “Aktif başa çıkma” (5,25,47,58), 6. “İnkar” (6,27,40,57), 7. “Dini olarak başa çıkma” (7,18,48,60), 8. “Şakaya vurma” (8,20,36,50), 9. “Davranışsal olarak boş verme” (9,24,37,51), 10. “Geri durma” (10,22,41,49), 11. “Duygusal sosyal destek kullanımı” (11,23,34,52), 12. “Madde kullanımı” (12,26,35,53), 13. “Kabullenme” (13,21,44,54), 14. “Diğer meşguliyetleri bastırma” 15,33,42,55), 15. “Plan yapma” (19,32,39,56).

Ölçekte belirtilen alt ölçeklerin puanlarının toplamı, farklı başa çıkma stratejilerini yansıtmaktadır:

- 4, 5, 10, 14, ve 15 numaralı alt ölçeklerin puanlarının toplamı, sorun odaklı başa çıkma puanını verir.
- 1, 7, 8, 11, ve 13 numaralı alt ölçeklerin puanlarının toplamı, duygusal odaklı başa çıkma puanını verir.
- 2, 3, 6, 9, ve 12 numaralı alt ölçeklerin puanlarının toplamı ise işlevsel olmayan başa çıkma puanını verir.

Bu şekilde, bireyin stresle başa çıkma stratejileri farklı alt ölçekler aracılığıyla ölçülür. Ayrıca yapılan ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik değeri olan Cronbach alfa değeri 0,79 olarak bulunmuştur. Bu değer, ölçeğin iç tutarlılığının yüksek olduğunu ve ölçülen konseptlerin güvenilir bir şekilde değerlendirildiğini göstermektedir. Bu nedenle, ölçeğin sonuçlarının güvenilir ve geçerli olduğu söylenebilir [206].

3.5 İstatistiksel Yöntemler

Analizlerde kullanılacak tanımlayıcı istatistikler şu şekilde ifade edilecektir: Normal dağılıma sahip değişkenler için ortalama $\pm$ standart sapma (SS) kullanılacaktır. Normal dağılım göstermeyen değişkenler için ise median (minimum-maksimum veya interquartile range/çeyrekler açıklığı) kullanılacaktır. Nominal değişkenler için vaka

sayısı (n) ve yüzde (%) ifade edilecektir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu, Kolmogorov-Smirnov testi kullanılarak incelenecektir. Normal dağılıma uygunluk gösteren değişkenler için grup karşılaştırmaları Independent Samples t-testi ile yapılacaktır. Normal dağılıma uygunluk göstermeyen değişkenler için ise Mann-Whitney U testi kullanılacaktır. Bu analizler, verilerin dağılımını ve gruplar arasındaki farklılıkları değerlendirmek için uygun istatistiksel yöntemlerin kullanılmasını sağlayacaktır. Kategorik değişkenlerin frekans dağılımı ilişkileri Chi Square testi ve Fisher exact testi ile nicelenecektir. Değişkenler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Spearman korelasyon ve pearson korelasyon testleri uygulanacaktır. Değişkenler arasındaki uyum ilişkisi Kanonik korelasyon analizi ile incelenecektir. İstatistik parametreleri Mean±Standard deviation, medyan(q1-q3), oran ve frekanslar ile incelenecektir. İstatistiksel anlamlılık $p<0.05$ olarak kabul edilecektir. Verilerin değerlendirilmesinde IBM SPSS VERSİYON 22 ve R 3.3.2 programından yararlanılacaktır.

Tablo 8. Korelasyon Katsayısına Göre İlişki Durumu (Aksakoğlu G. Sağlıkta Araştırma Teknikleri ve Analiz Yöntemleri. Dokuz Eylül Üniversitesi Yayın Komisyonu Yayını; İzmir, 2001)

Korelasyon Katsayısı	İlişki Durumu
0,00-0,24	Zayıf ilişki
0,25-0,49	Orta ilişki
0,50-0,74	Güçlü ilişki
0,75-1,00	Çok güçlü ilişki

4. BULGULAR

Çalışmaya 95 OSB tanılı hasta ve 95 sağlıklı kontrol olmak üzere toplam 190 çocuk ve anneleri dahil edilmiştir.

Hasta grubunda olanların %68,4'ü erkek ve %31,6'sı kız iken, kontrol grubunda olanların %63,2'si erkek ve %36,8'i kız olup gruplar arasında cinsiyet açısından anlamlı farklılık görülmemiştir ($p=0,445$). Hasta grubunda olanların yaş ortancası 6 (2-12) yıl iken kontrol grubunda olanların yaş ortancası 6 (1-12) yıl olup gruplar arasında yaş açısından anlamlı farklılık görülmemiştir ($p=0,881$). Hasta grubunda olanların %35,8'i özel eğitim sınıfı, %44,2'si kaynaştırma öğrencisi, %18,9'u sadece özel eğitim alıyor ve %1,1'i ise eğitim almıyor. Kontrol grubunda olanların %72,6'sı normal örgün eğitim alıyor iken %27,4'ü eğitim almıyor. Gruplar arasında eğitim durumu açısından anlamlı farklılık görülmüştür ($p<0,001$). Hasta grubunda olanların doğum sırası kontrol grubunda olanların doğum sırasından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p=0,042$). Gruplar arasında çocuğun diğer sosyodemografik özellikleri açısından anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$)(Tablo 9).

Tablo 9. Gruplara göre çocuğun sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması

		Hasta		Kontrol		p*
		Sayı	%	Sayı	%	
Cinsiyet	Erkek	65	68,4	60	63,2	0,445
	Kız	30	31,6	35	36,8	
Yaş, Ortanca (min-maks)		6 (2-12)		6 (1-12)		0,881**
Eğitim durumu	Normal örgün eğitim	0	,0	69	72,6	<0,001
	Özel eğitim sınıfı	34	35,8	0	,0	
	Kaynaştırma öğrencisi	42	44,2	0	,0	
	Sadece özel eğitim alıyor	18	18,9	0	,0	
	Eğitim almıyor	1	1,1	26	27,4	
Sınıf, Ortanca (min-maks)		1 (0-8)		2 (0-8)		0,773**
Kardeş sayısı, Ortanca (min-maks)		2 (1-6)		2 (1-5)		0,219**
Doğum sırası, Ortanca (min-maks)		2 (1-5)		1 (1-5)		0,042**
Yaşanılan yer	Kent	75	78,9	82	86,3	0,180
	Kır	20	21,1	13	13,7	
Anne baba arasında akrabalık	Var	15	15,8	15	15,8	0,999
	Yok	80	84,2	80	84,2	
Aylık gelir	<12.000	33	34,7	31	32,6	0,726

	12.000-25.000	31	32,6	27	28,4	
	25.000-60.000	27	28,4	30	31,6	
	>60.000	4	4,2	7	7,4	
Aile tipi	Çekirdek aile	82	86,3	83	87,4	0,925
	Geniş aile	8	8,4	7	7,4	
	Boşanmış aile	2	2,1	3	3,2	
	Baba kaybı	3	3,2	2	2,1	

*Kikare analizi, ** Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

Hasta grubunda bulunanların annesinin %3,2'si okuryazar, %13,7'si ilkokul mezunu, %22,1'i ortaokul mezunu, %29,5'i lise mezunu ve %31,6'sı üniversite mezunudur. Kontrol grubunda bulunanların annesinin %6,3'ü okuryazar, %10,5'i ilkokul mezunu, %11,6'sı ortaokul mezunu, %20'si lise mezunu ve %51,6'sı üniversite mezunudur. Gruplar arasında anne eğitim durumu açısından anlamlı farklılık görülmüştür ($p=0,029$). Hasta grubunda olan annelerin ev hanımı olma oranı (%76,8) kontrol grubunda bulunanların oranından (%54,7) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p=0,001$). Hasta grubunda bulunan annelerin %76,8'i ev hanımı, %2,1'i işçi, %17,9'u memur, %3,2'si diğer meslekte iken kontrol grubunda bulunan annelerin %54,7'si ev hanımı, %2,1'i işçi, %41,1'i memur, %2,1'i diğer meslekte olup aralarında anlamlı farklılık görülmüştür ($p=0,002$). Hasta grubunda bulunan annelerin psikiyatrik hastalıklarının depresyon öncesinde de var olma oranı (%25) kontrol grubunda bulunanların oranından (%100) anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ($p=0,048$). Gruplar arasında annelerin diğer sosyodemografik özellikler açısından anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$)(Tablo 10).

Tablo 10. Gruplara göre annenin sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması

		Hasta		Kontrol		p*
		Sayı	%	Sayı	%	
Anne eğitim durumu	Okur-yazar	3	3,2	6	6,3	0,029
	İlkokul	13	13,7	10	10,5	
	Orta okul	21	22,1	11	11,6	
	Lise	28	29,5	19	20,0	
	Üniversite	30	31,6	49	51,6	
Anne yaşı, Ortanca (min-maks)		35 (20-47)		34 (21-46)		0,279**
Annenin çalışma durumu	Ev hanımı	73	76,8	52	54,7	0,001
	Çalışıyor	22	23,2	43	45,3	
Anne mesleği	Ev hanımı	73	76,8	52	54,7	0,002
	İşçi	2	2,1	2	2,1	
	Memur	17	17,9	39	41,1	
	Diğer	3	3,2	2	2,1	
Annede psikiyatrik hastalık öyküsü	Yok	91	95,8	90	94,7	0,733
	Var	4	4,2	5	5,3	
Annede psikiyatrik hastalık türü	Anksiyete bozukluğu	2	50,0	4	80,0	0,524
	Depresyon	2	50,0	1	20,0	
Psikiyatrik hastalık depresyondan önce var mıydı?	Var	1	25,0	5	100,0	0,048
	Yok	3	75,0	0	,0	

*Kikare analizi, **Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

Hasta grubunda bulunanların babasının %1,1'i okuryazar, %8,4'ü ilkokul mezunu, %17,9'u ortaokul mezunu, %37,9'u lise mezunu ve %34,7'si üniversite mezunudur. Kontrol grubunda bulunanların babasının %1,1'i okuryazar değil, %3,2'si okuryazar, %7,4'ü ilkokul mezunu, %16,8'i ortaokul mezunu, %15,8'i lise mezunu ve %55,8'i üniversite mezunudur. Gruplar arasında baba eğitim durumu açısından anlamlı farklılık görülmüştür (p=0,004). Hasta grubunda olan babaların yaş ortalaması kontrol grubunda olanların ortalamasından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=0,009). Hasta grubunda bulunan babaların %40'ı işçi, %26,3'ü memur, %1,1'i emekli, %9,5'i esnaf, %14,7'si serbest meslek ve %8,4'ü diğer meslekte iken kontrol grubunda bulunan babaların %31,6'sı işçi, %34,7'si memur, %16,8'i esnaf, %10,5'i serbest meslek, %4,2'si işsiz ve %2,1'i diğer meslekte olup aralarında anlamlı farklılık görülmüştür

(p=0,031). Gruplar arasında babaların diğer sosyodemografik özellikler açısından anlamlı farklılık görülmemiştir (p>0,05)(Tablo 11).

Tablo 11. Gruplara göre babanın sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması

		Hasta		Kontrol		p*
		Sayı	%	Sayı	%	
Baba eğitim durumu	Okur-yazar değil	0	,0	1	1,1	0,004
	Okur-yazar	1	1,1	3	3,2	
	İlkokul	8	8,4	7	7,4	
	Orta okul	17	17,9	16	16,8	
	Lise	36	37,9	15	15,8	
	Üniversite	33	34,7	53	55,8	
Baba yaşı, Ortanca (min-maks)		39 (23-54)		37 (24-50)		0,009**
Babanın çalışma durumu	Çalışıyor	94	98,9	91	95,8	0,368
	Çalışmıyor	1	1,1	4	4,2	
Baba mesleği	İşçi	38	40,0	30	31,6	0,031
	Memur	25	26,3	33	34,7	
	Emekli	1	1,1	0	,0	
	Esnaf	9	9,5	16	16,8	
	Serbest	14	14,7	10	10,5	
	İşsiz	0	,0	4	4,2	
	Diğer	8	8,4	2	2,1	
Babada psikiyatrik hastalık öyküsü	Var	2	2,1	2	2,1	0,999
	Yok	93	97,9	93	97,9	
Babada psikiyatrik hastalık türü	Panik atak	1	50,0	1	50,0	0,368
	Duygudurum bozukluğu	1	50,0	0	,0	
	Depresyon	0	,0	1	50,0	
Psikiyatrik hastalık depremden önce var mıydı?	Var	2	100,0	1	50,0	0,248
	Yok	0	,0	1	50,0	

*Kikare analizi, ** Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

Hasta grubunda olanların doğum şeklinin normal doğum olma oranı (%48,4) kontrol grubunun oranından (%32,6) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=0,027). Hasta grubunda bulunan çocukların %6,3'ü 10 aydan önce, %62,1'i 10-18 ay arasında, %24,2'si 18-24 ay arasında ve %7,4'ü 24 aydan sonra desteksiz yürümeye başlamış iken kontrol grubunda olan çocukların %9,5'i 10 aydan önce, %84,2'si 10-18 ay

arasında, %6,3'ü 18-24 ay arasında desteksiz yürümeye başlamış olup gruplar arasında anlamlı farklılık görülmüştür ($p<0,001$). Hasta grubunda bulunan çocukların %4,2'si 10 aydan önce, %32,6'sı 10-12 ay arasında, %41,1'i 12-18 ay arasında, %8,4'ü 2 yaşından sonra ilk anlamlı kelimeleri söylemiş iken %13,7'si hala ilk kelimeleri söylememiştir. Kontrol grubunda bulunan çocukların %42,1'i 10 aydan önce, %40'ı 10-12 ay arasında, %16,8'i 12-18 ay arasında ve %1,1'i 2 yaşından sonra ilk anlamlı kelimeleri söylemiştir. Gruplar arasında çocuğun ilk anlamlı kelimeleri söyleme yaşı açısından anlamlı farklılık görülmüştür ($p<0,001$). Gruplar arasında çocuğun erken doğum öyküsü açısından anlamlı farklılık görülmemiştir ($p=0,636$)(Tablo 12).

Tablo 12. Gruplara göre çocuğun doğum öyküsü ve nörolojik gelişim özelliklerinin karşılaştırılması

		Hasta		Kontrol		p*
		Sayı	%	Sayı	%	
Çocuğun doğum şekli	Normal doğum	46	48,4	31	32,6	0,027
	Sezeryan	49	51,6	64	67,4	
Çocuğun erken doğum öyküsü	Var	9	9,5	11	11,6	0,636
	Yok	86	90,5	84	88,4	
Çocuğun desteksiz yürümeye başlama yaşı	<10 ay	6	6,3	9	9,5	<0,001
	10-18 ay	59	62,1	80	84,2	
	18-24 ay	23	24,2	6	6,3	
	>24 ay	7	7,4	0	,0	
Çocuğun ilk anlamlı kelimeleri söyleme yaşı	<10 ay	4	4,2	40	42,1	<0,001
	10-12 ay	31	32,6	38	40,0	
	12-18 ay	39	41,1	16	16,8	
	2 yaşından sonra	8	8,4	1	1,1	
	Halen söylemiyor	13	13,7	0	,0	

*Kikare analizi uygulanmıştır.

Hastaların %16,8'ine 1-2 yaşlarında, %32,6'sına 2-3 yaşları arasında, %29,5'ine 3-4 yaşları arasında ve %21,1'ine ise 4 yaş üzerinde OSB tanısı konulmuştur. Hastaların %13,7'si 1-2 yaşlarında, %31,6'sı 2-3 yaşları arasında, %27,4'ü 3-4 yaşları arasında ve %27,4'ü ise 4 yaş üzerinde özel eğitim almıştır. Hastaların %8,4'ünün haftalık özel eğitim saati 2 saat ve daha az iken, %55,8'inin 2-4 saat arasında, %29,5'inin 4-8 saat arası ve %6,3'ünün ise 8 saatten fazladır (Tablo 13).

Tablo 13. Hasta grubunda olanların hastalık özellikleri

		Sayı	%
Çocuğun OSB tanı zamanı	1-2 yaş arası	16	16,8
	2-3 yaş arası	31	32,6
	3-4 yaş arası	28	29,5
	4 yaş üzeri	20	21,1
Özel eğitim alma yaşı	1-2 yaş arası	13	13,7
	2-3 yaş arası	30	31,6
	3-4 yaş arası	26	27,4
	4 yaş üzeri	26	27,4
Haftalık özel eğitim saati	2 saat ve daha az	8	8,4
	2-4 saat arası	53	55,8
	4-8 saat arası	28	29,5
	8 saatten fazla	6	6,3

Hasta grubunda olan çocukların tıbbi hastalığının olma oranı (%8,4) kontrol grubunun oranından (%0) anlamlı şekilde yüksektir ($p=0,007$). Hasta grubunda olup tıbbi hastalığı olanların %25'i Epilepsi, %12,5'i Ses telleri felci, %12,5'i Hidrosefali, %12,5'i CP+Epilepsi, %12,5'i Epilepsi+corpus kallosum, %12,5'i Süt alerjisi ve %12,5'i ise İşitme kaybı şeklindedir. Gruplar arasında ilaç kullanımı açısından anlamlı farklılık görülmemiştir ($p=0,121$). Hasta grubunda olan çocukların deprem önesinde OSB dışında psikiyatrik sorunlar oranı (%20) kontrol grubunun oranından (%0) anlamlı şekilde yüksektir ($p<0,001$). Hasta grubunda olup OSB dışında psikiyatrik sorunlar %52,6 Uyumsuz/yıkıcı/sorunlu davranış %36,8'i DEHB, %5,3'i OKB ve %5,3'i ise Depresyon şeklindedir. Hasta grubunda olan çocukların psikiyatrik ilaç kullanım oranı (%20) kontrol grubunun oranından (%0) anlamlı şekilde yüksektir ($p<0,001$). Hasta grubunda olup psikiyatrik ilaç kullananların %57,9'u Risperidon, %10,5'i Metilfenidat, %10,5'i Aripiprazol, %10,5'i Metilfenidat+Risperidon, %5,3'ü Aripiprazol+Atomoksetin ve %5,3'ü ise Olanzapin kullanmaktadır. Hasta grubunda klinik görüşme sonrası OSB dışı psikiyatrik sorunlar %51,9'i Uyumsuz/yıkıcı/sorunlu davranış, %29,6'i DEHB, %11,1'i Anksiyete Bozukluğu, %3,7'si OKB ve %3,7'si ise Depresyon şeklindedir (Tablo 14).

Tablo 14. Gruplara göre çocuğun ek hastalık ve ilaç kullanımlarının karşılaştırılması

		Hasta		Kontrol		p*
		Sayı	%	Sayı	%	
Çocuğun tıbbi hastalığı	Var	8	8,4	0	,0	0,007
	Yok	87	91,6	95	100,0	
Varsa belirtiniz	Epilepsi	2	25,0	-	-	-
	Ses telleri felci	1	12,5			
	Hidrocefali	1	12,5			
	Cp+Epilepsi	1	12,5			
	Epilepsi+corpus kallosum	1	12,5			
	Süt alerjisi	1	12,5			
	İşitme kaybı	1	12,5			
Çocuğun ilaç kullanımı	Var	4	4,2	0	,0	0,121
	Yok	91	95,8	95	100,0	
Varsa ilacı belirtiniz	Depakin	3	75,0	-	-	-
	Depakin+Rivotril	1	25,0			
Çocuğun OSB dışında psikiyatrik sorun varlığı	Var	19	20,0	0	,0	<0,001
	Yok	76	80,0	95	100,0	
Deprem öncesi OSB dışı psikiyatrik sorunlar	DEHB	7	36,8	-	-	-
	Uyumsuz/yıkıcı/sorunlu davranış	10	52,6			
	OKB	1	5,3			
	Depresyon	1	5,3			
Çocuğun psikiyatrik ilaç kullanımı	Var	19	20,0	0	,0	<0,001
	Yok	76	80,0	95	100,0	
Çocuğun kullandığı psikiyatrik ilaç	Risperidon	11	57,9	-	-	-
	Metilfenidat	2	10,5			
	Aripiprazol	2	10,5			
	Metilfenidat+Risperidon	2	10,5			
	Aripiprazol+Atomoksetin	1	5,3			
	Olanzapin	1	5,3			
Klinik görüşme sonrası OSB dışı psikiyatrik sorunlar	Uyumsuz/yıkıcı/sorunlu davranış	14	51,9	-	-	-
	Anksiyete Bozukluğu	3	11,1			
	DEHB	8	29,6			
	OKB	1	3,7			
	Depresyon	1	3,7			

*Kikare analizi uygulanmıştır.

Hasta grubunda olan çocukların %11,6'sının kontrol grubunda olan çocukların %7,4'ünün deprem dışında unutmadığı olay yok iken aralarında anlamlı farklılık görülmemiştir ($p=0,322$). Gruplar arasında olay türü açısından anlamlı farklılık görülmemiştir ($p=0,514$). Hasta grubunda olan çocukların %85,3'ü kontrol grubunda olan çocukların %89,5'i depremde aşırı panik veya korku hissetmiş olup aralarında anlamlı farklılık görülmemiştir ($p=0,382$)(Tablo 15).

Tablo 15. Gruplara göre çocuğun deprem dışında unutmadığı olay ve depremde korkma durumunun karşılaştırılması

		Hasta		Kontrol		p*
		Sayı	%	Sayı	%	
Deprem dışında çocuğun unutmadığı olay varlığı	Evet	11	11,6	7	7,4	0,322
	Hayır	84	88,4	88	92,6	
Deprem dışında çocuğun unutmadığı olay türü	Taşınma	1	9,1	0	,0	0,514
	Yakın ölümü	8	72,7	7	100,0	
	Babanın madde bağımlılığı	1	9,1	0	,0	
	Sünnet ve sonrası	1	9,1	0	,0	
Depremde çocuğunuz aşırı panik/korku hissetti mi?	Evet	81	85,3	85	89,5	0,382
	Hayır	14	14,7	10	10,5	

*Kikare analizi uygulanmıştır.

Hasta grubunda olanların %95,8'i kontrol grubunda olanların %93,7'si deprem anında çocukla birlikte olup aralarında anlamlı farklılık görülmemiştir ($p=0,516$). Gruplar arasında depremle ilgili diğer özellikler açısından anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$)(Tablo 16).

Tablo 16. Gruplara göre depremle ilgili özelliklerin karşılaştırılması

		Hasta		Kontrol		p*
		Sayı	%	Sayı	%	
Deprem anında çocukla birlikte olma durumu	Evet	91	95,8	89	93,7	0,516
	Hayır	4	4,2	6	6,3	
Gece olan depremde bulunulan yer	Kendi evi	85	89,5	88	92,6	0,069
	Başka bir ev	2	2,1	4	4,2	
	Sokakta	4	4,2	0	,0	
	Taşıtta	4	4,2	1	1,1	
	Diğer	0	,0	2	2,1	
Gündüz olan depremde bulunulan yer	Kendi evi	19	20,0	6	6,3	0,075
	Başka bir ev	18	18,9	18	18,9	
	Sokakta	28	29,5	37	38,9	
	Taşıtta	26	27,4	28	29,5	
	Diğer	4	4,2	6	6,3	
Şu an yaşanılan yer	Aynı ev	66	69,5	65	68,4	0,766
	Farklı ev	22	23,2	25	26,3	
	Konteyner	7	7,4	5	5,3	
Depremde aile veya arkadaşlardan yaralanan oldu mu	Evet	33	34,7	41	43,2	0,234
	Hayır	62	65,3	54	56,8	
Yakınlık derecesi	Anne	0	,0	1	2,4	0,849
	Baba	0	,0	1	2,4	
	Kardeş	1	3,0	2	4,9	
	Arkadaş	14	42,4	18	43,9	
	Akraba	14	42,4	17	41,5	
	Akraba ve arkadaş	4	12,1	2	4,9	
Depremde aileden vefat varlığı	Evet	14	14,7	20	21,1	0,256
	Hayır	81	85,3	75	78,9	
Vefat edenin yakınlığı	Kardeş	2	14,3	2	10,0	0,703
	Akraba	12	85,7	18	90,0	
Depremde eviniz ciddi hasar gördü mü?	Evet	20	21,1	21	22,1	0,860
	Hayır	75	78,9	74	77,9	
Depremde önemli eşya kaybı oldu mu?	Evet	8	8,4	7	7,4	0,788
	Hayır	87	91,6	88	92,6	

*Kikare analizi uygulanmıştır.

Hasta grubunda olanların deprem sonrası iletişim sorunlarında artış yaşama oranı ($p=0,001$), tekrarlayıcı hareketlerinde artış yaşama oranı ($p<0,001$), hareketlilikte artış

yaşama oranı ($p=0,003$), kendine zarar verici davranış yaşama oranı ($p<0,001$), başkasına zarar verici davranış yaşama oranı ($p=0,002$), alıştığı düzeni isteme oranı ($p=0,02$), evinden çıkmak istememe oranı ($p=0,002$) ve yeme sorunları yaşama oranı ($p=0,036$) kontrol grubunun oranlarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (Tablo 17).

Tablo 17. Gruplara göre deprem sonrası yaşanan psikiyatrik sorunların karşılaştırılması

	Hasta		Kontrol		p*
	Sayı	%	Sayı	%	
İletişim sorunlarında artış	29	30,5	11	11,6	0,001
Tekrarlayıcı hareketlerinde artış	32	33,7	1	1,1	<0,001
Huzursuzluk, sinirlilik	57	60,0	44	46,3	0,059
Öfke patlaması, ağlama nöbetleri	34	35,8	22	23,2	0,059
Hareketlilikte artış	33	34,7	15	15,8	0,003
Kendine zarar verici davranış	19	20,0	2	2,1	<0,001
Başkasına zarar verici davranış	16	16,8	3	3,2	0,002
Alıştığı düzeni isteme	54	56,8	38	40,0	0,02
Deprem sırasında evinden çıkmak istememe	22	23,2	7	7,4	0,002
Deprem sırasında eve girmek istememe	23	24,2	32	33,7	0,150
Uyku sorunları	44	46,3	47	49,5	0,663
Yeme sorunları	27	28,4	15	15,8	0,036
Korku, kaygı	54	56,8	61	64,2	0,299
Depremle ilgili konuşmalardan rahatsız olma	25	26,3	31	32,6	0,340
Uyurken yalnız yatmak istememe	22	23,2	27	28,4	0,407
Mutsuzluk, keyifsizlik	32	33,7	27	28,4	0,433
Diğer	2	2,1	2	2,1	0,999

*Kikare analizi uygulanmıştır.

Hasta grubunda olan çocukların %54,7'si deprem sonrası okula düzenli gitti, %22,1'i sık sık devamsızlık yaptı, %22,1'i okula gitmedi ve %1,1'i okula normalde de gitmiyordu. Kontrol grubunda olan çocukların %46,3'ü deprem sonrası okula düzenli gitti, %8,4'ü sık sık devamsızlık yaptı, %20'si okula gitmedi ve %25,3'ü okula normalde de gitmiyordu. Gruplar arasında çocuğun deprem sonrası okula devam durumu açısından anlamlı farklılık görülmüştür ($p<0,001$). Gruplar arasında çocuğun sonrası yaşadıkları diğer değişiklikler açısından anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$)(Tablo 18).

Tablo 18. Gruplara göre çocuğun deprem sonrası yaşadıkları değişikliklerin karşılaştırılması

		Hasta		Kontrol		p*
		Sayı	%	Sayı	%	
Çocuğun deprem sonrası okula devam durumu	Düzenli gitti	52	54,7	44	46,3	<0,001
	Sık sık devamsızlık yaptı	21	22,1	8	8,4	
	Gitmedi	21	22,1	19	20,0	
	Okula normalde de gitmiyordu	1	1,1	24	25,3	
Deprem sonrası psikiyatrik şikayetlerde değişiklik	Arttı	59	62,1	53	55,8	0,722
	Azaldı	4	4,2	5	5,3	
	Değişiklik olmadı	32	33,7	37	38,9	
Çocuğun depremden etkilenme durumu	Hiç	4	4,2	6	6,3	0,512
	Az	29	30,5	27	28,4	
	Orta	46	48,4	39	41,1	
	Çok	16	16,8	23	24,2	
Çocuğun deprem sonrası ekran süresi değişimi değişikliği	Değişmedi	27	28,4	31	32,6	0,073
	Az arttı	33	34,7	33	34,7	
	Çok arttı	24	25,3	29	30,5	
	Azaldı	11	11,6	2	2,1	
Deprem yaşanan olumsuz durumlar	Depremde vefat eden kayıplar sonrası ruhsal sorunlar	1	1,1	0	,0	0,168
	Barınma sorunu	20	21,1	20	21,1	
	Endişeli olma hali	17	17,9	24	25,3	
	Farklı bir şehirde yaşama	18	18,9	9	9,5	
	Barınma ve vefat sonrası ruhsal sorunlar	4	4,2	1	1,1	
	Eğitim sorunları	3	3,2	1	1,1	
	Olumsuz etkilenme yok	32	33,7	40	42,1	
Deprem yaşanan olumlu durumlar	Olumlu etkileyen hiç birşey yok	74	77,9	70	73,7	0,694
	İnsan ilişkileri	8	8,4	6	6,3	
	Afet bilinci oluşması	3	3,2	4	4,2	
	Çocuğun sosyalleşmesi	10	10,5	15	15,8	

*Kikare analizi uygulanmıştır.

Hasta grubunda olanların hiperaktivite/dikkat eksikliği, davranış sorunları, duygusal sorunlar, akran sorunları ve GGA toplam puan kontrol grubundan anlamlı şekilde yüksek; sosyal davranışlar puanı ise anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ($p<0,001$)(Tablo 19).

Tablo 19. Gruplara göre GGA ölçek alt boyutlarının karşılaştırılması

	Hasta	Kontrol	p*
	Ortanca (min-maks)	Ortanca (min-maks)	
Hiperaktivite/Dikkat eksikliği	6 (1-10)	3 (0-8)	<0,001
Davranış Sorunları	3 (0-9)	1 (0-10)	<0,001
Duygusal Sorunlar	3 (0-10)	2 (0-8)	<0,001
Akran Sorunları	5 (0-9)	2 (0-7)	<0,001
Sosyal Davranışlar	4 (0-8)	8 (1-10)	<0,001
Toplam Puan	17 (5-34)	9 (2-28)	<0,001

*Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

Hasta grubunda olanlarda cinsiyetler arasında GGA ölçek alt boyutları açısından anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$)(Tablo 20).

Tablo 20. Hasta grubunda cinsiyete göre GGA ölçek alt boyutlarının karşılaştırılması

	Erkek	Kız	p*
	Ortanca (min-maks)	Ortanca (min-maks)	
Hiperaktivite/Dikkat eksikliği	6 (1-10)	6 (3-10)	0,542
Davranış Sorunları	3 (0-9)	3 (0-7)	0,573
Duygusal Sorunlar	3 (0-10)	3 (0-7)	0,663
Akran Sorunları	5 (0-8)	5 (2-9)	0,489
Sosyal Davranışlar	5 (0-8)	4 (0-7)	0,899
Toplam Puan	17 (5-34)	17 (5-29)	0,952

*Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

Kontrol grubunda olanlarda cinsiyetler arasında GGA ölçek alt boyutları açısından anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$)(Tablo 21).

Tablo 21. Kontrol grubunda cinsiyete göre GGA ölçek alt boyutlarının karşılaştırılması

	Erkek	Kız	p*
	Ortanca (min-maks)	Ortanca (min-maks)	
Hiperaktivite/Dikkat eksikliği	3 (1-8)	3 (0-8)	0,294
Davranış sorunları	1 (0-10)	1 (0-6)	0,923
Duygusal sorunlar	1 (0-8)	2 (0-6)	0,693
Akran sorunları	2 (0-6)	2 (0-7)	0,937
Sosyal sorunlar	8 (1-10)	7 (3-10)	0,079
Toplam puan	9 (2-28)	8 (2-24)	0,849

*Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

Hasta grubunda bulunanların %77,9'unun CARS kategorisi hafif/orta iken %22,1'inin ise ağır olup CARS puan ortancası 32 (30-45) şeklindedir (Tablo 22).

Tablo 1. Hasta grubunda bulunanların CARS kategorisi ve puanı

		Sayı	%
CARS kategorisi	Hafif/orta	74	77,9
	Ağır	21	22,1
CARS, Ortanca (min-maks)		32 (30-45)	

Hasta grubunda olanlarda erkeklerin %23,1'inde kızların ise %20'sinde CARS kategorisi ağır iken aralarında anlamlı farklılık görülmemiştir ($p=0,737$). Cinsiyetler arasında CARS puanı açısından anlamlı farklılık görülmemiştir ($p=0,570$)(Tablo 23).

Tablo 23. Hasta grubunda cinsiyete göre CARS kategorisi ve puanının karşılaştırılması

		Erkek		Kız		P
		Sayı	%	Sayı	%	
CARS kategorisi	Hafif/orta	50	76,9	24	80,0	0,737*
	Ağır	15	23,1	6	20,0	
CARS puanı, Ortanca (min-maks)		32,5 (30-43)		32 (30-45)		0,570**

*Kikare analizi, **Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

Hasta grubunda olanların %21,1'inde minimal, %36,8'inde hafif, %26,3'ünde orta ve %15,8'inde şiddetli anksiyete varken kontrol grubunda olanların %30,5'inde minimal, %37,9'unda hafif, %23,2'sinde orta ve %8,4'ünde şiddetli anksiyete vardır. Gruplar arasında anksiyete kategorisi ($p=0,263$) ve BAÖ puanı ($p=0,196$) açısından anlamlı farklılık görülmemiştir (Tablo 24).

Tablo 24. Gruplara göre anksiyete düzeyinin karşılaştırılması

		Hasta		Kontrol		P
		Sayı	%	Sayı	%	
Anksiyete kategorisi	Minimal	20	21,1	29	30,5	0,263*
	Hafif	35	36,8	36	37,9	
	Orta	25	26,3	22	23,2	
	Şiddetli	15	15,8	8	8,4	
BAÖ puanı, Ortanca (min-maks)		12 (0-40)		12 (0-52)		0,196**

*Kikare analizi, **Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

Hasta grubunda olanlarda erkeklerin %21,5'inin minimal anksiyetesi varken %30,8'inin hafif, %30,8'inin orta ve %16,9'unun şiddetli anksiyetesi vardır. Kızların %20'sinin minimal anksiyetesi varken %50'sinin hafif, %16,7'sinin orta ve %13,3'ünün şiddetli anksiyetesi vardır. Cinsiyetler arasında anksiyete kategorisi açısından anlamlı farklılık görülmemiştir (p=0,284). Cinsiyetler arasında BAÖ puanı açısından anlamlı farklılık görülmemiştir (p=0,866)(Tablo 25).

Tablo 25. Hasta grubunda cinsiyete göre anksiyete düzeyinin karşılaştırılması

		Erkek		Kız		P
		Sayı	%	Sayı	%	
Anksiyete kategorisi	Minimal	14	21,5	6	20,0	0,284*
	Hafif	20	30,8	15	50,0	
	Orta	20	30,8	5	16,7	
	Şiddetli	11	16,9	4	13,3	
BAÖ puanı, Ortanca (min-maks)		14 (0-40)		11 (3-30)		0,255**

*Kikare analizi, ** Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

Kontrol grubunda olanlarda erkeklerin %33,3'ünün minimal anksiyetesi varken %40'ının hafif, %18,3'ünün orta ve %8,3'ünün şiddetli anksiyetesi vardır. Kızların %25,7'sinin minimal anksiyetesi varken %34,3'ünün hafif, %31,4'ünün orta ve %8,6'sının şiddetli anksiyetesi vardır. Cinsiyetler arasında anksiyete kategorisi açısından anlamlı farklılık görülmemiştir (p=0,522). Cinsiyetler arasında BAÖ puanı açısından anlamlı farklılık görülmemiştir (p=0,259)(Tablo 26).

Tablo 26. Kontrol grubunda cinsiyete göre anksiyete düzeyinin karşılaştırılması

		Erkek		Kız		P
		Sayı	%	Sayı	%	
Anksiyete kategorisi	Minimal	20	33,3	9	25,7	0,522*
	Hafif	24	40,0	12	34,3	
	Orta	11	18,3	11	31,4	
	Şiddetli	5	8,3	3	8,6	
BAÖ puanı, Ortanca (min-maks)		12 (0-52)		14 (0-41)		0,259**

*Kikare analizi, ** Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

Hasta grubunda depresyon görülme oranı (%28,4) kontrol grubunda depresyon görülme oranından (%15,8) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=0,036). Hasta grubunda

olanların BDÖ puanı kontrol grubundan anlamlı şekilde yüksektir ($p=0,009$). Gruplar arasında depresyon kategorisi açısından anlamlı farklılık görülmemiştir ($p=0,182$)(Tablo 27).

Tablo 27. Gruplara göre depresyon düzeyinin karşılaştırılması

		Hasta		Kontrol		P
		Sayı	%	Sayı	%	
Depresyon kategorisi	Depresyon yok	35	36,8	40	42,1	0,182*
	Hafif	33	34,7	40	42,1	
	Orta	17	17,9	11	11,6	
	Şiddetli	10	10,5	4	4,2	
Depresyon varlığı	Depresyon var	27	28,4	15	15,8	0,036*
	Depresyon yok	68	71,6	80	84,2	
BDÖ puanı, Ortanca (min-maks)		13 (0-46)		10 (0-39)		0,009**

*Kikare analizi, **Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

Hasta grubunda olanlarda erkeklerin %27,7'sinde kızların ise %30'unda depresyon var iken aralarında anlamlı farklılık görülmemiştir ($p=0,817$). Cinsiyetler arasında depresyon kategorisi ($p=0,551$) ve BDÖ puanı ($p=0,866$) açısından anlamlı farklılık görülmemiştir (Tablo 28).

Tablo 28. Hasta grubunda cinsiyete göre depresyon düzeyinin karşılaştırılması

		Erkek		Kız		P
		Sayı	%	Sayı	%	
Depresyon kategorisi	Depresyon yok	24	36,9	11	36,7	0,551*
	Hafif	23	35,4	10	33,3	
	Orta	13	20,0	4	13,3	
	Şiddetli	5	7,7	5	16,7	
Depresyon varlığı	Depresyon var	18	27,7	9	30,0	0,817*
	Depresyon yok	47	72,3	21	70,0	
BDÖ puanı, Ortanca (min-maks)		14 (2-45)		11,5 (0-46)		0,866**

*Kikare analizi, **Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

Kontrol grubunda olanlarda erkeklerin %13,3'ünde kızların ise %20'sinde depresyon var iken aralarında anlamlı farklılık görülmemiştir ($p=0,390$). Cinsiyetler arasında

depresyon kategorisi ($p=0,207$) ve BDÖ puanı ($p=0,948$) açısından anlamlı farklılık görülmemiştir (Tablo 29).

Tablo 29. Kontrol grubunda cinsiyete göre depresyon düzeyinin karşılaştırılması

		Erkek		Kız		P
		Sayı	%	Sayı	%	
Depresyon kategorisi	Depresyon yok	22	36,7	18	51,4	0,207*
	Hafif	30	50,0	10	28,6	
	Orta	6	10,0	5	14,3	
	Şiddetli	2	3,3	2	5,7	
Depresyon varlığı	Depresyon var	8	13,3	7	20,0	0,390*
	Depresyon yok	52	86,7	28	80,0	
BDÖ puanı, Ortanca (min-maks)		10 (0-39)		9 (1-28)		0,948**

*Kikare analizi, ** Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

Hasta grubunda olanların pozitif yeniden yorumlama ve gelişme ($p<0,001$), aktif başa çıkma ($p=0,007$), duygusal sosyal destek kullanımı ($p=0,001$), diğer meşguliyetleri bastırma ($p<0,001$), plan yapma ($p<0,001$), sorun odaklı başa çıkma ($p=0,001$) ve duygusal odaklı başa çıkma ($p=0,015$) puanı kontrol grubundan anlamlı şekilde düşük; zihinsel boş verme ($p<0,001$), soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma ($p<0,001$), inkar ($p<0,001$), madde kullanımı ($p=0,041$) ve işlevsel olmayan başa çıkma ($p<0,001$) puanı ise anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (Tablo 30).

Tablo 30. Gruplara göre COPE ölçek alt boyutlarının karşılaştırılması

	Hasta	Kontrol	P*
	Ortanca (min-maks)	Ortanca (min-maks)	
Yararlı sosyal destek kullanımı	12 (4-16)	12 (4-16)	0,258
Aktif başa çıkma	10 (5-16)	11 (6-16)	0,007
Geri durma	9 (4-14)	9 (4-16)	0,558
Diğer meşguliyetleri bastırma	8 (6-16)	10 (5-15)	<0,001
Plan yapma	10 (5-16)	11 (5-16)	<0,001
Sorun odaklı başa çıkma	49 (27-73)	52 (27-72)	0,001
Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	10 (6-16)	12 (4-16)	<0,001
Dini olarak başa çıkma	15 (5-16)	15 (8-16)	0,501
Şakaya vurma	6 (4-16)	6 (4-16)	0,806
Duygusal sosyal destek kullanımı	9 (4-16)	10 (5-15)	0,001
Kabullenme	9 (4-16)	9 (4-15)	0,392

Duygusal odaklı başa çıkma	49 (32-74)	52 (32-69)	0,015
Zihinsel boş verme	13 (4-16)	10 (5-16)	<0,001
Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	14 (7-16)	12 (5-16)	<0,001
İnkâr	9 (4-16)	7 (4-16)	<0,001
Davranışsal olarak boş verme	8 (4-14)	7 (4-16)	0,143
Madde kullanımı	5 (4-14)	4 (4-16)	0,041
İşlevsel olmayan başa çıkma	47 (30-70)	41 (29-65)	<0,001

*Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

Hasta grubunda olanlarda cinsiyetler arasında COPE ölçek alt boyutları açısından anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$)(Tablo 31).

Tablo 2. Hasta grubunda cinsiyete göre COPE ölçek alt boyutlarının karşılaştırılması

	Erkek	Kız	p*
	Ortanca (min-maks)	Ortanca (min-maks)	
Yararlı sosyal destek kullanımı	12 (4-16)	12 (7-16)	0,806
Aktif başa çıkma	10 (5-16)	10 (7-15)	0,302
Geri durma	9 (4-14)	9,5 (4-13)	0,840
Diğer meşguliyetleri bastırma	8 (6-16)	9 (6-12)	0,275
Plan yapma	10 (5-16)	10 (7-13)	0,474
Sorun odaklı başa çıkma	49 (27-73)	49,5 (34-64)	0,914
Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	10 (6-16)	10 (6-16)	0,318
Dini olarak başa çıkma	15 (5-16)	15 (10-16)	0,644
Şakaya vurma	7 (4-16)	6 (4-13)	0,258
Duygusal sosyal destek kullanımı	9 (4-16)	9 (6-14)	0,503
Kabullenme	9 (4-16)	9 (4-12)	0,929
Duygusal odaklı başa çıkma	50 (32-74)	49 (35-66)	0,727
Zihinsel boş verme	13 (4-16)	13 (6-16)	0,495
Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	14 (7-16)	13,5 (7-16)	0,912
İnkâr	8 (4-14)	9 (6-16)	0,528
Davranışsal olarak boş verme	8 (4-14)	7 (4-14)	0,584
Madde kullanımı	4 (4-14)	4 (4-11)	0,586
İşlevsel olmayan başa çıkma	46 (30-66)	47,5 (33-70)	0,767

*Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

Kontrol grubunda olanlarda cinsiyetler arasında COPE ölçek alt boyutları açısından anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$)(Tablo 32).

Tablo 32. Kontrol grubunda cinsiyete göre COPE ölçek alt boyutlarının karşılaştırılması

	Erkek	Kız	p*
	Ortanca (min-maks)	Ortanca (min-maks)	
Yararlı sosyal destek kullanımı	12 (4-16)	12 (7-16)	0,848
Aktif başa çıkma	11 (6-16)	11 (6-16)	0,726
Geri durma	9 (4-16)	9 (5-16)	0,573
Diğer meşguliyetleri bastırma	10 (6-14)	10 (5-15)	0,514
Plan yapma	12 (5-16)	11 (8-16)	0,352
Sorun odaklı başa çıkma	53 (27-71)	52 (33-72)	0,781
Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	12 (4-16)	11 (6-16)	0,580
Dini olarak başa çıkma	15 (10-16)	15 (8-16)	0,315
Şakaya vurma	6 (4-16)	7 (4-14)	0,770
Duygusal sosyal destek kullanımı	10 (6-15)	10 (5-15)	0,913
Kabullenme	9 (4-15)	9 (5-15)	0,402
Duygusal odaklı başa çıkma	52 (40-68)	51 (32-69)	0,378
Zihinsel boş verme	11 (6-16)	10 (5-14)	0,085
Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	12 (7-16)	11 (5-16)	0,601
İnkâr	7 (4-13)	7 (5-16)	0,529
Davranışsal olarak boş verme	7 (4-16)	8 (5-12)	0,342
Madde kullanımı	4 (4-16)	4 (4-10)	0,938
İşlevsel olmayan başa çıkma	41 (29-65)	41 (32-53)	0,999

*Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

Hasta grubunda anne yaşı ile aktif başa çıkma, diğer meşguliyetleri bastırma ve sorun odaklı başa çıkma puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir korelasyon görülmüştür. CARS puanı ile BDÖ, hiperaktivite/dikkat eksikliği, davranış sorunları, akran sorunları ve GGA toplam puan arasında pozitif yönde; CARS puanı ile duygusal sosyal destek kullanımı ve sosyal davranışlar puanı arasında ise negatif yönde anlamlı bir korelasyon görülmüştür (Tablo 33).

Tablo 33. Hasta grubunda çocuk yaşı, anne yaşı ve CARS puanının ölçek puanları ile korelasyonu

		Yaş	Anne yaşı	CARS
Anne yaşı	r	,184		
	p	,074		
CARS	r	-,178	-,016	
	p	,085	,881	
Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	r	-,136	,140	-,079
	p	,190	,177	,449
Zihinsel boş verme	r	,105	,166	-,068
	p	,311	,109	,514
Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	r	-,070	,176	-,083
	p	,503	,088	,423
Yararlı sosyal destek kullanımı	r	,000	,194	-,202
	p	,999	,059	,050
Aktif başa çıkma	r	,060	,255	-,109
	p	,566	,013	,291
İnkar	r	,067	,028	-,109
	p	,517	,786	,295
Dini olarak başa çıkma	r	-,119	-,007	-,044
	p	,251	,944	,673
Şakaya vurma	r	,076	,177	-,115
	p	,467	,087	,268
Davranışsal olarak boş verme	r	-,082	,011	,007
	p	,427	,914	,945
Geri durma	r	,199	,062	-,058
	p	,054	,551	,575
Duygusal sosyal destek kullanımı	r	-,012	,105	-,249
	p	,908	,310	,015
Madde kullanımı	r	,031	,010	-,076
	p	,767	,921	,467
Kabullenme	r	-,018	,130	,091
	p	,863	,211	,381
Diğer meşguliyetleri bastırma	r	,195	,270	-,050
	p	,059	,008	,628
Plan yapma	r	-,043	,132	-,099
	p	,677	,203	,339
Sorun odaklı başa çıkma	r	,116	,222	-,153
	p	,263	,031	,139

Duygusal odaklı başa çıkma	r	-,040	,165	-,141
	p	,703	,109	,173
İşlevsel olmayan başa çıkma	r	,043	,088	-,061
	p	,678	,399	,555
BDÖ	r	-,033	-,074	,241
	p	,753	,479	,019
BAÖ	r	,108	-,013	,070
	p	,298	,897	,502
Hiperaktivite/Dikkat eksikliği	r	-,157	,067	,450
	p	,128	,518	,000
Davranış sorunları	r	-,051	,059	,284
	p	,626	,572	,005
Duygusal sorunlar	r	,092	-,009	,133
	p	,373	,931	,198
Akran sorunları	r	-,066	-,082	,342
	p	,527	,427	,001
Sosyal davranışlar	r	,154	,001	-,896
	p	,136	,990	,000
Toplam puan	r	-,088	,029	,403
	p	,397	,781	,000

Spearman korelasyon analizi uygulanmıştır.

Hasta grubunda hiperaktivite/dikkat eksikliği puanı ile BDÖ ve BAÖ puanı arasında pozitif yönde anlamlı ilişki belirlenmiştir. Davranış sorunları puanı ile madde kullanımı, işlevsel olmayan başa çıkma, BDÖ ve BAÖ puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir korelasyon görülmüştür. Duygusal sorunlar puanı ile soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, inkar, şakaya vurma, davranışsal olarak boş verme, kabullenme, diğer meşguliyetleri bastırma, sorun odaklı başa çıkma, işlevsel olmayan başa çıkma ve BAÖ puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir korelasyon görülmüştür. Akran sorunları puanı ile BDÖ puanı arasında pozitif yönde; akran sorunları puanı ile plan yapma puanı arasında ise negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır. GGA toplam puan ile inkar, BDÖ ve BAÖ puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir korelasyon vardır (Tablo 34).

Tablo 34. Hasta grubunda GGA puanının diğer ölçek puanları ile korelasyonu

		Hiperaktivite/Dikkat eksikliği	Davranış sorunları	Duygusal sorunlar	Akran sorunları	Sosyal davranışlar	Toplam puan
Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	r	,002	-,136	-,051	-,034	,050	-,059
	p	,986	,189	,625	,744	,628	,568
Zihinsel boş verme	r	,163	,062	,190	-,152	-,068	,119
	p	,115	,548	,065	,142	,513	,250
Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	r	,149	,117	,224	-,076	-,026	,175
	p	,151	,258	,029	,466	,801	,091
Yararlı sosyal destek kullanımı	r	-,094	-,118	,154	-,035	,113	-,029
	P	,364	,255	,136	,740	,277	,777
Aktif başa çıkma	r	,016	-,089	-,045	-,113	,093	-,061
	p	,879	,391	,666	,276	,371	,554
İnkar	r	,028	,181	,284	,163	,085	,204
	p	,786	,080	,005	,116	,412	,047
Dini olarak başa çıkma	r	-,016	-,133	-,090	,095	-,024	-,031
	p	,879	,198	,383	,361	,821	,769
Şakaya vurma	r	,086	,156	,262	,022	,005	,179
	p	,408	,132	,010	,834	,960	,083
Davranışsal olarak boş verme	r	,004	,187	,238	,151	-,103	,174
	p	,967	,070	,020	,145	,323	,092
Geri durma	r	-,032	,090	,196	,176	,003	,143
	p	,756	,387	,057	,089	,981	,167
Duygusal sosyal destek kullanımı	r	-,020	-,177	,124	-,108	,135	-,031
	p	,848	,087	,230	,297	,192	,764
Madde kullanımı	r	-,133	,219	,052	-,075	,135	-,015
	p	,199	,033	,616	,471	,193	,883
Kabullenme	r	,102	,047	,234	,110	-,120	,169
	p	,327	,649	,022	,289	,245	,102
Diğer meşguliyetleri bastırma	r	-,032	-,179	,204	-,141	,100	-,014
	p	,760	,083	,048	,172	,335	,896
Plan yapma	r	-,064	-,084	-,024	-,239	,120	-,118
	p	,539	,417	,820	,020	,246	,253
Sorun odaklı başa çıkma	r	-,028	-,094	,212	-,065	,107	,033
	p	,785	,363	,039	,531	,301	,748
Duygusal odaklı başa çıkma	r	,062	-,059	,181	,042	,018	,097
	p	,551	,572	,080	,687	,865	,351
İşlevsel olmayan başa çıkma	r	,066	,203	,297	-,009	-,023	,179
	p	,524	,049	,004	,934	,825	,083
BDÖ	R	,240	,277	,158	,349	-,181	,349
	P	,019	,007	,127	,001	,080	,001
BAÖ	R	,215	,206	,391	,095	-,174	,333
	P	,037	,045	,000	,358	,091	,001

Spearman korelasyon analizi uygulanmıştır.

Kontrol grubunda yaş ile anne yaşı, duygusal sorunlar ve sosyal davranışlar arasında pozitif yönde; yaş ile hiperaktivite/dikkat eksikliği, davranış sorunları ve GGA toplam puan arasında ise negatif yönde anlamlı bir korelasyon görülmüştür. Anne yaşı ile BDÖ arasında negatif yönde anlamlı bir korelasyon görülmüştür (Tablo 35).

Tablo 35. Kontrol grubunda çocuk yaşı, anne yaşı ve CARS puanının ölçek puanları ile korelasyonu

		Yaş	Anne yaşı
Anne yaşı	r	,558	
	p	,000	
Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	r	,100	,089
	p	,334	,389
Zihinsel boş verme	r	,005	,057
	p	,961	,581
Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	r	-,127	,045
	p	,219	,664
Yararlı sosyal destek kullanımı	r	-,164	-,099
	p	,111	,341
Aktif başa çıkma	r	-,078	,092
	p	,450	,373
İnkar	r	,009	-,084
	p	,928	,417
Dini olarak başa çıkma	r	,178	,193
	p	,085	,062
Şakaya vurma	r	-,135	-,073
	p	,191	,485
Davranışsal olarak boş verme	r	,149	,070
	p	,150	,500
Geri durma	r	,024	,023
	p	,817	,822
Duygusal sosyal destek kullanımı	r	-,099	-,037
	p	,341	,725
Madde kullanımı	r	,127	-,023
	p	,219	,826
Kabullenme	r	,068	,130
	p	,511	,208
Diğer meşguliyetleri bastırma	r	-,016	,061
	p	,874	,556
Plan yapma	r	-,080	,090

	p	,441	,385
Sorun odaklı başa çıkma	r	-,114	,063
	p	,272	,546
Duygusal odaklı başa çıkma	r	,062	,107
	p	,550	,304
İşlevsel olmayan başa çıkma	r	,002	,057
	p	,988	,582
BDÖ	r	,025	-,228
	p	,810	,027
BAÖ	r	,077	-,163
	p	,461	,114
Hiperaktivite/Dikkat eksikliği	r	-,260	-,099
	p	,011	,342
Davranış sorunları	r	-,217	-,128
	p	,035	,216
Duygusal sorunlar	r	,236	-,006
	p	,021	,956
Akran sorunları	r	-,160	-,117
	p	,122	,258
Sosyal davranışlar	r	,333	,182
	p	,001	,078
Toplam puan	R	-,202	-,136
	P	,050	,189

Spearman korelasyon analizi uygulanmıştır.

Kontrol grubunda hiperaktivite/dikkat eksikliği puanı ile inkar puanı arasında negatif yönde anlamlı ilişki belirlenmiştir. Davranış sorunları puanı ile davranışsal olarak boş verme, BDÖ ve BAÖ puanı arasında pozitif yönde; davranış sorunları puanı ile plan yapma ve duygusal odaklı başa çıkma arasında ise negatif yönde anlamlı bir korelasyon görülmüştür. Duygusal sorunlar puanı ile davranışsal olarak boş verme, BDÖ ve BAÖ arasında pozitif yönde; duygusal sorunlar puanı ile aktif başa çıkma ve sorun odaklı başa çıkma puanı arasında negatif yönde anlamlı bir korelasyon görülmüştür. Akran sorunları ile duygusal sosyal destek kullanımı ve duygusal odaklı başa çıkma arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır. Sosyal davranışlar puanı ile soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, yararlı sosyal destek kullanımı, geri durma, duygusal sosyal destek kullanımı ve sorun odaklı başa çıkma puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir korelasyon vardır. GGA toplam puan ile davranışsal olarak boş verme, BDÖ ve BAÖ

puanı arasında pozitif yönde; GGA toplam puan ile pozitif yeniden yorumlama ve gelişme ve duygusal odaklı başa çıkma arasında ise negatif yönde anlamlı bir korelasyon vardır (Tablo 36).

Tablo 36. Kontrol grubunda GGA puanının diğer ölçek puanları ile korelasyonu

		Hiperaktivite/ Dikkat eksikliği	Davranış sorunları	Duygusal sorunlar	Akran sorunları	Sosyal davranışlar	Toplam puan
Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	r	-,089	-,186	-,194	-,156	,193	-,216
	p	,389	,071	,060	,132	,061	,035
Zihinsel boş verme	r	,130	-,024	,170	,056	,090	,092
	p	,209	,814	,100	,588	,387	,374
Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	r	,102	,146	-,089	-,111	,265	,025
	p	,326	,157	,393	,284	,009	,812
Yararlı sosyal destek kullanımı	r	,080	-,001	-,013	-,071	,259	-,001
	p	,443	,994	,900	,492	,011	,989
Aktif başa çıkma	r	,000	-,068	-,307	-,007	,202	-,078
	p	,998	,516	,002	,948	,050	,452
İnkar	r	-,227	-,129	,099	,013	-,110	-,112
	p	,027	,213	,340	,899	,289	,280
Dini olarak başa çıkma	r	,046	-,185	-,003	-,128	,121	-,096
	p	,658	,072	,975	,215	,244	,353
Şakaya vurma	r	-,115	-,081	-,028	,053	-,005	,007
	p	,265	,435	,789	,612	,963	,950
Davranışsal olarak boş verme	r	,067	,249	,304	,063	-,017	,208
	p	,518	,015	,003	,545	,871	,044
Geri durma	r	,123	,059	-,001	,067	,236	,065
	p	,236	,568	,991	,519	,021	,534
Duygusal sosyal destek kullanımı	r	-,057	-,081	-,076	-,220	,240	-,160
	p	,581	,433	,462	,033	,019	,122
Madde kullanımı	r	-,078	,099	,151	,186	-,026	,068
	p	,452	,341	,144	,072	,804	,514
Kabullenme	r	-,036	-,168	-,102	-,079	,041	-,129
	p	,726	,104	,326	,447	,695	,214
Diğer meşguliyetleri bastırma	r	-,198	-,050	-,116	-,014	,070	-,141
	p	,055	,633	,265	,891	,499	,171
Plan yapma	r	-,076	-,207	-,195	-,200	,086	-,190
	p	,463	,044	,058	,051	,407	,065
Sorun odaklı başa	r	,028	-,042	-,210	-,059	,238	-,068

çıkma	p	,786	,685	,041	,567	,020	,515
Duygusal odaklı başa	r	-,087	-,239	-,118	-,231	,196	-,213
çıkma	p	,400	,020	,255	,024	,057	,038
İşlevsel olmayan başa	r	,040	,109	,198	,039	,067	,094
çıkma	p	,699	,291	,054	,705	,520	,365
BDÖ	r	,102	,210	,238	,090	-,021	,237
	p	,326	,041	,020	,384	,843	,021
BAÖ	r	,028	,248	,469	,163	-,097	,262
	p	,786	,015	,000	,114	,350	,010

Spearman korelasyon analizi uygulanmıştır.

5.TARTIŞMA

Bizim literatur bilgilerimize göre bu çalışma, Türkiye’de 6 Şubat 2023 tarihinde Kahramanmaraş merkezli meydana gelen depremlerde, 0-12 yaş aralığındaki OSB’li çocuklarda deprem sonrası duygusal ve davranışsal sorunların belirlenmesi ve OSB’li çocukların annelerinde anksiyete, depresyon seviyelerinin saptanması ve başa çıkma becerilerinin değerlendirilmesini inceleyen ilk çalışmadır.

Çalışmamızda hasta grubunda olanların yaş ortalaması $6,7\pm3,0$ yıl iken, kontrol grubunda olanların yaş ortalaması $6,6\pm3,0$ yıl olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasında sayı, yaş, cinsiyet ve aile gelir düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Bu durum, grupların homojen dağılıma sahip olduğunu ve karşılaştırılabilir olduğunu göstermektedir. Sayı, yaş, cinsiyet ve aile gelir düzeyi açısından benzer dağılıma sahip olması, grupların arasındaki temel özelliklerin dengeli olduğunu gösterir. Bu durum, istatistiksel analizlerin güvenilirliğini artırır ve gruplar arasındaki karşılaştırmaların daha güçlü bir temele dayandığını gösterir. Hasta grubunda olanların %68,4’ü erkek ve %31,6’sı kız iken, kontrol grubunda olanların %63,2’si erkek ve %36,8’i kız olduğu belirlenmiştir. Hasta grubunda erkek/kız oranı 2,15’tir. Epidemiyolojik çalışmalarda OSB’nin erkeklerde 3-4 kat daha fazla görüldüğü bildirilmiştir. ZY olmayan OSB olgularında kız/erkek oranı 1/6 ila 1/16 arasında değişirken, OSB’ye orta ve ağır ZY eşlik ettiğinde kız/erkek oranı yaklaşık 1/1 veya 1/2 oranında bildirilmiştir [52]. Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak hastaların erkek/kız oranı erkeklerin lehine olacak şekilde yüksek bulunmuştur.

Bizim çalışmamızda anne yaşları arasında gruplar arasında anlamlı fark bulunmamasına rağmen hasta grubunda anne yaşı ortalaması ($35,1\pm5,6$), kontrol grubundan ($34,2\pm5,6$) fazla olması ve hasta grubunda olan babaların yaş ortalaması ($39,4\pm5,6$) kontrol grubunda olanların ortalamasından ($37,1\pm5,7$) anlamlı şekilde yüksek bulunması OSB etiyolojisinde ileri anne baba yaşının OSB için risk faktörü olduğu [207] literatür bilgisi ile uyumlu bulunmuştur.

Çalışmamızda hasta grubunun gelişimsel becerileri kontrol grubuyla kıyaslandığında gelişimsel basamaklarda anlamlı şekilde gecikme olduğu bulunmuştur ($p<0,001$). OSB nörogelişimsel bir bozukluk olduğundan gelişim basamaklarında gecikme tipik gelişen çocuklara göre beklenen bir durumdur. OSB’nin küçük yaş

grubunda en sık başvuru şikayeti konuşmada gecikme şeklindedir [4, 6]. Bu çalışmada literatür bilgileriyle uyumlu olarak ilk anlamlı kelimeleri söyleme yaşı, desteksiz yürümeye başlama yaşı kontrol grubuna göre anlamlı şekilde gecikmiştir.

Çalışmamızda hasta grubuna eşlik eden tıbbi komorbidite %8,4 olarak bulunmuştur. Bunlar arasında en çok eşlik eden tıbbi hastalık %25 ile epilepsi olmuştur. OSB'ye pek çok tıbbi bozukluk eşlik etmektedir. Epilepsi, alerjik ve immünolojik hastalıklar, gastrointestinal problemler sıklıkla eşlik eden tıbbi durumlardır [69]. En sık görülen ve en sık araştırılan otistik spektrum bozukluğu (OSB) ile ilişkilendirilen durumlardan biri epilepsidir. Epilepsi, OSB'li bireylerde genel nüfusa göre 10 ila 30 kat daha fazla görülür. Bu komorbidite, OSB ve epilepsi arasında sıkı bir ilişki olduğunu göstermektedir. Bir gözden geçirme yazısında ZY olan OSB'lilerde epilepsi oranı %20, normal zekaya sahip OSB'lilerde %8 olarak bildirilmiştir [70]. Çalışmamızda ayrıca tıbbi nedenler için ilaç kullanan hastaların oranı %4,2 olup bunların %100'ü antiepileptik tedavi almaktadır.

Çalışmamızda hasta grubunda depresyon öncesinde OSB dışında komorbid psikiyatrik sorunlar oranı %20 (n:19) olarak bulunmuştur. Bu komorbiditelerin %52,6'sının (n:10) irritabilite, agresyon, öfke patlaması, kendine zarar verici davranışlar ve stereotipik hareketler gibi eşlik eden uyumsuz/yıkıcı/sorunlu davranış sorunlar, %36,8'inin (n:7) DEHB, %5,3'ünün (n:1) Depresyon ve %5,3'ünün (n:1) OKB'ye ait olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda yapılan psikiyatrik muayeneye göre eşlik eden komorbid psikiyatrik sorunlar sırasıyla Uyumsuz/yıkıcı/sorumlu davranış (n:14), DEHB (n:8), Anksiyete Bozukluğu (n:3), OKB (n:1) ve Depresyon (n:1) idi. Klinik çalışmalarda OSB tanılı bireylerin %70 ila %96'sında en az bir psikiyatrik komorbid durumun olduğu bildirilmektedir. Epidemiyolojik ve klinik çalışmalarda OSB'ye eşlik eden en sık komorbiditeler DEHB (%28-%83), Anksiyete Bozukluğu (%17-%84), OKB (%17-%56), Depresif Bozukluk (%4-%38), Bipolar Bozukluk (%0,7-%27), TSSB (%17)'dir [5, 68]. Çalışmamızda depresyon öncesi komorbid psikiyatrik sorunların oranı %20 iken, depresyon sonrası çalışma sürecinde yapılan psikiyatrik muayene sonrası bu oranın %28,5 olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda komorbid psikiyatrik sorunların oranının (%28,5) literatürdeki çalışmalara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bu durumun çalışmamızdaki çocukların yaş ortalamasının küçük olması ve OSB şiddeti daha düşük çocukların çoğunlukta olması ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Bununla birlikte çalışmamızda en sık eşlik eden komorbidite Uyumsuz/yıkıcı/sorunlu davranış

olurken diğer komorbiditelerin daha az sayıda eşlik etmesi çalışma grubumuzun yaş ortalamasının düşük olması ile açıklanabileceği düşünülmüştür. Deprem sonrası yaklaşık 11 ve 12. ayında eşlik etmesi beklenen komorbiditelerin az olmasının nedenlerinden biri olabilir. Deprem sonrası akut dönemde psikiyatrik şikayetlerin daha yoğun yaşanması beklenen bir durumdur. Ayrıca bölgede halen artçı depremlerin devam etmesi, enkaz çalışmalarının devam etmesi, deprem sonrası görülen korku, kaygı, depremi hatırlama, uyku sorunları gibi psikiyatrik belirtilerin neredeyse depremzede çocuk ve erişkinlerin tamamına yakınında görülmesinin bu belirtilerin normal olarak karşılanması gerektiği düşüncesi, OSB’li çocukların kendilerini ifade edememeleri nedeniyle ruhsal şikayetlerinin farkına varılamaması ile ilişkili olabilir.

Çalışmamızda ayrıca hasta grubunda %20 oranında (n:19) psikiyatrik ilaç kullanımı olduğu bulunmuştur. En sık kullanılan psikotrop ilacın %57,9 ile risperidon olduğu daha sonra sıklık sırasına göre metilfenidat, aripiprazol, metilfenidat+risperidon, aripiprazol+atomoksetin ve olanzapin olduğu belirlenmiştir. Bu ilaç tedavilerinin literatürle uyumlu olarak OSB’ye eşlik eden komorbid psikiyatrik tanılara ve davranışsal sorunlara yönelik kullanıldığı saptanmıştır [4, 80, 81].

Çalışmamızda annede psikiyatrik hastalık varlığı hasta grubunda %4,2 (n:4) iken kontrol grubunda %5,3 (n:5) bulunmuştur. Her iki grupta da en sık psikiyatrik hastalığın Anksiyete Bozukluğu olduğu bulunmuştur. Bu psikiyatrik hastalıkların deprem öncesi varlığı hasta grubunda 1 kişi iken kontrol grubunda 5 kişidir. Hasta grubundaki kişilerin deprem sonrasında psikiyatrik hastalık başlangıcı dikkat çekicidir. Babada psikiyatrik hastalık varlığı ise hasta grubunda %2,1 (n:2) ve kontrol grubunda %2,1 (n:2) bulunmuştur. Bu psikiyatrik hastalıkların deprem öncesinde varlığı hasta grubunda %100 iken kontrol grubunda %50’dir. Toplumsal cinsiyet rolleri göz önüne alındığında annede psikiyatrik hastalığın daha fazla olması beklenen bir durumdur. Yakın zamanda yapılan 31 çalışmanın meta-analizde 9208 OSB’li çocuğu olan ebeveynlerde, anksiyete bozukluğu (%33,0) ve depresyonun (%31,0) en sık görülen bozukluklar olduğu bulunmuştur [180]. Çalışmada da görülen psikiyatrik hastalıklar literatürle uyumlu olsa da oranların düşük olması anne ve babanın psikiyatrik hastalıklarının kendi doldurdukları anket üzerinden değerlendirilmiş olması ve kültürel özelliklerden kaynaklanabileceği şeklinde yorumlanmıştır. Ayrıca deprem sonrası oluşabilecek psikiyatrik sorunların özel gereksinimli grupta ayrımının daha iyi yapılabilmesi için bu

çalışmaya deprem yaşamamış sağlıklı kontrol grubunun da eklenerek karşılaştırılması bu çalışmayı daha ileri taşıyacaktır.

Bizim çalışmamızda hastalara %16,8'ine 1-2 yaşları arasında, %32,6'sına 2-3 yaşları arasında, %29,5'ine 3-4 yaşları arasında ve %21,1'ine ise 4 yaş üzerinde OSB tanısı konulmuştur. Literatür incelendiğinde OSB tanısı alan çocukların önemli bir kısmında belirtilerin 13-14 aylık iken görülmeye başladığı belirtilmiştir. OSB'li çocukların %70'inde semptomlar yavaş yavaş belirginleşirken, %30'unda ise 18-24. aylar arasında çocukların gelişiminde gerileme ile gözlenmektedir [4, 208]. CDC 2023 raporunda pandemi döneminde 2016 doğumlu olan çocukların 4 yaşında değerlendirme oranlarının belirgin olarak düştüğü ve bunun da erken müdahale olasılığını azalttığı bildirilmiştir [3]. Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak OSB'li çocukların %78,9'u 4 yaşından önce tanı aldığı, en sık 2-3 yaşları arasında tanısının saptandığı belirlenmiştir. OSB'li 45 çocuk, Hafif ZY'li 40 çocuk ve 46 sağlıklı kontrolün alındığı ve örgün eğitime devam eden OSB'li çocukların maruz kaldığı akran zorbalığının araştırıldığı bir çalışmada OSB tanısı alma yaşı en sık 2-3 yaş arası olmuştur. 2 yaşından önce ve 4 yaşından sonra tanı konulma oranları çok düşük bulunmuştur [209]. Hasta grubunda %44,2'si kaynaştırma eğitimi alırken, %35,8'i özel eğitim sınıfı, %18,9'u sadece özel eğitim ve %1,1'i ise eğitim almıyordu. Ülkemizde 3-6 yaşları arasında OSB tanısı alan bireyler eğitsel değerlendirmeden sonra özel eğitim anaokulları ve ana sınıflarında eğitim görmektedir. İlkokul ve ortaokul dönemlerinde ise eğitsel değerlendirme sonrası kaynaştırma eğitimi, okullarda açılan özel eğitim sınıfları ya da özel eğitim uygulama merkezlerine ve mesleki orta öğrenim kurumlarında eğitimleri devam etmektedir [210].

Çalışmamızda hasta grubunda bulunanların %77,9'unun CARS kategorisi hafif/orta iken, %22,1'inin ise ağır olup CARS puan ortancası 32 (30-45) şeklindedir. Cinsiyetler arasında CARS puanı açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Çalışmamızda beklenildiği üzere hasta grubunun %85,3'ünde, kontrol grubunun ise %89,5'inde depremde çocukların aşırı panik/korku hissettiği bulunmuştur. Deprem sonrasında çocukların yaşadığı psikiyatrik sorunların değerlendirmesinde, OSB'li çocuklarda deprem sonrası iletişim sorunlarında artış, tekrarlayıcı hareketlerinde artış, hareketlilikte artış, kendine zarar verici davranışta artış, başkasına zarar verici davranışta artış, alıştığı düzeni isteme, evinden çıkmayı istememe ve yeme sorunları kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Bu psikiyatrik sorunların yanı sıra, iki grup arasında anlamlı farklılık olmasa da sırasıyla huzursuzluk ve

sinirlilik, öfke patlamaları ve ağlama nöbetleri, mutsuzluk ve keyifsizlik oranlarının OSB'li çocuklarda daha yüksek olduğu; sağlıklı çocuklarda ise sırasıyla korku ve kaygı, uyku sorunları, eve girmek istememe, deprem ile ilgili konuşmalardan rahatsız olma, uyurken yalnız yatmayı istememe oranlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Literatürde yapılan çalışmalarda doğal afetlere bağlı olarak uyku sorunları, öğrenme kapasitesinde azalma, konsantrasyon bozukluğu, yalnız kalma korkusu, ayrılık anksiyetesi, öz yeterlilikte azalma, öfke, suçluluk ve umutsuzluk gibi olumsuz psikolojik sonuçlar bildirilmiştir [21, 114]. Yapılan başka bir çalışmada ise küçük çocuklarda afet sonrası tepkiler saldırganlık, bakım verenden ayrılmama, idrarını tutamama ve yaygın korkular şeklinde ortaya çıkabildiği vurgulanmıştır [102]. Literatür incelendiğinde OSB'li çocukların deprem sonrasında yaşadığı psikiyatrik sorunları inceleyen çalışmalar yok denecek kadar azdır. 6 Şubat Kahramanmaraş merkezli deprem sonrası Hatay'da 22 OSB'li çocuğun (9,92±3,52 yaş ortalaması) katıldığı bir çalışmada, çalışmaya katılan bireylere deprem sonrasında formlar verilerek deprem öncesi ve sonrası uykudaki değişiklikler, semptom şiddeti ve çocuklardaki deprem sonrası alışkanlıklar karşılaştırılmıştır. Deprem öncesine göre deprem sonrasında bizim çalışmamıza benzer şekilde hiperaktivite ve tekrarlayıcı hareketlerde artış gözlenmiştir. Dil ve iletişim becerilerindeki sorunlarda değişiklikler, uyuşukluk, kendine zarar verme ve uyku sorunlarında anlamlı fark bulunmamıştır. Bu durumun örneklem sayısının azlığı ile ilgili olarak yorumlanmıştır [211]. Özel gereksinimi olan çocukların incelendiği bir çalışmada, ZY'li bireylerde TSSB ve diğer psikiyatrik bozuklukların farklı şekilde ortaya çıkabileceği ve saldırganlık, öfke patlamaları, kendine zarar verme ve kurallara uymama gibi davranışların bu popülasyonda psikiyatrik hastalıkların belirtileri olabileceği belirtilmiştir [123]. OSB'li çocukların ebeveynleri ile anket çalışmalarına göre diğer bir afet olan COVID-19 salgınının getirdiği stres aynı zamanda davranış problemlerindeki artışla ve hem sıklık hem de yoğunluk açısından temel OSB semptomlarının alevlenmesiyle ilişkilendirilmiştir [27, 28]. OSB'li çocukların hizmet alma biçimlerindeki değişikliklerin yanı sıra evde kalma emirleri nedeniyle değişen aile dinamikleri, bu grupta negatif semptomatoloji riskinin artmasına neden olmuştur. Bu olumsuz semptomatoloji, saldırganlık veya kendine zarar verme eylemleri, "beceri kaybı veya durgunluk" gibi uyumsuz davranışları ve OSB'li çocuk ve aile için olası stres etkenleri olduğu düşünülen tekrarlayan davranışları içerebilir [27, 131]. Çalışmamızda deprem sonrasında çocuğun psikiyatrik şikayetlerinde değişiklik hasta grubunda %62,1

artma, %33,7 değişiklik olmadığı, kontrol grubunda ise %55,8 artma ve %38,9 değişiklik olmadığı şeklinde bulunmuştur. Gruplar arasında çocuğun deprem sonrası yaşadıkları diğer değişiklikler açısından anlamlı farklılık görölmemiştir. Bu sonuçlar hem OSB'li çocuklarda hem de sağlıklı çocuklarda deprem sonrasında psikiyatrik belirtilerin arttığını göstermektedir. Bununla birlikte hassas ve incinebilir bir grup olan OSB'li çocuklarda hem OSB'nin temel belirtilerinde artış olduğu, hem de diğer davranışsal sorunları kontrol grubuna göre daha fazla oranda yaşadıkları belirlenmiştir. Bizim bilgilerimize göre bu çalışma OSB'li grupta deprem sonrası oluşan psikiyatrik sorunların detaylı şekilde incelendiği literatürdeki ilk klinik çalışmadır. Bu nedenle bu çocukların ilerleyen süreçteki psikiyatrik belirtilerinin nasıl seyredeceği konusunda takip çalışmalarına ihtiyaç vardır. Bu çalışma ile bundan sonraki yapılacak çalışmalara deprem sonrası özel gereksinimi olan ve özellikle OSB'li çocukların yaşayacağı psikiyatrik sorunları belirlemeye ışık tutacağını düşünmekteyiz.

Bu çalışma ayrıca deprem anı ve deprem sonrası OSB'li çocuk ve ailelerin yaşadıklarını inceleyen bir çalışma olması ile de önemli bir kaynak olmuştur. Hasta grubunda olanların %95,8'i kontrol grubunda olanların %93,7'si deprem anında çocukla birlikte olup, gece olan depremde hasta grubunun %89,5'u kontrol grubunun ise 92,6'sı kendi evlerinde depreme yakalandıklarını, gündüz olan depreme ise hasta grubunda olanların %29,5'u sokakta %27,4'ü taşıtta, kontrol grubunun ise %37'si sokakta %27'sinin taşıtta yakalandığını bulunmuştur. Şu an yaşanan yerin hasta grubunda %69,5'i aynı evde %23,2'si farklı evde ve %7,4'ü konteynerde olduğu, kontrol grubunda ise %65'i aynı evde %25'i farklı evde ve %5'i konteynerde olduğu öğrenilmiştir. Bu sonuçlar deprem sonrası 11/12. ay sonra çoğunluğunun az hasarlı ya da hasarsız olan kendi evinde yaşamaya devam ettiğini, deprem öncesi rutin yaşantılarına dönmeye çalıştığını göstermektedir. 6 Şubat Kahramanmaraş merkezli deprem sonrası 3-4. aylarda yapılan bir diğer çalışmada; depremin ergen grup (14-20 yaş arası, 325 ergen) üzerine etkisi araştırılmıştır. Çalışmaya katılan ergenlerin %20,3'ünün deprem sonrası çadırda kaldığı, %17,8'inin yazlık evlerde, %16'sının arabada, %16'sının hasarlı evinde, %13,8'inin grup halinde kaldığı belirtilmiştir [112]. Van depremi sonrası yapılan bir çalışmada, çalışmaya alınan hastaların % 66,8'inin ise deprem anında kentsel alanda bulunduğu, % 64,7'sinin kentsel alanda yaşamakta olduğu, maddi kayıp yönünden ise ev ve işyeri kaybının % 17,8 olduğu, deprem sonrasında kalınan yer olarak % 53,3 oranında ev dışı yaşam alanının tercih edildiği,

akraba kaybının % 12,8 oranında olduğu, sağlık kaybı açısından göçük altında kalma ve yaralanmanın % 1,2 olduğu, hastaların % 6,5 oranında deprem öncesinde yaşamlarının belli bir döneminde psikiyatrik tedavi aldıkları ve % 3,8'inin ise depremden sonraki ilk üç ayda psikiyatrik tedaviye başladığı belirtilmiştir [212]. Bizim çalışmamızda, çalışmaya katılanların hiçbirinde depremde yaralanma veya göçük altında kalma olmamıştır. Aile yakınlarında veya arkadaşlarında depremde yaralanma olanlar hasta grubunda %34,7, kontrol grubunda %43,2 bulunmuştur. Yaralanan kişilerin ailelere yakınlık derecesi her iki grupta da en sık akraba ve arkadaşlar olduğu bulunmuştur. Depremde aileden vefat eden varlığı hasta grubunda %14,7, kontrol grubunda %21,1 olup vefat edenlerin yakınlığı her iki grupta da akraba olduğu tespit edilmiştir. 6 Şubat Kahramanmaraş merkezli deprem sonrasında yapılan çalışmada ise ergenlerin %22,5'inin depremde bir yakını kaybettiği öğrenilmiştir [112]. Depremde hasta grubunda olanların %21,1'i evlerinin orta ya da ağır hasar gördüğü, kontrol grubunda ise bu oranın %22,1 olduğu bulunmuştur. Depremde önemli eşya kaybı yaşayanların oranı hasta grubunda %8,4, kontrol grubunda %7,4 bulunmuştur. Çalışmamızdaki bu sonuçlara göre çekirdek aile içinde ölüm ve enkaz altında kalma olmasa da bölgedeki tüm depremzedelerde olduğu gibi çocuklar ve ailelerin farklı düzeylerde ve şiddette travma deneyimlerine sahip olduğu belirlenmiştir.

Çalışmamızda hasta grubunda olan çocukların %54,7'si deprem sonrası okula düzenli gittiği, %22,1'i sık sık devamsızlık yaptığı, %22,1'i okula gitmediği ve %1,1'i okula normalde de gitmediği bulunmuştur. Kontrol grubunda olan çocukların %46,3'ü deprem sonrası okula düzenli gittiği, %8,4'ü sık sık devamsızlık yaptığı, %20'si okula gitmediği ve %25,3'ü okula normalde de gitmediği bulunmuştur. Deprem sonrasında bazı okulların hasar görmesi ve hasar almayan okul binalarının barınma olarak kullanılması nedeniyle Kahramanmaraş'ta okullar tatil edilmiştir. Ailelerin de yaşanan yoğun artçı depremler, çocuklar ve ailelerin birbirinden ayrı kalmak istememesi, şehir değişikliği, çadırkent ya da konteyner kentlerde uygunsuz koşullarda eğitim alınması gibi nedenlerle çocuklarını okula gönderememeleri nedeniyle bu süreçte çocukların sık sık devamsızlık yapmalarına ve okula gitmemelerine sebep olduğu düşünülmüştür. Ülkelerde afet ve diğer olağanüstü durumlarda eğitimin devamlılığına verilen önem büyük bir öneme sahiptir. Çünkü eğitim, toplumun temel değerlerini paylaşır ve topluma önemli mesajlar ileterek uzlaşmayı sağlayıcı bir rol oynar. Eğitim, sadece bireylerin akademik başarısı için değil, aynı zamanda toplumun sosyal uyumunu ve

bütünlüğünü teşvik eder. [213]. Bu zorlu zamanlarda öğrencinin okula devamlılığını, sadece akademik kazanımlarla sınırlı bir mesele olarak değil, aynı zamanda öğrencilerin diğer tüm zihinsel ve psikolojik ihtiyaçlarını karşılayabilme imkanı olarak görmek önemlidir. Okul, öğrencilere sadece derslerde başarı elde etme fırsatı sunmakla kalmaz, aynı zamanda sosyal etkileşimler, duygusal destek, güvenli bir ortam ve kişisel gelişim için bir platform sağlar.

Çalışmamızda ayrıca deprem sonrası ailelerin yaşadığı olumlu ve olumsuz durumlar araştırılmıştır. Hasta grubunda en sık ifade edilen olumsuz durumlar sırasıyla %21,1 barınma sorunu, %18,9 farklı bir şehirde yaşama ve %17,9 endişeli olma hali, kontrol grubunda ise %25,3 endişeli olma hali, %21,1 barınma sorunu ve %9,5 farklı bir şehirde yaşama olarak ifade edilmiştir. Gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Deprem sonrası yaşanan olumlu durumların değerlendirilmesinde, hasta grubunda %77,9'u kontrol grubunda ise %73,7'si olumlu etkileyen bir durumun olmadığını ifade etmişlerdir. Olumlu durumlar olarak en sık insan ilişkileri, çocuklarının sosyalleşmesi ve afet bilinci oluşması şeklinde belirtilmiştir. Olumlu durumların oluşmasında deprem sonrasında tüm Türkiye’de yardımlaşma kampanyaları ve desteklerin önemli katkılar sağladığı düşünülmüştür. Depremzedeler için olumsuz hava şartlarına maruz kalma, barınma problemi, işsizlik, ailelerin parçalanması, yeteri kadar yardım malzemelerinin depremzedelere ulaştırılmaması ve psikolojik tedavi alma şartlarının elverişli olmaması gibi risk faktörleri oluşmaktadır. Diğer yandan ölüm riskinin var olmasından dolayı, psikolojik olarak yüksek yıpranma yaşanabilmektedir. 2011 yılındaki Van ve Erciş depremlerinde bu hususları içeren birçok sorunun yaşandığı bildirilmiştir [214, 215]. Çalışmamızda her iki grupta olumlu etkileyen bir şeyin olmaması oranının yaklaşık %80'lere ulaşması yaşanan afetin yıkıcı etkilerini daha iyi anlamamızı sağlamaktadır. Bundan sonra yapılacak çalışmalara öncülük edeceğini düşündüğümüz bu çalışma ile OSB’li ailelerin doğal afetler sonrası yaşayacağı zorlukları anlama ve çocuk ve aile için uygun bir afet planı oluşturulmasına katkı sağlaması beklenmektedir.

Çalışmamızda gruplara göre çocukların duygusal/davranışsal sorunlarını değerlendirmek için kullanılan GGA ölçek alt boyutlarının karşılaştırılmasında; hasta grubunda olanların GGA’nın hiperaktivite/dikkat eksikliği, davranış sorunları, duygusal sorunlar, akran sorunları ve toplam puanı kontrol grubundan anlamlı şekilde yüksek; sosyal davranışlar puanı ise anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. Bu sonuçlar deprem sonrasında OSB’li çocuklarda sağlıklı çocuklara göre daha fazla davranışsal ve

duygusal sorunlar olduğunu göstermektedir. Daha önceki çalışmalarda depremin çocuk ve ergenlerin ruh sağlığı üzerinde olumsuz etkilerinin olduğu ve deprem sonrasında ASR, TSSB, depresyon, anksiyete bozukluğu, komplike yas, madde bağımlılığı ve disosiyatif bozukluklar gibi ruhsal bozuklukların görüldüğü bildirilmiştir. [17, 19-22]. Bunun yanı sıra bir çalışmada ise sağlıklı çocuklarda deprem sonrasında duygusal/davranışsal sorunlarda değişiklik olmadığı bildirilmiştir. Bu çalışmada 2010 yılında Yeni Zellanda’da meydana gelen deprem sonrası, 4 yaşındaki tipik gelişim gösteren çocukların duygusal ve davranışsal değişiklikleri ebeveyn ve öğretmen GGA ölçeği ile değerlendirilmiştir. Ebeveynlerin ortalama toplam GGA puanları deprem öncesi, deprem anı ve deprem sonrası dönemler arasında değişmemiştir. Öğretmenlerin ortalama GGA toplam puanları, deprem anı ve deprem sonrası dönemler arasında karşılaştırıldığında deprem sonrası önemli ölçüde azalmıştır. Başlangıç ve deprem sonrası dönemler karşılaştırıldığında, hem öğretmenlerden hem de ebeveynlerden alınan ortalama GGA sosyal davranışlar alt ölçek puanları artmıştır. Sonuçlar depremlerin yıkıcı etkilerine rağmen GGA toplam güçlük puanlarında önemli ölçüde farklılık olmadığını ifade etmiştir [22].

Literatürde deprem sonrasında OSB’li çocukları değerlendiren sadece iki çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmalarda sırasıyla deprem sonrası OSB’li çocukların uyum davranışları ve uyku sorunları ile davranışsal sorunları değerlendirilmiştir. İtalya 2009 depreminden sonra yayınlanan 1 yıllık takip çalışmasında depreme maruz kalmış OSB’li çocukların uyum davranışlarını, depreme maruz kalmamış OSB’li çocuklar ile karşılaştırılmış; başlangıçta, depremden 6 ay ve 1 yıl sonra Vineland Uyarlanabilir Davranış Ölçekleri puanlanmıştır. Depreme maruz kalanların özellikle depremden sonraki ilk aylarda uyum sağlama davranışlarında ciddi bir düşüş olduğu görülmüştür. Bununla birlikte afet sonrası, acil yoğun müdahale ile uyumsal işlevlerde kısmi iyileşme görülmüştür [128]. Yakın zamanda yapılan bir çalışmaya göre OSB’li çocukların deprem sonrası semptom şiddeti, uykudaki değişiklikler ve deprem sonrası alışkanlıkları araştırılmıştır. Deprem sonrası akut dönemde (3. ayında) yapılan bu çalışmada OSB’li çocuklardaki davranış sorunlarını belirlemeye yönelik Aberrant Behavior Checklist (AbBC) ölçeği kullanılmıştır. AbBC-hiperaktivite, AbBC-letarji, AbBC-basmakalıp davranışlar ve AbBC-diğer davranışlar alt ölçek puanlarında istatistiksel olarak anlamlı artış saptanmıştır. Bu bulgular deprem sonrası OSB’li çocukların kliniklerinin kötüleştiğini göstermektedir. [211]. Bizim çalışmamızda da bu çalışma ile uyumlu

olarak GGA hiperkativite/dikkat eksikliği alt ölçeğinde anlamlı bir artış bulunmuştur. Bir çalışmada OSB'li çocuklarda GGA'nın sosyal davranış alt ölçek puanı hariç diğer alt ölçek ve toplam güçlük puanı sağlıklı çocuklara göre daha yüksek bulunmuştur [216]. Bizim çalışmamızda her iki grubun da deprem öncesinin değerlendirilmemiş olması bir kısıtlılık oluştursa da deprem sonrası duygusal/davranışsal sorunları belirlemek amacıyla özellikle son 1 aylarını düşünerek anket formları doldurtulmuştur. Bizim literatür taramamıza göre deprem sonrasında OSB'li çocukların duygusal/davranışsal sorunlarını değerlendiren bir çalışma olmaması nedeniyle literatür bilgilerine göre bir karşılaştırma yapılamamıştır. Ancak bu sonuçlar, OSB'li çocukların sosyal iletişimindeki yetersizlikleri sonucunda kendilerini ifade edememeleri ve rutinlerine aşırı bağlı olmaları ve rutinlerindeki değişikliklerden rahatsızlık duymaları nedeniyle deprem sonrası her çocuğun yaşamış olduğu rutinlerindeki değişikliğe ve yeni ortama uyum sağlamada sağlıklı çocuklara göre daha fazla güçlük yaşadığını düşündürmüştür.

Çalışmamızda hem OSB'li çocuklarda hem de sağlıklı çocuklarda cinsiyetler arasında GGA ölçek alt boyutları açısından benzer bulunmuştur. Diğer bir kitlesel travma olan COVID-19 pandemisi sürecinde sağlık çalışanlarının çocuklarında salgının ruh sağlığı ve uyku sorunları üzerine etkilerini araştırmak ve ebeveynlerdeki sağlık anksiyesiyle ilişkisini belirlemek için 8-15 yaş arası çocuğu olan 1043 sağlık çalışanı ile yapılan bir çalışmada çocukların cinsiyetine göre GGA alt ölçek puanları ve toplam güçlük puanları değerlendirilmiş, erkek çocuklarının GGA'nın hiperaktivite/dikkat eksikliği alt ölçek puanları ve toplam güçlük puanları, kızlardan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Diğer alt ölçek puanlarında ise cinsiyet açısından anlamlı fark saptanmamıştır [217]. Bizim çalışmamızda ise her iki grupta da cinsiyetin duygusal davranışsal sorunlar açısından farklılık oluşturmadığı belirlenmiştir.

OSB'li çocukların ebeveynleri, tipik gelişim gösteren çocukların ebeveynlerine göre daha yüksek düzeyde stres, tükenmişlik ve yorgunluk belirtileri yaşayabilir ve bu ebeveynlerde daha fazla anksiyete, depresyon ve diğer psikopatolojiler görülebilir [31]. OSB'li bireylerin ebeveynlerinde bu psikopatolojileri değerlendirmek için birçok çalışma yapılmasına rağmen doğal afetler sonrası özel gereksinimli çocuğu olan ebeveynlerin değerlendirildiği literatürde çok az sayıda çalışma bulunmaktadır.

Çalışmamızda çocukların annelerinin anksiyete seviyelerini değerlendiren BAÖ gruplara göre karşılaştırıldığında; hasta grubunda olanların %21,1'inde minimal,

%36,8'inde hafif, %26,3'ünde orta ve %15,8'inde şiddetli anksiyete varken kontrol grubunda olanların %30,5'inde minimal, %37,9'unda hafif, %23,2'sinde orta ve %8,4'ünde şiddetli anksiyete vardır. Gruplar arasında anksiyete kategorisi ve BAÖ puanı açısından anlamlı farklılık görülmemiştir. Çalışmamızda aynı zamanda hem hasta hem de kontrol grubunda çocuğun cinsiyetine göre annelerin BAÖ düzeyleri anlamlı farklılık saptanmamıştır. Doğal afetler, insan ölümü ve yaralanmasının yanı sıra hayatta kalanların ruhsal bozuklukları üzerinde de ciddi etkiler oluşturmaktadır. Çoğu insan bu şiddette bir olayın etkisine karşı dirençli olsa da etkilenenlerin yaklaşık %30'unda mental sağlık bozuklukları gelişmektedir [132]. Doğal afetler, özellikle de depremler, sonrasında erişkin bireylerin depresyon, anksiyete, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), anormal stres tepki (ASR), bedensel belirtiler, uyku sorunları, cinsel işlev bozuklukları ve dissosiyatif bozukluklar gibi bir dizi psikolojik ve fizyolojik etkiye maruz kalabilecekleri birçok çalışmada vurgulanmıştır. [29, 30]. Örneğin Pakistan'da depremi yaşayan ve kurtarma çalışmalarına katılan kişilerle yapılan bir çalışmada, anksiyete oranının yaklaşık %20 olduğu belirlenmiştir.[148]. Elazığ'da meydana gelen deprem sonrasında psikiyatri ekibi ile görüşme talep eden veya yakınları tarafından psikiyatrik yakınmaları nedeniyle getirilen 101 katılımcı ile yapılan bir çalışmada bireylerin anksiyete düzeyleri ve etkileyen faktörlere bakılmış olup TSSB ve anksiyete skorları yüksek bulunmuştur [150]. Bizim çalışmamızda hem hasta hem kontrol grubundaki çocukların annelerinin anksiyete düzeyleri benzer ve yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlar annelerin tümünün deprem yaşamış olmaları ve depremin yıkıcı etkisi göz önüne alındığında gruplar arası fark olmamasını açıklayabilir. Hasta grubunda Anksiyete Bozukluğu tanısı ile 2 kişi, kontrol grubunda ise 4 kişi tedavi almaktadır. Hasta grubunda bu tanı ile tedavi alan annelerin 3'ü bu tanıyı deprem sonrasında aldığı belirlenmiştir. Yapılan bir çalışmada, COVID-19 salgını sırasında otistik spektrum bozukluğu (OSB) olan çocukların annelerinin, sağlıklı çocukların annelerine göre daha yüksek bir sağlık anksiyetesi yaşadığı bulunmuştur. Salgın sürecinde, OSB tanılı çocukların annelerinin psikolojik iyi olma düzeylerinin de sağlıklı çocukların annelerine göre daha düşük olduğu sonucuyla desteklenmiştir. OSB tanısına sahip çocukların annelerinin sağlık kaygısı düzeyinin yüksek çıkmasının nedenlerinden biri, kendilerine bir şey olursa çocuklarına kimin bakacağı sorusuyla ilişkilendirilmiştir. Bu durum, annelerin endişe düzeylerini arttıran önemli bir faktör olarak vurgulanmıştır. Bu bulgular, OSB tanısı olan çocukların ailelerinin salgın sürecindeki özel ihtiyaçlarını ve destek gereksinimlerini anlamak için önemlidir [32]. OSB'li çocukların annelerinin

deprem gibi doğal afetlerde de OSB'nin temel semptomları da göz önüne alınırsa daha fazla stres altında olması beklenen bir durumdur. 2011 Büyük Doğu Japonya Depremi'nden sonra, nörogelişimsel bozukluğu olan çocukların ebeveynlerinin ne yapacakları konusunda bilgi edinme ve barınacak yer eksikliği yaşadığı ve çocukların ise anlayış ve destek eksikliğiyle karşı karşıya kaldığı belirtilmiştir [193]. Çalışmamızda her iki grupta da BAÖ ölçeğinde anksiyete puanları yüksek olmasına rağmen psikiyatri kliniğine başvurma oranının düşük olduğu belirlenmiştir. Bu durumun deprem sonrası yaşanan anksiyete belirtilerinin birçok kişide olması normal olarak karşılanması, depremin üzerinden geçen süre, kendi doldurdıkları anket üzerinden sonuçlara ulaşmamız, kültürel özellikler, artçıların hala devam etmesi ve deprem sonrası barınma, eğitim, sağlık gibi sorunların bölgede halen devam etmesi gibi durumların etkili olabileceği düşünülmüştür. İleriki çalışmalara yol gösterici olmasını umduğumuz bu çalışma ile sonradan yapılan çalışmalarda anksiyete nedenlerinin anlaşılması ve özel gereksinimi olan çocuklara ve ailelere yönelik sağlık politikalarının belirlenmesi amaçlanmalıdır.

Çalışmamızda gruplar arası annede BDÖ düzeylerinin karşılaştırılmasında; hasta grubunda BDÖ kesme puanına göre depresyon görülme oranı (%28,4) kontrol grubunda depresyon görülme oranından (%15,8) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Hasta grubunda olanların BDÖ puanı kontrol grubundan anlamlı şekilde yüksektir. Çalışmamızda hem hasta grubunda hem de kontrol grubundaki çocukların cinsiyetlerine göre anneler arasında BDÖ puanı açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. Literatür incelediğinde deprem sonrasında erişkin bireylerde yapılan çalışmalarda depresif belirti düzeyinin ve depresyon tanısının yüksek olduğu bildirilmektedir. Pakistan'da depremi yaşayan ve kurtarma çalışmalarına katılan kişilerle yapılan çalışmada depresyon yaklaşık % 20 oranında saptanmıştır [148]. 2008 Wenchuan (Çin) Depreminden sonra yapılan bir araştırma depresyon yaygınlık oranını %44,8 olarak belirlemiştir [153]. Nepal'deki 2015 Depremlerine yönelik yürütülen çalışmaların sonuçlarına göre depresyon yaygınlığı %23 ila %42 arasında olduğu tahmin edilmiştir [154, 155]. Bizim çalışmamızda da tüm annelerin depresyon oranları literatürle doğru orantılı olacak şekilde yüksek bulunmuştur. Ancak OSB gibi özel gereksinimi olan çocuklar yetişkinlerin bakımına daha bağımlı olan çocukların annelerinin depresyon gibi ruhsal bozukluk oranının yüksek olduğu daha önceki çalışmalarla da desteklendiği üzere beklenen bir durumdur. Hasta grubunda BDÖ puanlarının daha yüksek çıkması OSB'li çocuğa sahip

olan annelerde psikolojik esnekliğin azalacağını ve daha kolay psikopatoloji geliştirebileceğini gösteren çalışmalarla uyumludur [31, 175, 176]. Yakın zamanda yapılan 31 çalışmanın meta-analizinde 9208 OSB'li çocuğu olan ebeveynin, anksiyete (%33,0) ve depresyonun (%31,0) bu ebeveynler arasında en sık görülen bozukluklar olduğu bulunmuştur [180]. Ayrıca deprem sonrası OSB'li çocukların annelerine yönelik psikopatoloji çalışmaları literatürde yok denecek kadar azdır. Çalışmamız bu özelliğiyle de literatür için önemli bir kaynak olması planlanmıştır. COVID-19 sürecinde, OSB'li çocuğu olan ebeveynlerin, sağlıklı çocuğu olan ebeveynlere göre daha fazla depresyona yakalanma riski olduğu gözlemlenmiştir. Çocuklardan yeni normale hızlı bir şekilde uyum sağlamaları beklenirken, birçok ebeveyn eski ve yeni kurallar arasında gidip gelmek durumunda kalmıştır. Özellikle OSB tanısı alan çocuklarda bu zorlu davranış şekilleri daha belirgin hale gelmiştir. Sürecin belirsizliği, OSB'li çocukların eğitim ve fiziksel tedavilerinin aksaması, rutin değişikliklerinden kaynaklanan zorluklar ve buna bağlı olarak ortaya çıkan davranış sorunları gibi faktörlere ek olarak ekonomik kaygılar da ebeveynlerin depresyona yakalanma riskini artırmaktadır. Bu durum, OSB'li çocuğu olan ailelerin bu dönemdeki özel ihtiyaçlarını ve zorluklarını anlamak için önemlidir ve uygun destek mekanizmalarının sağlanmasını gerektirir. [33]. 2016 Kumamoto Depremi'nden sonra nörogelişimsel bozukluğu olan çocukların anneleri çocuklarına destek olurken rahatsızlık ve yorgunluk yaşadıklarını bildirmişlerdir [193].

Çalışmamızda gruplara göre annelerin baş etme becerilerini değerlendirmek için kullanılan COPE ölçek alt boyutlarının karşılaştırılmasında; hasta grubunun annelerinde toplam sorun odaklı başa çıkma puanı ile aktif başa çıkma, plan yapma, diğer meşguliyetleri bastırma alt ölçek puanı; toplam duygusal odaklı başa çıkma puanı ile pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, duygusal sosyal destek kullanımı alt ölçek puanları kontrol grubundan anlamlı şekilde düşük; toplam işlevsel olmayan başa çıkma puanı ile zihinsel boş verme, soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, inkar, madde kullanımı alt ölçek puanları anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Başa çıkma kavramı, bireyin iç ve dış dünyada yaşadığı zorlukları ortadan kaldırmak, strese neden olan olay ve etkilere karşı koymak, stresi kontrol etmek ve azaltmak için gösterdiği bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkilerin tümü olarak tanımlanabilir. Bireyin bu durumlarda kullandığı başa çıkma tutumları bireye özgü nitelikler olup yaş, cinsiyet, kültür, hastalık gibi birçok faktöre bağlı olarak değişebilmektedir [206, 218]. COPE ile sorun odaklı başa çıkma, duygusal olarak başa çıkma ve işlevsel olmayan başa çıkma

değerlendirilmektedir. Sorun odaklı başa çıkma stratejileri doğrudan sorunları çözer veya engeller; duygusal odaklı başa çıkma ise sorunlardan kaynaklanan olumsuz duygularla baş etmek için kullanılır. Sorun odaklı, duygusal odaklı veya her iki yöntemin bir arada kullanılmasının sorunların çözümünde faydalı olduğu belirtilmektedir [219, 220]. Vernhet ve ark.'nın sistematik inceleme çalışmasına göre normal gelişim gösteren çocukların ebeveynlerinden farklı olarak, OSB'li çocukların ebeveynleri daha az sosyal destek kullandığı ve taleplerle başa çıkmak için kaçınma stratejilerini kullanma olasılıklarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir [221]. Kronik hastalığı olan bir çocuğa sahip annelerin başa çıkma becerileri değerlendiren çalışmalarda kronik hastalığı olan bir çocuğa sahip olan annelerin sorun odaklı ve duygusal odaklı başa çıkmayı daha az kullandıkları, işlevsel olmayan başa çıkma yöntemlerini daha fazla kullandıkları bildirilmiştir. Yakın zamanlı yapılan bir çalışmada 1-72 ay arası miyelomeningoselli (MMC) çocuğu olan 40 anne, sağlıklı çocuğu olan 40 anne ile karşılaştırılmıştır. Annenin psikolojik sıkıntıları ve başa çıkma stratejilerinin değerlendirildiği bu çalışmada MMC'li çocukların annelerinin sorun odaklı stratejilerden aktif başa çıkma ve planlamayı kontrol grubuna göre daha az kullandıkları saptanmıştır [222]. Yapılan başka bir çalışmada 2-24 yaş arası olan 50 OSB'li, 50 Down sendromlu ve 50 tipik gelişen çocuk annesi toplam 150 kişi ile annelerin depresyon, anksiyete, stres ve baş etme tutumları arasındaki tutumlar incelenmiştir. Buna göre tipik gelişim gösteren çocukların anneleri ile Down sendromlu çocukların ve OSB'li çocukların anneleri arasında bazı farklılıklar olduğu gözlemlenmiştir. Pozitif yeniden yorumlama, gelişme, soruna odaklanma, duyguları açığa vurma, yararlı sosyal destek kullanımı, aktif başa çıkma, geri durma, diğer meşguliyetleri bastırma, duygusal sosyal destek kullanımı ve plan yapma puan ortalamaları, Down sendromlu çocukların ve OSB'li çocukların annelerinden daha yüksektir. Ancak inkar, dini olarak başa çıkma ve davranışsal olarak boş verme puan ortalamaları, tipik gelişim gösteren çocukların annelerinde daha düşüktür. Öte yandan, OSB'li ve Down sendromlu çocukların anneleri arasında bu alt değişkenler için anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Ancak kabullenme ve duygusal sosyal destek kullanımı puan ortalamaları, Down sendromlu çocukların annelerinin OSB'li çocukların annelerinden daha yüksektir, zihinsel boş verme puan ortalamaları ise daha düşüktür. Bu bulgular, farklı çocuk gruplarının anneleri arasında duygusal ve sosyal başa çıkma stratejilerinde farklılıklar olduğunu ortaya koymaktadır. Tipik gelişen çocukların annelerinin ise puan ortalaması Down sendromlu çocukların annelerinden yüksek bulunmuştur [223]. İşlevsel olmayan başa

çıkma stratejilerinin olumsuz stres tepkisine neden olduğu, çözümü zor ya da imkansız olarak kavramsallaştırdığı ve bunun sonucunda psikiyatrik sorunların artmasına neden olduğu belirtilmektedir [224-226]. Bizim çalışmamızda OSB’li çocukların COPE puanlarından yüksek olsa da kontrol grubu da depresyon yaşayan grup olması nedeniyle literatür incelendiğinde diğer çalışmalara göre kontrol grubunda da sorun odaklı ve duygusal odaklı başa çıkma becerileri puan ortalaması düşük, işlevsel olmayan başa çıkma becerileri puan ortalamasının yüksek olduğu görülmüştür. Bu durum kontrol grubundaki annelerin de depresyonu yaşamış olması şeklinde yorumlanmıştır. Gelecek çalışmalarda depresyon yaşamamış kontrol grupları ile bu iki grubu karşılaştıran çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Ebeveynin baş etme becerileri çocuğun ve ailenin hastalığa uyumunu belirler [227]. Yaşam kalitesinin artırılmasında uygun baş etme yöntemlerinin kullanılması önemlidir. Önceki çalışmalar, aile müdahalelerinin, ailenin başa çıkma becerisini ve yaşam kalitesini artırarak depresif belirtileri azalttığını, ebeveyn ile çocuk arasındaki hastalıkla ilgili paylaşımı ve ebeveynlik etkinliğini arttırdığını göstermiştir [228, 229]. Bu nedenle çocuğun psikososyal işlevselliğinin değerlendirilmesi kadar aile sisteminin değerlendirilmesinin de önemli olduğunu belirtmek isteriz.

Çalışmamızda çocukların cinsiyetlerinin hasta grubunda COPE alt ölçek boyutlarıyla karşılaştırıldığında; hasta grubunda olanlarda cinsiyetler arasında COPE ölçek alt boyutları açısından anlamlı farklılık görülmemiştir.

Çalışmamızda hasta grubunda çocuk yaşı, anne yaşı ve CARS puanı ile ölçek puanları arasındaki korelasyon analizinde ise; hasta grubunda çocuğun yaşı ile GGA, BAÖ, BDÖ ve COPE arasında anlamlı bir ilişki saptanmaz iken, anne yaşı ile sadece COPE'nin aktif başa çıkma, diğer meşguliyetleri bastırma ve sorun odaklı başa çıkma puanları arasında pozitif bir ilişki saptanmıştır. Bu sonuçlar, annelerin yaşı arttıkça sorunlarla uygun baş etme becerisi geliştirebildiklerini düşündürmüştür CARS puanı ile GGA'nın hiperaktivite/dikkat eksikliği, davranış sorunları, akran sorunları, GGA toplam puan ve BDÖ arasında pozitif yönde; CARS puanı ile sosyal davranışlar ve COPE 'nin duygusal sosyal destek kullanımı puanı arasında ise negatif bir ilişki bulunmuştur. OSB şiddeti arttıkça çocuklarda duygusal/davranışsal sorunların ve annelerinin depresyon seviyelerinin artması daha önceki çalışmalarla uyumlu bulunmuştur [178, 180, 184].

Aynı şekilde kontrol grubunda çocuğun yaşı ile GGA'nın hiperaktivite/dikkat eksikliği, davranış sorunları alt ölçek puanları ve GGA toplam puanı arasında negatif bir ilişki; duygusal sorunlar ve sosyal davranışlar arasında pozitif ilişki olması tipik gelişen çocuklarda beklenen bir durumdur. Kontrol grubunda anne yaşı ile BDÖ arasında negatif ilişki olması, yaşı daha düşük annelerde depresyon riskinin artmasını ve anneyi değerlendirmede bu durumun göz ardı edilmemesini göstermektedir. Ayrıca çalışmamızda annelerde duygusal odaklı başa çıkma stratejilerinden duygusal sosyal destek kullanımı ile negatif ilişkili olması OSB'li çocuğu olan annelerde tipik gelişen çocuk annelerine göre depresyon gibi psikopatolojilerin daha kolay gelişebileceğini göstermesi açısından önemlidir.

Çalışmamızda çalışma gruplarında GGA puanları ile diğer ölçek puanları arasındaki korelasyon analizinde ise; hasta grubunda GGA'nın hiperaktivite/dikkat eksikliği, davranış sorunları ve toplam puanları ile BAÖ ve BDÖ puanı arasında pozitif yönde, GGA'nın duygusal sorunları ile BAÖ puanı arasında ve GGA'nın akran sorunları ile BDÖ puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bu sonuçlar OSB'li çocuklarda duygusal davranışsal sorunların annelerindeki anksiyete ve depresif belirtiler ile karşılıklı bir ilişkinin olduğunu göstermektedir. Depremi yaşayan ve sağlıklı çocuğa sahip olan kontrol grubunda da GGA'nın total puanları ile BAÖ ve BDÖ puanları arasında pozitif yönde bir ilişkinin olduğu ancak OSB'li çocuklarda daha fazla güçlü bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Çocuktaki psikopatolojilerin anneyi, annedeki psikopatolojilerin çocukları etkilediği göz önüne alındığında özellikle

OSB gibi ebeveyn davranışlarının çocukların tedavisinde ön planda olduğu hastalıklarda bu durum daha fazla önem arz etmektedir. Bu nedenle özellikle deprem gibi doğal afetler sonrasında OSB'li çocuklarda hem koruyucu hem de eğitim ve medikal tedavisi düzenlenirken annelerinin de ruhsal bozukluklarını değerlendirmek oldukça önemlidir.

OSB'li çocuklarda GGA'nın toplam puanı ile COPE'nin sorun odaklı, duygusal odaklı ve işlevsel olmayan başa çıkma toplam puanları arasında ilişki saptanmaz iken, GGA'nın davranış ve duygusal sorunlar puanı ile işlevsel olmayan başa çıkma puanları arasında pozitif bir ilişki saptanmıştır. Kontrol grubunda ise GGA toplam ve alt ölçek puanları arasında işlevsel olmayan başa çıkma puanları arasında ilişki saptanmamıştır. Bu sonuçlar, OSB'li çocuklarda davranış sorunları ve duygusal sorunlar artıkça işlevsel olmayan başa çıkma yöntemlerini daha fazla kullandıkları ya da tersine işlevsel olmayan başa çıkma yöntemlerini kullanan annelerin çocuklarının daha fazla davranış sorunları ve duygusal sorunlar yaşadıklarını göstermektedir. Ayrıca GGA'nın duygusal sorunlar puanı ile COPE'nin sorun odaklı başa çıkma toplam puanı arasında pozitif ilişki saptanmıştır. Annedeki başa çıkma stratejileri değerlendirilirken çocuklarındaki ruhsal sorunlar mutlaka göz önüne alınmalıdır. Yapılan bir çalışmada da kronik hastalığı olan çocuklarının annelerinin ruhsal sorunlarında artış oldukça işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarından inkar ve davranışsal olarak başa çıkma alt ölçek puanlarının da arttığını bildirilmiştir [222].

Sonuç olarak, doğal afetlerin ve özellikle depremlerin tüm çocuklar ve ebeveynlerine olumsuz etkileri göz önüne alındığında özellikle daha kırılgan ve zor koşulları olan OSB'li çocuk ve annelerine etkilerinin ne kadar önemli olduğu açıktır. Bunun yanı sıra literatürde doğal afetler sonrasında OSB'li çocuk ve ergenlerin ruhsal sağlığını ve yaşadıkları güçlükleri değerlendiren klinik bir çalışma bulunmamaktadır. OSB'li grupta deprem sonrası en yüksek psikiyatrik sorunlar huzursuzluk ve sinirlilik (%60), alıştığı düzeni isteme (%56,8), korku ve kaygı (%56,8), uyku sorunları (%46,3), hareketlilik artışı (%34,7) ve tekrarlayıcı hareketlerde artış (%33,7) bulunmuştur. Kontrol grubunda ise deprem sonrası en yüksek psikiyatrik sorunlar korku ve kaygı (%64,2), uyku sorunları (%49,5), huzursuzluk ve sinirlilik (%46,3), alıştığı düzeni isteme (%40), eve girmeyi istememe (%33,7) ve depremle ilişkili konuşmalardan rahatsız olma (%32,6) bulunmuştur. Bu çalışmada aynı zamanda OSB'li çocukların temel semptomlarında ve davranış sorunlarında daha fazla artış yaşadıkları, annelerinin ise depresyon düzeylerinin yüksek olduğu, sorun odaklı başa çıkma ve duygusal odaklı başa çıkma

stratejilerini daha az, işlevsel olmayan başa çıkma stratejilerini ise daha fazla kullandıkları saptanmıştır. Bu çalışma hem deprem sonrası ebeveynlerde psikopatolojileri değerlendirmesi hem de OSB gibi özel gereksinimli çocuğu olan ebeveynlerde deprem sonrası psikopatolojileri ve başa çıkma stratejilerini değerlendirmesi açısından literatüre kaynak olma niteliği taşımaktadır. Bu başa çıkma stratejileri çocuğun duygusal ve davranışsal belirtileriyle de ilişkili bulunmuştur. Bu sonuçlar deprem gibi doğal afetlerde OSB’li çocuklar ve annelerine erken ve yoğun psikososyal destek sağlanmasının önem arz ettiğini düşündürmüştür. Kesitsel ve vaka-kontrol çalışması olan bu çalışmanın sonuçlarını destekleyecek, geniş örneklemli takip çalışmalarına ihtiyaç vardır.

ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI VE GÜÇLÜ YANLARI

Araştırmamızın seçilen örneklem ve yöntemden kaynaklanan bazı sınırlılıkları mevcuttur. Araştırmamız deprem yaşamış 95 OSB’li çocuk ve annesi, 95 sağlıklı çocuk ve annesi toplam 190 bireyin katıldığı kesitsel bir çalışmadır. Araştırmaya alınan bireyler anlık durumlarıyla değerlendirilmiş daha sonraki izlem sürecinde gözlenebilecek değişiklikler saptanmamıştır. Araştırmada, öz bildirimle doldurulan anket ve ölçeklerin kullanıldığı çalışmaların genel bir kısıtlılığı olarak, ebeveynlerinin yanıtlarına güvenilmiştir. Ebeveynler, çocuklarının davranışları konusunda güvenilir bilgi vericiler olabilse de ebeveynlerin yorumları sonuçları etkilemiş olabilir. Çalışma, hastanemize başvuran küçük bir örnek gruba uygulandığı için OSB tanılı hastaların tümünü kapsayacak şekilde genelleştirilemez. Ayrıca anne ve babaların ruhsal sağlığı ile ilgili psikiyatrik muayenelerinin yapılmamış olması diğer bir kısıtlılık olarak düşünülmüştür. Bizim çalışmamızda her iki grubun da deprem öncesinin değerlendirilmemiş olması bir kısıtlılık oluştursa da deprem sonrası duygusal/davranışsal sorunları belirlemek amacıyla özellikle son 1 aylarını düşünerek anket formları doldurtulmuştur. Bu çalışmanın bir diğer kısıtlılığı ise deprem sonrasında yapılmasına rağmen kliniğimizin ve bulunduğumuz şehrin depremden etkilenmesinden dolayı depremin üzerinden 11/12. ay geçtikten sonra yapılmış olmasıdır. Ancak bu çalışma ile hem literatürde deprem sonrası OSB’li çocuk ve annelerine yönelik kapsamlı bir çalışmanın olmaması sonucu ilk kez yapılan bir çalışma olması nedeniyle bu alanda yapılacak çalışmalara ışık tutması, hem de OSB’li çocukların ve annelerinin deprem sonrasındaki duygusal/davranışsal değişiklikler ve psikopatolojileri araştırması

açısından bütüncül bir yaklaşım içerisinde değerlendirilmiş olması çalışmanın güçlü yönleri olarak düşünülmüştür.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Türkiye’de 6 Şubat 2023 tarihinde Kahramanmaraş merkezli meydana gelen depremlerde 0-12 yaş aralığındaki OSB’li çocuklarda deprem sonrasında duygusal ve davranışsal sorunların belirlendiği ve OSB’li çocuğa sahip annelerde görülen anksiyete, depresyon seviyelerinin ve başa çıkma stratejilerinin değerlendirildiği çalışmamızın sonuçlarına göre;

Hasta grubunda olanların deprem sonrası iletişim sorunlarında artış yaşama oranı ($p=0,001$), tekrarlayıcı hareketlerinde artış yaşama oranı ($p<0,001$), hareketlilikte artış yaşama oranı ($p=0,003$), kendine zarar verici davranış yaşama oranı ($p<0,001$), başkasına zarar verici davranış yaşama oranı ($p=0,002$), alıştığı düzeni isteme oranı ($p=0,02$), evinden çıkmayı istememe oranı ($p=0,002$) ve yeme sorunları yaşama oranı ($p=0,036$) kontrol grubunun oranlarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur

Hasta grubunda en yüksek psikiyatrik sorunlar huzursuzluk ve sinirlilik (%60), alıştığı düzeni isteme (%56,8), korku ve kaygı (%56,8), uyku sorunları (%46,3), hareketlilik artışı (%34,7) ve tekrarlayıcı hareketlerde artış (%33,7) bulunmuştur.

Kontrol grubunda ise en yüksek psikiyatrik sorunlar korku ve kaygı (%64,2), uyku sorunları (%49,5), huzursuzluk ve sinirlilik (%46,3), alıştığı düzeni isteme (%40), eve girmeyi istememe (%33,7) ve depremle ilişkili konuşmalardan rahatsız olma (%32,6) bulunmuştur.

Çalışmamızda ayrıca deprem sonrası ailelerin yaşadığı olumlu ve olumsuz durumlar araştırılmıştır. Hasta grubunda en sık ifade edilen olumsuz durumlar sırasıyla %21,1 barınma sorunu, %18,9 farklı bir şehirde yaşama ve %17,9 endişeli olma hali kontrol grubunda ise %25,3 endişeli olma hali, %21,1 barınma sorunu ve %9,5 farklı bir şehirde yaşama olarak ifade edilmiştir.

Çalışmamızda gruplara göre GGA ölçek alt boyutlarının karşılaştırılmasında; hasta grubunda olanların GGA’nın hiperaktivite/dikkat eksikliği, davranış sorunları, duygusal sorunlar, akran sorunları alt ölçek ve GGA toplam puanı kontrol grubundan anlamlı şekilde yüksek; sosyal davranışlar puanı ise anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ($p<0,001$).

Çalışmamızda gruplara göre BAÖ karşılaştırıldığında; hasta grubunda olanların %21,1’inde minimal, %36,8’inde hafif, %26,3’ünde orta ve %15,8’inde şiddetli anksiyete varken kontrol grubunda olanların %30,5’inde minimal, %37,9’unda hafif,

%23,2'sinde orta ve %8,4'ünde şiddetli anksiyete vardır. Gruplar arasında anksiyete kategorisi ($p=0,263$) ve BAÖ puanı ($p=0,196$) açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Çalışmamızda gruplar arası annede BDÖ düzeylerinin karşılaştırılmasında; hasta grubunda depresyon görülme oranı (%28,4) kontrol grubunda depresyon görülme oranından (%15,8) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p=0,036$). Hasta grubunda olanların BDÖ puanı kontrol grubundan anlamlı şekilde yüksektir ($p=0,009$). Gruplar arasında depresyon kategorisi açısından anlamlı farklılık görülmemiştir ($p=0,182$).

Çalışmamızda gruplara göre COPE ölçek alt boyutlarının karşılaştırılmasında; hasta grubunda olanların pozitif yeniden yorumlama ve gelişme ($p<0,001$), aktif başa çıkma ($p=0,007$), duygusal sosyal destek kullanımı ($p=0,001$), diğer meşguliyetleri bastırma ($p<0,001$), plan yapma ($p<0,001$), sorun odaklı başa çıkma ($p=0,001$) ve duygusal odaklı başa çıkma ($p=0,015$) puanı kontrol grubundan anlamlı şekilde düşük; zihinsel boş verme ($p<0,001$), soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma ($p<0,001$), inkar ($p<0,001$), madde kullanımı ($p=0,041$) ve işlevsel olmayan başa çıkma ($p<0,001$) puanı ise anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Cinsiyete göre GGA, BAÖ, BDÖ ve COPE puanları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Çalışmamızda hasta grubunda çocuk yaşı, anne yaşı ve CARS puanı ile ölçek puanları arasındaki korelasyon analizinde ise; hasta grubunda çocuğun yaşı ile GGA, BAÖ, BDÖ ve COPE arasında anlamlı bir ilişki saptanmaz iken, anne yaşı ile sadece COPE'nin aktif başa çıkma, diğer meşguliyetleri bastırma ve sorun odaklı başa çıkma puanları arasında pozitif bir ilişki saptanmıştır. CARS puanı ile GGA'nın hiperaktivite/dikkat eksikliği, davranış sorunları, akran sorunları, GGA toplam puan ve BDÖ arasında pozitif yönde; CARS puanı ile sosyal davranışlar ve COPE 'nin duygusal sosyal destek kullanımı puanı arasında ise negatif bir ilişki bulunmuştur.

Çalışmamızda kontrol grubunda çocuk yaşı, anne yaşı ile ölçek puanları arasındaki korelasyon analizinde ise; çocuğun yaşı ile anne yaşı, GGA'nın duygusal sorunlar ve sosyal davranışlar arasında pozitif yönde; çocuğun yaşı ile GGA'nın hiperaktivite/dikkat eksikliği, davranış sorunları ve GGA toplam puanı arasında ise negatif yönde anlamlı bir korelasyon saptanmıştır. Anne yaşı ile BDÖ arasında negatif yönde anlamlı bir korelasyon bulunmuştur.

Çalışmamızda hasta grubunda GGA puanları ile diğer ölçek puanları arasındaki korelasyon analizinde ise hasta grubunda GGA'nın hiperaktivite/dikkat eksikliği,

davranış sorunları ve toplam puanları ile BAÖ ve BDÖ puanı arasında pozitif yönde; GGA'nın duygusal sorunları ile BAÖ puanı arasında ve GGA'nın akran sorunları ile BDÖ puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. OSB'li çocuklarda GGA'nın toplam puanı ile sorun odaklı, duygusal odaklı ve işlevsel olmayan başa çıkma puanları arasında ilişki saptanmaz iken, GGA'nın davranış ve duygusal sorunlar puanı ile işlevsel olmayan başa çıkma puanları arasında pozitif bir ilişki saptanmıştır. Ayrıca GGA'nın duygusal sorunlar puanı ile COPE'nin sorun odaklı başa çıkma puanı arasında pozitif ilişki saptanmıştır.

Çalışmamızda kontrol grubunda GGA puanları ile diğer ölçek puanları arasındaki korelasyon analizinde ise; GGA'nın davranış sorunları, duygusal sorunlar ve toplam puanı ile BAÖ ve BDÖ arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. GGA'nın duygusal sorunlar puanı ile COPE'nin sorun odaklı başa çıkma puanı arasında negatif bir ilişki, GGA'nın sosyal davranışlar ile COPE'nin sorun odaklı başa çıkma puanı arasında pozitif bir ilişki, GGA'nın davranış sorunları, akran sorunları ve toplam puanı ile COPE'nin duygusal odaklı başa çıkma puanı arasında negatif bir ilişki saptanmıştır.

7. KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association, D. and A.P. Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Vol. 5. 2013: American psychiatric association Washington, DC.
2. Salari, N., et al., *The global prevalence of autism spectrum disorder: a comprehensive systematic review and meta-analysis*. Italian Journal of Pediatrics, 2022. 48(1): p. 1-16.
3. March, A., *Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years—Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2020*. Nine, 2023.
4. NM Mukaddes, E.E., *Yaşam Boyu Nörogelişimsel Bozukluklar*. Otizm Spektrum Bozuklukları. Vol. Otizm Spektrum Bozukluklarında Gidiş ve Tedavi. 2023.
5. NM, M., *Otizm Spektrum Bozuklukları, 2. baskı, İstanbul: Nobel Tıp kitapçıları*. 2017.
6. ES Ercan, Ö.B., İ Perçinel Yazıcı, MÖ Kütük, Ü Işık, *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Güncel Yaklaşımlar ve Temel Kavramlar*. Otizm Spektrum Bozuklukları, ed. A. Kitapevi. 2020.
7. Karabulut, D. and T. Bekler, *Doğal afetlerin çocuklar ve ergenler üzerindeki etkileri*. Doğal Afetler ve Çevre Dergisi, 2019. 5(2): p. 368-376.
8. Şahin, D. and E.Z. Demirbilek, *Doğal afet ve kriz yönetiminde sosyal medyanın etkisi: kahramanmaraş merkezli deprem felaketi üzerine bir inceleme*. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2023(51): p. 322-333.
9. Lo, H.-W.A., C.-Y. Su, and F.H.-C. Chou, *Disaster psychiatry in Taiwan: a comprehensive review*. Journal of Experimental & Clinical Medicine, 2012. 4(2): p. 77-81.
10. Bowman, G., R. Foulser-Piggott, and P.W. Beamish, *Natural disasters and MNE internalization: Reoptimizing subsidiary governance*. Journal of World Business, 2023. 58(2): p. 101387.

11. Pridmore, W., *'I can see clearly now': clarifying the role of psychiatry in global disaster*. Australasian psychiatry, 2021. 29(3): p. 337-339.
12. Ronoh, S., J. Gaillard, and J. Marlowe, *Children with disabilities and disaster risk reduction: a review*. International Journal of Disaster Risk Science, 2015. 6: p. 38-48.
13. Good, G.A., S. Phibbs, and K. Williamson, *Disoriented and immobile: the experiences of people with visual impairments during and after the Christchurch, New Zealand, 2010 and 2011 earthquakes*. Journal of Visual Impairment & Blindness, 2016. 110(6): p. 425-435.
14. Stough, L.M., et al., *Barriers to the long-term recovery of individuals with disabilities following a disaster*. Disasters, 2016. 40(3): p. 387-410.
15. Chou, Y.-J., et al., *Who is at risk of death in an earthquake?* American journal of epidemiology, 2004. 160(7): p. 688-695.
16. Phillips, B. and L. Stough, *Populations with functional or access needs*. Koenig and Schultz's Disaster Medicine Comprehensive Principles and Practice, 2016: p. 137-162.
17. Şalcıoğlu, E. and M. Başoğlu, *Psychological effects of earthquakes in children: prospects for brief behavioral treatment*. World Journal of Pediatrics, 2008. 4: p. 165-172.
18. Trickey, D., et al., *A meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in children and adolescents*. Clinical psychology review, 2012. 32(2): p. 122-138.
19. Hsu, C., et al., *Earthquake and posttraumatic stress disorder among adolescent victims*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2002. 41: p. 875-81.
20. Ekşi, A., et al., *Risk factors for the development of PTSD and depression among child and adolescent victims following a 7.4 magnitude earthquake*. International journal of psychiatry in clinical practice, 2007. 11(3): p. 190-199.
21. Goenjian, A.K., et al., *Psychiatric comorbidity in children after the 1988: earthquake in Armenia*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 1995. 34(9): p. 1174-1184.

22. Thomson, J., et al., *Sequential population study of the impact of earthquakes on the emotional and behavioural well-being of 4-year-olds in Canterbury, New Zealand*. Journal of paediatrics and child health, 2016. 52(1): p. 18-24.
23. Bulut, S., *Comparing the earthquake exposed and non-exposed Turkish children's Post Traumatic Stress Reactions*. anaes de psicología, 2006.
24. Bal, A., *Post-traumatic stress disorder in Turkish child and adolescent survivors three years after the Marmara earthquake*. Child and Adolescent Mental Health, 2008. 13(3): p. 134-139.
25. Kadak, M.T., et al., *Risk factors predicting posttraumatic stress reactions in adolescents after 2011 Van earthquake*. Comprehensive psychiatry, 2013. 54(7): p. 982-990.
26. Abali, O., et al., *Acute psychological reactions of children and adolescents after the marmara earthquake: A brief preliminary report*. Clinical child psychology and psychiatry, 2002. 7(2): p. 283-287.
27. White, L.C., et al., *Brief report: Impact of COVID-19 on individuals with ASD and their caregivers: A perspective from the SPARK cohort*. Journal of autism and developmental disorders, 2021. 51(10): p. 3766-3773.
28. Mutluer, T., C. Doenyas, and H. Aslan Genc, *Behavioral implications of the Covid-19 process for autism spectrum disorder, and individuals' comprehension of and reactions to the pandemic conditions*. Frontiers in psychiatry, 2020. 11: p. 561882.
29. Sönmez, M.B., *Depremin psikolojik etkileri, psikolojik destek ve korkuyla baş etme*. TOTBİD Dergisi, 2022. 21(3): p. 337-343.
30. Roberts, Y.H., et al., *Mental health symptoms in youth affected by Hurricane Katrina*. Professional Psychology: Research and Practice, 2010. 41(1): p. 10.
31. Chan, K.K.S. and D.C.K. Leung, *The impact of child autistic symptoms on parental marital relationship: Parenting and coparenting processes as mediating mechanisms*. Autism Research, 2020. 13(9): p. 1516-1526.
32. Ersoy, K., et al., *The comparison of impact of health anxiety on dispositional hope and psychological well-being of mothers who have children diagnosed with*

- autism and mothers who have normal children, in Covid-19 pandemic. Sosyal Bilimler Araştırma Dergisi, 2020. 9(2): p. 117-126.*
33. Tarbox, C.M., et al., *Taking ACTION: 18 simple strategies for supporting children with autism during the COVID-19 pandemic. Behavior Analysis in Practice, 2021. 14(4): p. 1099-1127.*
 34. Özer, M., *Education Policy Actions by the Ministry of National Education after the Earthquake Disaster on February 6, 2023 in Türkiye. Bartın University Journal of Faculty of Education, 2023. 12(2).*
 35. Üniversitesi-İTÜ, İ.T., *Şubat 2023: 04.17 Mw 7, 8 Kahramanmaraş ve 13.24 Mw 7, 7 Kahramanmaraş depremleri: Ön inceleme raporu. İstanbul Teknik Üniversitesi.*
 36. Demirel, Y. and T. Tarık, *6 Şubat 2023 Kahramanmaraş depremleri (Mw 7.7 ve Mw 7.6) sonrasında Türkiye’de meydana gelen depremlerin (Mw $\geq$ 4) coğrafi bilgi sistemleri ile mekânsal analizi. Türkiye Coğrafi Bilgi Sistemleri Dergisi, 2023. 5(2): p. 60-69.*
 37. Efendi, G.Y., et al., *Surviving the Immediate Aftermath of a Disaster: A Preliminary Investigation of Adolescents’ Acute Stress Reactions and Mental Health Needs after the 2023 Turkey Earthquakes. Children, 2023. 10(9): p. 1485.*
 38. Kanner, L., *Autistic disturbances of affective contact. Nervous child, 1943. 2(3): p. 217-250.*
 39. Asperger, H. and U.T. Frith, *'Autistic psychopathy'in childhood. 1991.*
 40. Wing, L., *The history of Asperger syndrome, in Asperger syndrome or high-functioning autism? 1998, Springer. p. 11-28.*
 41. Factor, D.C., N.L. Freeman, and A. Kardash, *A comparison of DSM-III and DSM-III—R criteria for autism. Journal of Autism and Developmental Disorders, 1989.*
 42. Association, A.P., *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders the Eden. 2000 text revision. 2000(criteria for autism).*
 43. Organization, W.H., *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research. Vol. 2. 1993: World Health Organization.*

44. Swedo, S.E., et al., *Commentary from the DSM-5 workgroup on neurodevelopmental disorders*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2012. 51(4): p. 347-349.
45. Tsai, L.Y. and M. Ghaziuddin, *DSM-5 ASD moves forward into the past*. Journal of autism and developmental disorders, 2014. 44: p. 321-330.
46. (APA), A.P.A., *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition Text Revision (DSM-V-TR)*. 2022: American Psychiatric Publishing, Washington, DC.
47. Association, W.H., *International classification of diseases 11th revision (ICD-11)*. World Health Organization, 2018.
48. Troyb, E., K. Knoch, and M. Barton, *Phenomenology of ASD: Definition, syndromes, and major features*. The neuropsychology of autism, 2011: p. 9-34.
49. Oner, O. and K.M. Munir, *Modified checklist for autism in toddlers revised (MCHAT-R/F) in an urban metropolitan sample of young children in Turkey*. Journal of autism and developmental disorders, 2020. 50: p. 3312-3319.
50. Evans, S.C., et al., *Sex/gender differences in screening for autism spectrum disorder: Implications for evidence-based assessment*. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 2018.
51. Loomes, R., L. Hull, and W.P.L. Mandy, *What is the male-to-female ratio in autism spectrum disorder? A systematic review and meta-analysis*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2017. 56(6): p. 466-474.
52. Werling, D.M. and D.H. Geschwind, *Sex differences in autism spectrum disorders*. Current opinion in neurology, 2013. 26(2): p. 146.
53. Jacob, S., A. Landeros-Weisenberger, and J.F. Leckman, *Autism spectrum and obsessive-compulsive disorders: OC behaviors, phenotypes and genetics*. Autism Research, 2009. 2(6): p. 293-311.
54. Wing, L., *Syndromes of autism and atypical development*. Handbook of autism and pervasive developmental disorders, 1987: p. 3-19.
55. Karakoç Demirkaya, S., M.D. Tutkunkardaş, and N.M. Mukaddes, *Assessment of suicidality in children and adolescents with diagnosis of high functioning autism*

- spectrum disorder in a Turkish clinical sample. Neuropsychiatric disease and treatment*, 2016: p. 2921-2926.
56. Dietz, P.M., et al., *National and state estimates of adults with autism spectrum disorder*. Journal of autism and developmental disorders, 2020. 50(12): p. 4258-4266.
 57. Howlin, P., *Outcome in adult life for more able individuals with autism or Asperger syndrome*. Autism, 2000. 4(1): p. 63-83.
 58. Steinhausen, H.C., C. Mohr Jensen, and M. Lauritsen, *A systematic review and meta-analysis of the long-term overall outcome of autism spectrum disorders in adolescence and adulthood*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 2016. 133(6): p. 445-452.
 59. Rutter, M., A. Bailey, and C. Lord, SCQ. The Social Communication Questionnaire. Torrance, CA: Western Psychological Services, 2003.
 60. Wing, L., et al., *The diagnostic interview for social and communication disorders: Background, inter-rater reliability and clinical use*. Journal of child psychology and psychiatry, 2002. 43(3): p. 307-325.
 61. Skuse, D., et al., *The developmental, dimensional and diagnostic interview (3di): a novel computerized assessment for autism spectrum disorders*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2004. 43(5): p. 548-558.
 62. Kara, B., et al., *Using the Modified Checklist for Autism in Toddlers in a well-child clinic in Turkey: Adapting the screening method based on culture and setting*. Autism, 2014. 18(3): p. 331-338.
 63. Gassaloğlu, S.İ., et al., *Çocukluk Otizmi Derecelendirme Ölçeği Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması*. Türk Psikiyatri Dergisi, 2016. 27(4): p. 266-274.
 64. Irmak, T.Y., et al., *Otizm Davranış Kontrol Listesinin (ABC) Geçerlik Ve Güvenirliğinin İncelenmesi*. 2007.
 65. Avcil, S., et al., *4-18 yaş aralığındaki otistik bireylerde sosyal iletişim ölçeği Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması*. Turk Psikiyatri Derg, 2015. 26: p. 56-64.

66. Lord, C., et al., *Austism diagnostic observation schedule: A standardized observation of communicative and social behavior*. Journal of autism and developmental disorders, 1989. 19(2): p. 185-212.
67. Sparrow, S.S., D.A. Balla, and D.V. Cicchetti, *Vineland adaptive behavior scales: Expanded form*. 1984: American Guidance Service.
68. Hawks, Z.W. and J.N. Constantino, *Neuropsychiatric “comorbidity” as causal influence in autism*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2020. 59(2): p. 229-235.
69. Aldinger, K.A., et al., *Patterns of risk for multiple co-occurring medical conditions replicate across distinct cohorts of children with autism spectrum disorder*. Autism Research, 2015. 8(6): p. 771-781.
70. Tuchman, R., D. Hirtz, and L.A. Mamounas, *NINDS epilepsy and autism spectrum disorders workshop report*. Neurology, 2013. 81(18): p. 1630-1636.
71. Lombardo, M.V., M.-C. Lai, and S. Baron-Cohen, *Big data approaches to decomposing heterogeneity across the autism spectrum*. Molecular psychiatry, 2019. 24(10): p. 1435-1450.
72. Smith, T., *Applied behavior analysis and early intensive intervention*. Autism spectrum disorders, 2011: p. 1037-1055.
73. Green, J., et al., *Parent-mediated communication-focused treatment in children with autism (PACT): a randomised controlled trial*. The Lancet, 2010. 375(9732): p. 2152-2160.
74. Brian, J., et al., *Effectiveness of a parent-mediated intervention for toddlers with autism spectrum disorder: Evidence from a large community implementation*. Autism, 2022. 26(7): p. 1882-1897.
75. Paul, R. and D. Sutherland, *Enhancing Early Language in Children with Autism Spectrum Disorders*. 2005.
76. Amaral, D., D. Geschwind, and G. Dawson, *Autism spectrum disorders*. 2011: Oxford University Press.
77. Weissman, L., et al., *Autism spectrum disorder in children and adolescents: Overview of management*. UpToDate [Internet]. Version, 2018. 19.

78. Autism, P., *Randomized, controlled, crossover trial of methylphenidate in pervasive developmental disorders with hyperactivity*. Arch Gen Psychiatry, 2005. 62(11): p. 1266-74.
79. Harfterkamp, M., et al., *Long-term treatment with atomoxetine for attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in children and adolescents with autism spectrum disorder: an open-label extension study*. Journal of child and adolescent psychopharmacology, 2013. 23(3): p. 194-199.
80. Fung, L.K., et al., *Pharmacologic treatment of severe irritability and problem behaviors in autism: a systematic review and meta-analysis*. Pediatrics, 2016. 137(Supplement_2): p. S124-S135.
81. Huffman, L.C., et al., *Management of symptoms in children with autism spectrum disorders: a comprehensive review of pharmacologic and complementary-alternative medicine treatments*. Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 2011. 32(1): p. 56-68.
82. Hollander, E., et al., *A placebo controlled crossover trial of liquid fluoxetine on repetitive behaviors in childhood and adolescent autism*. Neuropsychopharmacology, 2005. 30(3): p. 582-589.
83. Posey, D.J., et al., *The use of selective serotonin reuptake inhibitors in autism and related disorders*. Journal of Child & Adolescent Psychopharmacology, 2006. 16(1-2): p. 181-186.
84. Kotagal, S. and E. Broomall, *Sleep in children with autism spectrum disorder*. Pediatric neurology, 2012. 47(4): p. 242-251.
85. Giannotti, F., et al., *An open-label study of controlled-release melatonin in treatment of sleep disorders in children with autism*. Journal of autism and developmental disorders, 2006. 36: p. 741-752.
86. Parker, K.J., et al., *Intranasal oxytocin treatment for social deficits and biomarkers of response in children with autism*. Proceedings of the National Academy of Sciences, 2017. 114(30): p. 8119-8124.
87. Posey, D.J., et al., *A pilot study of D-cycloserine in subjects with autistic disorder*. American Journal of Psychiatry, 2004. 161(11): p. 2115-2117.

88. Danfors, T., et al., *Tetrahydrobiopterin in the treatment of children with autistic disorder: a double-blind placebo-controlled crossover study*. Journal of clinical psychopharmacology, 2005. 25(5): p. 485-489.
89. Farmer, C., A. Thurm, and P. Grant, *Pharmacotherapy for the core symptoms in autistic disorder: current status of the research*. Drugs, 2013. 73: p. 303-314.
90. DeFilippis, M., *The use of complementary alternative medicine in children and adolescents with autism spectrum disorder*. Psychopharmacology bulletin, 2018. 48(1): p. 40.
91. Magiati, I., X.W. Tay, and P. Howlin, *Cognitive, language, social and behavioural outcomes in adults with autism spectrum disorders: A systematic review of longitudinal follow-up studies in adulthood*. Clinical psychology review, 2014. 34(1): p. 73-86.
92. Chen, X., X. Zhao, and C.-P. Chang, *The shocks of natural disasters on NPLs: Global evidence*. Economic Systems, 2023. 47(1): p. 101050.
93. CBI, *"KOBİ'lerde Dayanıklılık: Yeni Riskler, Yeni Öncelikler CBI Türkiye Durum Değerlendirme Raporu - Karmaşık Acil Durumlar ve Doğal Afetler"*, İstanbul. <https://www.undp.org/tr/turkiye/publications/kobilerde-dayaniklilikyeni-riskler-yeni-oncelikler>, Erişim Tarihi: 07.04.2023. .
94. Organization-WHO, W.H., *Earthquakes*. 2022.
95. Bıkçe, M., *Türkiye'de Hasara Ve Can Kaybına Neden Olan Deprem Listesi (1900-2014)*. 2015.
96. Marangoz, M. and İ. Çağrı, *Doğal afetlerin ekonomik, sosyal ve çevresel etkilerinin 6 Şubat 2023 Kahramanmaraş merkezli depremler bağlamında girişimciler açısından değerlendirilmesi*. Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Dergisi, 2023. 24(52): p. 1-30.
97. Crane, P.A. and P.T. Clements, *Psychological response to disasters: Focus on adolescents*. Journal of psychosocial nursing and mental health services, 2005. 43(8): p. 31-38.
98. Çakmak, H., M. Ocaktan, and R. Akdur, *Doğal afetler, eşitsizlikler ve sağlık sonuçları*. Eşitsizlikler ve Sağlık Sonuçları (Akın A, Editör), Türkiye Klinikleri, Ankara, 2018. 88: p. 94.

99. Margolin, G., M.C. Ramos, and E.L. Guran, *Earthquakes and children: The role of psychologists with families and communities*. Professional Psychology: Research and Practice, 2010. 41(1): p. 1.
100. Masten, A.S., *Global perspectives on resilience in children and youth*. Child development, 2014. 85(1): p. 6-20.
101. Connor, D.F., et al., *An update on posttraumatic stress disorder in children and adolescents*. Clinical Pediatrics, 2015. 54(6): p. 517-528.
102. Saylor, C.F., *Children and disasters*. 2013: Springer Science & Business Media.
103. Pine, D.S. and J.A. Cohen, *Trauma in children and adolescents: Risk and treatment of psychiatric sequelae*. Biological psychiatry, 2002. 51(7): p. 519-531.
104. Spear, L.P., *Neurobehavioral changes in adolescence*. Current directions in psychological science, 2000. 9(4): p. 111-114.
105. Eckes, A. and H. Radunovich, *Trauma and Adolescents*.(FCS2280). 2007, Retrieved from University of Florida, IFAS extension FCS.
106. Şahin, N.H., A.D. Batıgün, and B. Yılmaz, *Psychological symptoms of Turkish children and adolescents after the 1999 earthquake: Exposure, gender, location, and time duration*. Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies, 2007. 20(3): p. 335-345.
107. Goenjian, A.K., et al., *Depression and PTSD symptoms among bereaved adolescents 6½ years after the 1988 Spitak earthquake*. Journal of affective disorders, 2009. 112(1-3): p. 81-84.
108. Walker, J.R., et al., *Acute stress disorder in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis of prevalence following exposure to a traumatic event*. Journal of affective disorders reports, 2020. 2: p. 100041.
109. Liu, K., et al., *Acute stress disorder in the paediatric surgical children and adolescents injured during the Wenchuan earthquake in China*. Stress and health, 2010. 26(4): p. 262-268.
110. Demir, T., et al., *Some clinical characteristics of children who survived the Marmara earthquakes*. European child & adolescent psychiatry, 2010. 19: p. 125-133.

111. Berkem, M. and T. Bildik, *Deprem'in Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Poliklini'ne başvuru profili üzerine etkisi*. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2001. 2(1): p. 29-35.
112. Yavaş Çelik, M., E. Elmaoglu, and Z. Çiğdem, *The Impact of the Kahramanmaraş-Centered Earthquake on February 6, 2023 on the Adolescent Group*. Available at SSRN 4525076.
113. Sparks, S.W., *Posttraumatic stress syndrome: what is it?* Journal of Trauma Nursing| JTN, 2018. 25(1): p. 60-65.
114. Shannon, M.P., et al., *Children exposed to disaster: I. Epidemiology of post-traumatic symptoms and symptom profiles*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 1994. 33(1): p. 80-93.
115. Chen, S.-H. and Y.-C. Wu, *Changes of PTSD symptoms and school reconstruction: A two-year prospective study of children and adolescents after the Taiwan 921 earthquake*. Natural Hazards, 2006. 37: p. 225-244.
116. Kolaitis, G., et al., *Posttraumatic stress reactions among children following the Athens earthquake of September 1999*. European child & adolescent psychiatry, 2003. 12: p. 273-280.
117. Rooney, C. and G.W. White, *Consumer perspective: Narrative analysis of a disaster preparedness and emergency response survey from persons with mobility impairments*. Journal of Disability Policy Studies, 2007. 17(4): p. 206-215.
118. Aslam, A., *The state of the world's children 2013: children with disabilities*. 2013: United Nations Children's Fund (UNICEF).
119. Mitchell, D. and V. Karr, *Crises, conflict and disability: Ensuring equality*. 2014: Routledge.
120. Mehtar, M. and N.M. Mukaddes, *Posttraumatic stress disorder in individuals with diagnosis of autistic spectrum disorders*. Research in Autism Spectrum Disorders, 2011. 5(1): p. 539-546.
121. Finzi-Dottan, R., et al., *Posttraumatic stress disorder reactions among children with learning disabilities exposed to terror attacks*. Comprehensive psychiatry, 2006. 47(2): p. 144-151.

122. Mevissen, L. and A. de Jongh, *PTSD and its treatment in people with intellectual disabilities: A review of the literature*. Clinical psychology review, 2010. 30(3): p. 308-316.
123. Fletcher, R.J., et al., *From DSM to DM-ID*. Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities, 2016. 9(3): p. 189-204.
124. Fan, X., et al., *Posttraumatic stress disorder, cognitive function and quality of life in patients with schizophrenia*. Psychiatry Research, 2008. 159(1-2): p. 140-146.
125. Roussos, A., et al., *Posttraumatic stress and depressive reactions among children and adolescents after the 1999 earthquake in Ano Liosia, Greece*. American Journal of Psychiatry, 2005. 162(3): p. 530-537.
126. Horesh, D., et al., *The association between autistic traits and post-traumatic stress disorder: Preliminary findings among typically-developing adults in Israel*. European Psychiatry, 2017. 41(S1): p. S137-S137.
127. Hoover, D.W., *The effects of psychological trauma on children with autism spectrum disorders: A research review*. Review Journal of Autism and Developmental Disorders, 2015. 2: p. 287-299.
128. Valenti, M., et al., *Adaptive response of children and adolescents with autism to the 2009 earthquake in L'Aquila, Italy*. Journal of autism and developmental disorders, 2012. 42: p. 954-960.
129. Morelli, M., et al., *Parents and children during the COVID-19 lockdown: The influence of parenting distress and parenting self-efficacy on children's emotional well-being*. Frontiers in psychology, 2020. 11: p. 584645.
130. Furar, E., et al., *The impact of COVID-19 on individuals with ASD in the US: Parent perspectives on social and support concerns*. Plos one, 2022. 17(8): p. e0270845.
131. Panjwani, A.A., R.L. Bailey, and B.L. Kelleher, *COVID-19 and behaviors in children with autism spectrum disorder: Disparities by income and food security status*. Research in developmental disabilities, 2021. 115: p. 104002.
132. Kar, N. and B.K. Bastia, *Post-traumatic stress disorder, depression and generalised anxiety disorder in adolescents after a natural disaster: a study of*

- comorbidity. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 2006. 2(1): p. 1-7.
133. Goenjian, A.K., et al., *Longitudinal study of PTSD, depression, and quality of life among adolescents after the Parnitha earthquake*. *Journal of affective disorders*, 2011. 133(3): p. 509-515.
 134. Neria, Y., A. Nandi, and S. Galea, *Post-traumatic stress disorder following disasters: a systematic review*. *Psychological medicine*, 2008. 38(4): p. 467-480.
 135. Anwar, J., et al., *Reproductive health and access to healthcare facilities: risk factors for depression and anxiety in women with an earthquake experience*. *BMC public health*, 2011. 11(1): p. 1-13.
 136. Goenjian, A.K., et al., *Prospective study of posttraumatic stress, anxiety, and depressive reactions after earthquake and political violence*. *American Journal of Psychiatry*, 2000. 157(6): p. 911-916.
 137. Önder, E., et al., *Prevalence of psychiatric disorders three years after the 1999 earthquake in Turkey: Marmara Earthquake Survey (MES)*. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2006. 41: p. 868-874.
 138. Kun, P., et al., *Prevalence and risk factors for posttraumatic stress disorder: a cross-sectional study among survivors of the Wenchuan 2008 earthquake in China*. *Depression and Anxiety*, 2009. 26(12): p. 1134-1140.
 139. Cheng, Y., et al., *Risk factors of post-traumatic stress disorder (PTSD) after Wenchuan earthquake: a case control study*. *PLoS One*, 2014. 9(5): p. e96644.
 140. Ali, M., et al., *Assessment of prevalence and determinants of posttraumatic stress disorder in survivors of earthquake in Pakistan using Davidson Trauma Scale*. *Journal of affective disorders*, 2012. 136(3): p. 238-243.
 141. Kılıç, C. and M. Ulusoy, *Psychological effects of the November 1999 earthquake in Turkey: an epidemiological study*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2003. 108(3): p. 232-238.
 142. Feder, A., et al., *Coping and PTSD symptoms in Pakistani earthquake survivors: Purpose in life, religious coping and social support*. *Journal of affective disorders*, 2013. 147(1-3): p. 156-163.

143. Cénat, J.M. and D. Derivois, *Assessment of prevalence and determinants of posttraumatic stress disorder and depression symptoms in adults survivors of earthquake in Haiti after 30 months*. Journal of affective disorders, 2014. 159: p. 111-117.
144. Zhou, X., et al., *Prevalence and risk factors of post-traumatic stress disorder among adult survivors six months after the Wenchuan earthquake*. Comprehensive psychiatry, 2013. 54(5): p. 493-499.
145. Fu, Y., et al., *Analysis of prevalence of PTSD and its influencing factors among college students after the Wenchuan earthquake*. Child and adolescent psychiatry and mental health, 2013. 7(1): p. 1-6.
146. Sakarya, D. and C. Güneş, *Van depremi sonrasında travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinin psikolojik dayanıklılık ile ilişkisi*. Kriz Dergisi, 2013. 21(1): p. 25-32.
147. Taşçı, G.A. and F. Özsoy, *Deprem travmasının erken dönem psikolojik etkileri ve olası risk faktörleri*. Cukurova Medical Journal, 2021. 46(2): p. 488-494.
148. Ehring, T., S. Razik, and P.M. Emmelkamp, *Prevalence and predictors of posttraumatic stress disorder, anxiety, depression, and burnout in Pakistani earthquake recovery workers*. Psychiatry research, 2011. 185(1-2): p. 161-166.
149. Aksaray, G., et al., *Gender differences in psychological effect of the August 1999 earthquake in Turkey*. Nordic journal of psychiatry, 2006. 60(5): p. 387-391.
150. Bilici, R., et al., *Deprem sonrasında bireylerin anksiyete düzeyleri ve etkileyen faktörler: Elazığ merkezli bir ön çalışma*. Fırat Tıp Dergisi, 2013. 18(1): p. 15-19.
151. Wang, Y., J. Xu, and Y. Lu, *Associations among trauma exposure, post-traumatic stress disorder, and depression symptoms in adolescent survivors of the 2013 Lushan earthquake*. Journal of Affective Disorders, 2020. 264: p. 407-413.
152. Shi, X., et al., *Depressive symptoms and associated psychosocial factors among adolescent survivors 30 months after 2008 Wenchuan earthquake: a follow-up study*. Frontiers in psychology, 2016. 7: p. 467.
153. Pan, X., et al., *Symptoms of posttraumatic stress disorder, depression, and anxiety among junior high school students in worst-hit areas 3 years after the Wenchuan*

- earthquake in China*. Asia Pacific Journal of Public Health, 2015. 27(2): p. NP1985-NP1994.
154. Kvestad, I., et al., *Earthquake exposure and post-traumatic stress among Nepalese mothers after the 2015 earthquakes*. Frontiers in psychology, 2019. 10: p. 734.
 155. Schwind, J.S., et al., *Association between earthquake exposures and mental health outcomes in Phulpingdanda Village after the 2015 Nepal earthquakes*. Community mental health journal, 2019. 55: p. 1103-1113.
 156. Liu, C., et al., *The combined impact of gender and age on post-traumatic stress symptoms, depression, and insomnia during COVID-19 outbreak in China*. Frontiers in Public Health, 2021. 8: p. 620023.
 157. Hirai, H., et al., *Psychological burden predicts new-onset diabetes in men: A longitudinal observational study in the Fukushima Health Management Survey after the Great East Japan Earthquake*. Frontiers in Endocrinology, 2022. 13: p. 2840.
 158. Pandit, A. and Y. Nakagawa, *How Does Reciprocal Exchange of Social Support Alleviate Individuals' Depression in an Earthquake-Damaged Community?* International Journal of Environmental Research and Public Health, 2021. 18(4): p. 1585.
 159. Mandavia, A.D. and G.A. Bonanno, *When natural disaster follows economic downturn: The incremental impact of multiple stressor events on trajectories of depression and posttraumatic stress disorder*. Disaster Medicine and Public Health Preparedness, 2019. 13(2): p. 173-182.
 160. Kun, P., et al., *What are the determinants of post-traumatic stress disorder: age, gender, ethnicity or other? Evidence from 2008 Wenchuan earthquake*. Public health, 2013. 127(7): p. 644-652.
 161. Streb, M., P. Haller, and T. Michael, *PTSD in paramedics: resilience and sense of coherence*. Behavioural and cognitive psychotherapy, 2014. 42(4): p. 452-463.
 162. Wind, T.R. and I.H. Komproue, *The mechanisms that associate community social capital with post-disaster mental health: a multilevel model*. Social science & medicine, 2012. 75(9): p. 1715-1720.

163. Aşantugrul, N. and A.K. Çelik, *Yetişkinlerde Travma Sonrası Büyümenin Yordayıcısı Olarak Covid-19 Korkusu*. İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 2022. 21(43): p. 20-34.
164. Mukherji, A., N.E. Ganapati, and G. Rahill, *Expecting the unexpected: field research in post-disaster settings*. Natural hazards, 2014. 73: p. 805-828.
165. Bradshaw, S., *Socio-economic impacts of natural disasters: a gender analysis*. 2004: ECLAC.
166. McFarlane, A.C. and M. Van Hooff, *Impact of childhood exposure to a natural disaster on adult mental health: 20-year longitudinal follow-up study*. The British Journal of Psychiatry, 2009. 195(2): p. 142-148.
167. Boe, H.J., K.H. Holgersen, and A. Holen, *Mental health outcomes and predictors of chronic disorders after the North Sea oil rig disaster: 27-year longitudinal follow-up study*. The Journal of nervous and mental disease, 2011. 199(1): p. 49-54.
168. Hull, A.M., D.A. Alexander, and S. Klein, *Survivors of the Piper Alpha oil platform disaster: long-term follow-up study*. The British Journal of Psychiatry, 2002. 181(5): p. 433-438.
169. Cénat, J.M., S.-E. McIntee, and C. Blais-Rochette, *Symptoms of posttraumatic stress disorder, depression, anxiety and other mental health problems following the 2010 earthquake in Haiti: A systematic review and meta-analysis*. Journal of affective disorders, 2020. 273: p. 55-85.
170. Livanou, M., et al., *Earthquake-related psychological distress and associated factors 4 years after the Parnitha earthquake in Greece*. European Psychiatry, 2005. 20(2): p. 137-144.
171. Holly, L.E., et al., *Evidence-base update for parenting stress measures in clinical samples*. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 2019. 48(5): p. 685-705.
172. Mohammadi, F., et al., *Parental competence among parents with autistic children: A qualitative study*. Nursing and Midwifery Studies, 2018. 7(4): p. 168-173.

173. Song, J., M.R. Mailick, and J.S. Greenberg, *Health of parents of individuals with developmental disorders or mental health problems: Impacts of stigma*. Social Science & Medicine, 2018. 217: p. 152-158.
174. Carter, A.S., F.d.L. Martínez-Pedraza, and S.A. Gray, *Stability and individual change in depressive symptoms among mothers raising young children with ASD: Maternal and child correlates*. Journal of clinical psychology, 2009. 65(12): p. 1270-1280.
175. Pastor-Cerezuela, G., et al., *Parental stress and resilience in autism spectrum disorder and Down syndrome*. Journal of Family Issues, 2021. 42(1): p. 3-26.
176. Jahan, S., et al., *Depression and suicidal behaviors among Bangladeshi mothers of children with Autism Spectrum Disorder: a comparative study*. Asian journal of psychiatry, 2020. 51: p. 101994.
177. Kousha, M., H.A. Attar, and Z. Shoar, *Anxiety, depression, and quality of life in Iranian mothers of children with autism spectrum disorder*. Journal of Child Health Care, 2016. 20(3): p. 405-414.
178. Lin, Y.-N., et al., *Parenting stress and child behavior problems in young children with autism spectrum disorder: Transactional relations across time*. Journal of Autism and Developmental Disorders, 2021. 51: p. 2381-2391.
179. Miranda, A., et al., *Parenting stress in mothers of children with autism without intellectual disability. Mediation of behavioral problems and coping strategies*. Frontiers in psychology, 2019. 10: p. 464.
180. Schnabel, A., et al., *Psychopathology in parents of children with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis of prevalence*. Autism, 2020. 24(1): p. 26-40.
181. Atılgan, S.A. and Ş.G. Kolburan, *Otizimli ve Normal Gelişimli Çocuğa Sahip Annelerin Depresyon Düzeyleri ve Depresyonla Başa Çıkma Stratejilerinin İncelenmesi*. Aydın Sağlık Dergisi, 2019. 5(2): p. 133-160.
182. Fırat, S., *Otistik çocukların anne-babalarının depresyon ve kaygı düzeyleri*. Cukurova Medical Journal, 2016. 41(3): p. 539-547.

183. Kurşun, Z., *Yaygın gelişimsel bozukluğu olan ve normal gelişim gösteren çocukların anne babalarının stres düzeyleri ve stresle başa çıkma yollarının karşılaştırılması*. 2018, İstanbul Ticaret Üniversitesi.
184. Tunçel, A., *Çocuklarında otizm spektrum bozukluğu olan annelerin depresyon, tükenmişlik ve umutsuzluk düzeylerinin çocuktaki otizmin ağırlık derecesine göre karşılaştırılması*. 2017, Hasan Kalyoncu Üniversitesi.
185. AKKUŞ, P.Z., et al., *Otizm spektrum bozukluğu tanısı ile yaşamak: Ailelerin deneyimleri*. Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi, 2021. 15(4): p. 272-279.
186. Kal, B., *Otizm spektrum bozukluğu tanısı olan çocukların annelerindeki anksiyete ve depresyon düzeylerinin incelenmesi*. 2020, İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.
187. Öz, B., T. Yüksel, and S. Nasiroğlu, *Depression-anxiety symptoms and stigma perception in mothers of children with autism spectrum disorder*. Archives of Neuropsychiatry, 2020. 57(1): p. 50.
188. Tümlü, C. and R. Akdoğan, *Otizmli çocuk ebeveynlerinde evlilik doyumunun dinamikleri: bir karma çalışma*. Anadolu Journal of Educational Sciences International, 2019. 9(1): p. 129-162.
189. Fung, K., et al., *ACT processes in group intervention for mothers of children with autism spectrum disorder*. Journal of autism and developmental disorders, 2018. 48: p. 2740-2747.
190. Angold, A., et al., *Perceived parental burden and service use for child and adolescent psychiatric disorders*. American journal of public health, 1998. 88(1): p. 75-80.
191. Rafferty, D., L. Tidman, and N. Ekas, *Parenting experiences of fathers of children with autism spectrum disorder with or without intellectual disability*. Journal of Intellectual Disability Research, 2020. 64(6): p. 463-474.
192. Scherer, N., I. Verhey, and H. Kuper, *Depression and anxiety in parents of children with intellectual and developmental disabilities: A systematic review and meta-analysis*. PloS one, 2019. 14(7): p. e0219888.

193. Kimura, M., *Negative social interactions and coping behaviors: experiences of Japanese mothers caring for children with special needs in disaster areas*. BMC Research Notes, 2020. 13: p. 1-6.
194. Warren, Z., et al., *A systematic review of early intensive intervention for autism spectrum disorders*. Pediatrics, 2011. 127(5): p. e1303-e1311.
195. Goodman, R., *Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2001. 40(11): p. 1337-1345.
196. Güvenir, T., et al., *Güçler ve güçlükler anketi'nin (gga) Türkçe uyarlamasının psikometrik özellikleri*. Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health, 2008. 15(2): p. 65-74.
197. Schopler, E., R.J. Reichler, and B.R. Renner, *The childhood autism rating scale (CARS)*. 2010: Western Psychological Services Los Angeles, CA.
198. Sucuoğlu, N., et al., *Otistik çocukların değerlendirilmesinde kullanılan ölçeklere ilişkin bir çalışma*. 3P Dergisi Psikoloji, Psikiyatri ve Psikofarmakoloji, 1996. 4.
199. Beck, A.T., et al., *An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties*. Journal of consulting and clinical psychology, 1988. 56(6): p. 893.
200. Ulusoy, M., N.H. Sahin, and H. Erkmen, *Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: psychometric properties*. Journal of cognitive psychotherapy, 1998. 12(2): p. 163.
201. Beck, A.T., et al., *An inventory for measuring depression*. Archives of general psychiatry, 1961. 4(6): p. 561-571.
202. Hisli, N., *Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenilirliği.(A reliability and validity study of Beck Depression Inventory in a university student sample)*. J. Psychol., 1989. 7: p. 3-13.
203. Bostanci, M., et al., *Depressive symptomatology among university students in Denizli, Turkey: prevalence and sociodemographic correlates*. Croatian medical journal, 2005.

204. Eser, S., et al., *Yaşlılar için dünya sağlık örgütü yaşam kalitesi modülü WHOQOL-OLD: Türkiye alan çalışması Türkçe sürüm geçerlilik ve güvenilirlik sonuçları*. Turk Psikiyatri Dergisi, 2010. 21(1).
205. Carver, C.S., M.F. Scheier, and J.K. Weintraub, *Assessing coping strategies: a theoretically based approach*. Journal of personality and social psychology, 1989. 56(2): p. 267.
206. Ağargün, M.Y., et al., *COPE (Başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeği): Psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma*. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2005. 6(4): p. 221-226.
207. Sandin, S., et al., *Autism risk associated with parental age and with increasing difference in age between the parents*. Molecular psychiatry, 2016. 21(5): p. 693-700.
208. Vakfı, T.O., *Türkiye’de otizm spektrum bozukluğu ve özel eğitim raporu*. 2017.
209. Eroğlu, M., *Örgün eğitime devam eden otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuklarda akran zorbalığı*. 2018.
210. Eğitim, T.M.E.B.Ö. and V.R.H.G. Müdürlüğü, *Otistik çocuklar eğitim programı*. 2018.
211. Eroğlu, M. and N. Yakşı, *Changes in Symptom Severity and Sleeping Habits After Earthquake in Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorder: The Case of the Kahramanmaraş Earthquake in 2023, Turkey*. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2023. 14(4): p. 577-586.
212. Altun, U.D.F., et al., *Van Depremi Sonrasında Bölgede Görülen Dermatolojik Hastalıklar*.
213. Tawil, S. and A. Harley, *Education and identity-based conflict: Assessing curriculum policy for social and civic reconstruction*. Education, conflict and social cohesion, 2004. 9.
214. Kardaş, F. and F. Tanhan, *Van depremini yaşayan üniversite öğrencilerinin travma sonrası stres, travma sonrası büyüme ve umutsuzluk düzeylerinin incelenmesi*. Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 2018. 15(1): p. 1-36.

215. Şeker, B.D. and E. Akman, *Van Depremi Sonrası Duygusal, Bilişsel Ve Davranışsal Tepkiler: Polis Örneklemi İncelemesi*. Uludağ Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi, 2014. 15(27): p. 215-231.
216. Kang, Y.-Q., et al., *Sleep problems influence emotional/behavioral symptoms and repetitive behavior in preschool-aged children with autism spectrum disorder in the unique social context of China*. Frontiers in psychiatry, 2020. 11: p. 273.
217. Muhsinoğlu, H., *COVID-19 pandemisinin sağlık çalışanlarının çocuklarındaki ruhsal belirtiler ve uyku sorunlarına etkisi*. 2021.
218. Folkman, S., et al., *Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms*. Journal of personality and social psychology, 1986. 50(3): p. 571.
219. Peyrot, M., J.F. McMurry Jr, and D.F. Kruger, *A biopsychosocial model of glycemic control in diabetes: stress, coping and regimen adherence*. Journal of health and social behavior, 1999: p. 141-158.
220. Tremolada, M., S. Bonichini, and L. Taverna, *Coping strategies and perceived support in adolescents and young adults: predictive model of self-reported cognitive and mood problems*. Psychology, 2016. 7(14): p. 1858-1871.
221. Vernhet, C., et al., *Coping strategies of parents of children with autism spectrum disorder: A systematic review*. European child & adolescent psychiatry, 2019. 28: p. 747-758.
222. Altun, H. and İ. Altun, *Maternal Psychological Distress and Coping Strategies in Mothers of Children with Myelomeningocele Aged 1-72 months*. Medp Psychiatry Behav Sci, 2023. 3(1).
223. Çandır, G., *4-24 yaş arası otizm spektrum bozukluğu ve down sendromu tanısı alan çocukların annelerinde depresyon, anksiyete, stres ve baş etme tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi*. 2015, İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
224. Compas, B.E., et al., *Coping with stress during childhood and adolescence: problems, progress, and potential in theory and research*. Psychological bulletin, 2001. 127(1): p. 87.

225. Esra, Ç., G.Ş. Dinç, and S.E.Ç. Kültür, *Relationship with Psychiatric Symptoms: A Preliminary Report Coping Styles of Mothers of Children with Chronic Diseases and Their*. Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi. 10(3): p. 170-176.
226. Rohde, P., et al., *Dimensionality of coping and its relation to depression*. Journal of personality and Social Psychology, 1990. 58(3): p. 499.
227. Melnyk, B.M., et al., *Coping in parents of children who are chronically ill: strategies for assessment and intervention*. Pediatric nursing, 2001. 27(6).
228. Kieckhefer, G.M., et al., *A randomized clinical trial of the building on family strengths program: an education program for parents of children with chronic health conditions*. Maternal and child health journal, 2014. 18: p. 563-574.
229. Barlow, J.H. and D.R. Ellard, *Psycho-educational interventions for children with chronic disease, parents and siblings: An overview of the research evidence base*. Child: care, health and development, 2004. 30(6): p. 637-645.

8. TABLOLAR DİZİNİ

	<u>Sayfa No</u>
Tablo 1. OSB Prevalansı	6
Tablo 2. OSB’de tanısal değerlendirmede aileden alınması gereken bilgiler	13
Tablo 3. Temel Tıbbi İncelemeler.....	14
Tablo 4. OSB’de İleri Tıbbi İncelemeler	15
Tablo 5. Tamamlayıcı ve alternatif tedaviler	20
Tablo 6. Prognoz ve Gidişi Belirleyici Etmenler	21
Tablo 7. EM-DAT, CRED	22
Tablo 8. Korelasyon Katsayısına Göre İlişki Durumu.....	43
Tablo 9. Gruplara göre çocuğun sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması	44
Tablo 10. Gruplara göre annenin sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması	46
Tablo 11. Gruplara göre babanın sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması	47
Tablo 12. Gruplara göre çocuğun doğum öyküsü ve nörolojik gelişim özelliklerinin karşılaştırılması	48
Tablo 13. Hasta grubunda olanların hastalık özellikleri	49
Tablo 14. Gruplara göre çocuğun ek hastalık ve ilaç kullanımlarının karşılaştırılması.	50
Tablo 15. Gruplara göre çocuğun depresyon dışında unutmadığı olay ve depresyonda korkma durumunun karşılaştırılması.....	51
Tablo 16. Gruplara göre depresyonla ilgili özelliklerin karşılaştırılması	52
Tablo 17. Gruplara göre depresyon sonrası yaşanan psikiyatrik sorunların karşılaştırılması	53
Tablo 18. Gruplara göre çocuğun depresyon sonrası yaşadıkları değişikliklerin karşılaştırılması	54
Tablo 19. Gruplara göre GGA ölçek alt boyutlarının karşılaştırılması.....	55
Tablo 20. Hasta grubunda cinsiyete göre GGA ölçek alt boyutlarının karşılaştırılması	55

Tablo 21. Kontrol grubunda cinsiyete göre GGA ölçek alt boyutlarının karşılaştırılması	55
Tablo 22. Hasta grubunda bulunanların CARS kategorisi ve puanı	56
Tablo 23. Hasta grubunda cinsiyete göre CARS kategorisi ve puanının karşılaştırılması	56
Tablo 24. Gruplara göre anksiyete düzeyinin karşılaştırılması.....	56
Tablo 25. Hasta grubunda cinsiyete göre anksiyete düzeyinin karşılaştırılması	57
Tablo 26. Kontrol grubunda cinsiyete göre anksiyete düzeyinin karşılaştırılması	57
Tablo 27. Gruplara göre depresyon düzeyinin karşılaştırılması	58
Tablo 28. Hasta grubunda cinsiyete göre depresyon düzeyinin karşılaştırılması	58
Tablo 29. Kontrol grubunda cinsiyete göre depresyon düzeyinin karşılaştırılması.....	59
Tablo 30. Gruplara göre COPE ölçek alt boyutlarının karşılaştırılması	59
Tablo 31. Hasta grubunda cinsiyete göre COPE ölçek alt boyutlarının karşılaştırılması	60
Tablo 32. Kontrol grubunda cinsiyete göre COPE ölçek alt boyutlarının karşılaştırılması	61
Tablo 33. Hasta grubunda çocuk yaşı, anne yaşı ve CARS puanının ölçek puanları ile korelasyonu	62
Tablo 34. Hasta grubunda GGA puanının diğer ölçek puanları ile korelasyonu	64
Tablo 35. Kontrol grubunda çocuk yaşı, anne yaşı ve CARS puanının ölçek puanları ile korelasyonu	65
Tablo 36. Kontrol grubunda GGA puanının diğer ölçek puanları ile korelasyonu.....	67

9. ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa No

Şekil 1. Kahramanmaraş Merkez deprem sonrasından bir görüntü..... 24



10. EKLER DİZİNİ

	<u>Sayfa No</u>
EK 1. Sosyodemografik Veri Formu.....	117
EK 2. Sosyodemografik Veri Formu.....	119
EK 3. Güçler ve Güçlükler Anketi	121
EK 4. Çocukluk Otizmi Puanlama Ölçeği.....	123
EK 5. Beck Anksiyete Ölçeği.....	131
EK 6. Beck Depresyon Ölçeği	132
EK 7. Başa Çıkma Ttutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE)	133
EK 8. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	136

11. EKLER

EK 1. Sosyodemografik Veri Formu

1. Çocuğun adı soyadı:.....
2. Çocuğun yaşı:.....
3. Çocuğun cinsiyeti (a) Erkek (b) Kız.....
4. Çocuğun eğitimi (yıl-kaçıncı sınıf):.....
5. Çocuğun eğitim durumu:
(a) Normal örgün eğitim (b) Özel alt sınıf (c) Kaynaştırma (d) Okula gitmiyor
6. Kaç kardeşi var? Kaçıncı çocuk:.....
7. Yaşadığı yer? (a) Merkez (b) İlçe/kasaba/köy
8. Annenin yaşı:.....
9. Annenin eğitim durumu :
(a) Okur-Yazar (b) İlkokul mezunu (c) Ortaokul Mezunu (d) Lise mezunu
(e) Üniversite mezunu
10. Anne mesleği:
(a) Ev hanımı (b) İşçi (c) Memur (d) Emekli (e) Esnaf (f) Serbest (g) Diğer
11. Annede psikiyatrik hastalık var mı? (a) Hayır (b) Evet (belirtiniz).....
Cevabınız evet ise: psikiyatrik hastalığınız deprem öncesinde (a) vardı (b) yoktu
12. Babanın yaşı:.....
13. Babanın eğitim durumu
(a) Okur-Yazar değil (b) Okur-Yazar (c) İlkokul mezunu
(d) Ortaokul mezunu (e) Lise mezunu (f) Üniversite mezunu
14. Babanın mesleği
(a) İşçi (b) Memur (c) Emekli (d) Esnaf (e) Serbest (f) İşsiz (g) Diğer
15. Babada psikiyatrik hastalık var mı? (a) Hayır (b) Evet (belirtiniz).....
Cevabınız evet ise: psikiyatrik hastalığınız deprem öncesinde (a) vardı (b) yoktu
16. Anne-Baba arası akrabalık var mı? (a) Var (b) Yok
17. Ailenizin aylık gelir düzeyi nedir? 18. Aile tipiniz nedir?
(a) 12.000TL veya daha az (a) Çekirdek aile
(b) 12.000-25.000 TL arası (b) Geniş aile
(c) 25.000-60.000 TL arası (c) Boşanmış aile
(d) 60.000 TL üzeri (d) Anne kaybı
(e) Baba kaybı
19. Çocuğunuzun doğum şekli ? (a) Normal doğum (b) Sezaryen (Nedeni?.....)
20. Çocuğun prematür (erken) doğum öyküsü var mı? (a) Var (b) Yok
21. Çocuğunuz desteksiz yürümeye ne zaman başladı?
(a) 10 aydan önce (b) 10 ay-18 ay arası (c) 18 ay-24 ay arası (d) diğer.....
22. Çocuğunuz ilk anlamlı kelimelerini (örneğin; anne, baba vs) ne zaman söylemeye başladı?
(a) 10 aydan önce (b) 10 ay-12 ay arası (c) 12 ay- 18 ay arası (d) halen söylemiyor (d) diğer.....
23. Çocuğunuz otizm tanısını kaç yaşında aldı?
(a) 1-2 yaş (b) 2-3 yaş (c) 3-4 yaş (d) 4 yaş üzeri
24. Çocuğunuz özel eğitim almaya kaç yaşında başladı?
(a) 1-2 yaş (b) 2-3 yaş (c) 3-4 yaş (d) 4 yaş üzeri
25. Çocuğunuzun haftalık özel eğitim saati nedir?
(a) 2 saatten az (b) 2-4 saat (c) 4-8 saat (d) 8 saatten fazla
26. Çocuğunuzun bilinen bir tıbbi hastalığı var mı? (varsa belirtiniz)
(a) Var (.....) (b) Yok
27. Çocuğunuzun bilinen tıbbi hastalığına yönelik kullandığı ilaç var mı? (varsa belirtiniz) (a) Var
(.....) (b) Yok
28. Çocuğunuzun otizm dışında bilinen bir psikiyatrik hastalığı var mı? (varsa belirtiniz) (a) Var
(.....) (b) Yok
Cevabınız var ise: şikayetlerinin deprem öncesinde olup olmadığını belirtiniz
(a) vardı (b) yoktu
29. Çocuğunuzun bilinen psikiyatrik hastalığına yönelik kullandığı ilaç var mı? (varsa belirtiniz) (a) Var
(.....) (b) Yok
30. Çocuğunuzun daha önce deprem dışında unutmadığı ve çok etkilendiği bir olay oldu mu? (yakın ölümü, istismar vs.)
(a) Evet (b) Hayır
- Varsa açıklayınız:
31. Deprem anında çocuğunuzla birlikte miydiniz? (a) Evet (b) Hayır
32. Çocuğunuz gece olan deprem sırasında nerede bulunuyordu ?
(a) Kendi Evinde (b) Başka Bir Evde (c) Sokakta (d) Taşıtta (e) Diğer
33. Çocuğunuz gündüz olan deprem sırasında nerede bulunuyordu?
(a) Kendi Evinde (b) Başka Bir Evde (c) Sokakta (d) Taşıtta (e) Diğer
34. Çocuğunuz şu an nerede yaşıyor?
(a) Aynı evinde (b) Farklı evde (c) Konteynerde (d) Çadırda (e) Diğer
35. Çocuğunuz depremde göçük altında kaldı mı? (a) Evet (b) Hayır
Evet ise kaç saat/gün belirtiniz.....
36. Çocuğunuz depremde yaralandı mı? (a) Evet (b) Hayır

- 37.Çocuğunuzun depremde aile üyelerinden veya arkadaşlarından göçük altında kalan, yaralanan oldu mu? (a) Evet
(b) Hayır
Evet ise yakınlık derecesini belirtiniz (anne/baba/kardeş/arkadaş vs gibi).....
- 38.Çocuğunuzun depremde aile üyelerinden vefat eden oldu mu? (a) Evet (b)Hayır
Depremde vefat eden varsa yakınlık derecesi?
(a)Anne (b) Baba (c) Kardeş (d)Diğer(.....)
- 39.Depremde eviniz ciddi şekilde hasar gördü mü? (orta ya da ağır hasarlı)
(a) Evet (b) Hayır
- 40.Çocuğunuz depremde önemli eşyalarını kaybetti mi? (a) Evet (b) Hayır
- 41.Çocuğunuz depremde aşırı panik veya korku hissetti mi? (a) Evet (b) Hayır
- 42.Çocuğunuzun deprem sonrası aşağıdaki psikiyatrik sorunlardan yaşadığı oldu mu? (birden fazla seçenek işaretlenebilir)
(a) İletişim sorunlarında artış
(b) Tekrarlayıcı hareketlerinde artış
(c) Huzursuzluk, Sinirlilik,
(d) Öfke patlaması, Ağlama nöbetleri
(e) Hareketlilikte artış
(f) Kendine zarar verici davranış
(g) Başkasına zarar verici davranış
(h) Alıştığı düzeni isteme
(i) Deprem sırasında evinden çıkmayı istememe
(j) Deprem sırasında evine girmeyi istememe
(k) Uyku sorunları
(l) Yeme sorunları
(m) Korku, Kaygı
(n) Depremle ilgili konuşmalardan rahatsız olma
(o) Uyurken yalnız yatmayı istememe
(p) Mutsuzluk, keyifsizlik
(r) Diğer (belirtiniz.....)
43. Çocuğunuzun deprem sonrası okula devam durumu nedir?
(a) Düzenli gitti (b) Sık sık devamsızlık yaptı (c) Gitmedi (d) Normalde de gitmiyordu
44. Çocuğunuzda deprem öncesinde psikiyatrik şikayetler var ise deprem sonrasında bu şikayetlerde değişiklik oldu mu?
(a) Arttı (b) Azaldı (c) Değişiklik olmadı
45. Çocuğunuzun depremde ne kadar etkilendiğini düşünüyorsunuz?
(a) Hiç (b) Az (c) Orta (d) Çok
- 46.Çocuğunuzun deprem sonrası telefon/tablet/bilgisayar ile geçirdiği vakitte değişiklik oldu mu? Değişti ise kısaca açıklayınız
(a) Değişmedi (b) Az arttı (c) Çok Arttı (d) Azaldı
- 47.Deprem sonrası süreçte yaşadığınız güçlükleri (olumsuz etkileyen durumları) belirtiniz?
.....
- 48.Deprem sonrası süreçte olumlu etkileyen durumları belirtiniz?
.....

EK 2. Sosyodemografik Veri Formu

1. Çocuğun adı soyadı:.....
2. Çocuğun yaşı:.....
3. Çocuğun cinsiyeti (a) Erkek (b) Kız.....
4. Çocuğun eğitimi (yıl-kaçıncı sınıf):.....
5. Çocuğun eğitim durumu:
(a) Normal örgün eğitim (b) Özel alt sınıf (c) Kaynaştırma (d) Okula gitmiyor
6. Kaç kardeşi var?..... Kaçıncı çocuk:.....
7. Yaşadığı yer? (a) Merkez (b) İlçe/kasaba/köy
8. Annenin yaşı:.....
9. Annenin eğitim durumu :
(a) Okur-Yazar (b) İlkokul mezunu (c) Ortaokul Mezunu (d) Lise mezunu (e) Üniversite mezunu
10. Anne mesleği:
(a) Ev hanımı (b) İşçi (c) Memur (d) Emekli (e) Esnaf (f) Serbest (g) Diğer
11. Annede psikiyatrik hastalık var mı? (a) Hayır (b) Evet (belirtiniz).....
Cevabınız evet ise: psikiyatrik hastalığınız deprem öncesinde (a) vardı (b) yoktu
12. Babanın yaşı:.....
13. Babanın eğitim durumu
(a) Okur-Yazar değil (b) Okur-Yazar (c) İlkokul mezunu
(d) Ortaokul mezunu (e) Lise mezunu (f) Üniversite mezunu
14. Babanın mesleği
(a) İşçi (b) Memur (c) Emekli (d) Esnaf (e) Serbest (f) İşsiz (g) Diğer
15. Babada psikiyatrik hastalık var mı? (a) Hayır (b) Evet (belirtiniz).....
Cevabınız evet ise: psikiyatrik hastalığınız deprem öncesinde (a) vardı (b) yoktu
16. Anne-Baba arası akrabalık var mı? (a) Var (b) Yok
17. Ailenizin aylık gelir düzeyi nedir? 18. Aile tipiniz nedir?
(a) 12.000TL veya daha az (a) Çekirdek aile
(b) 12.000–25.000 TL arası (b) Geniş aile
(c) 25.000–60.000 TL arası (c) Boşanmış aile
(d) 60.000 TL üzeri (d) Anne kaybı
(e) Baba kaybı
19. Çocuğunuzun doğum şekli ? (a) Normal doğum (b) Sezaryen (Nedeni?.....)
20. Çocuğun prematür (erken) doğum öyküsü var mı? (a) Var (b) Yok
21. Çocuğunuz desteksiz yürümeye ne zaman başladı?
(a) 10 aydan önce (b) 10 ay-18 ay arası (c) 18 ay-24 ay arası (d) diğer.....
22. Çocuğunuz ilk anlamlı kelimelerini (örneğin; anne, baba vs) ne zaman söylemeye başladı?
(a) 10 aydan önce (b) 10 ay-12 ay arası (c) 12 ay- 18 ay arası (d) halen söylemiyor (d) diğer.....
23. Çocuğunuzun bilinen bir tıbbi hastalığı var mı? (varsa belirtiniz)
(a) Var (.....) (b) Yok
24. Çocuğunuzun bilinen tıbbi hastalığına yönelik kullandığı ilaç var mı? (varsa belirtiniz)
(a) Var (.....) (b) Yok
25. Çocuğunuzun otizm dışında bilinen bir psikiyatrik hastalığı var mı? (varsa belirtiniz) (a) Var (.....) (b) Yok
Cevabınız var ise: şikayetlerinin deprem öncesinde olup olmadığını belirtiniz
(a) vardı (b) yoktu
26. Çocuğunuzun bilinen psikiyatrik hastalığına yönelik kullandığı ilaç var mı? (varsa belirtiniz) (a) Var (.....) (b) Yok
27. Çocuğunuzun daha önce deprem dışında unutmadığı ve çok etkilendiği bir olay oldu mu? (yakın ölümü, istismar vs.) (a) Evet (b) Hayır
- Varsa açıklayınız:
28. Deprem anında çocuğunuzla birlikte miydiniz? (a) Evet (b) Hayır
29. Çocuğunuz gece olan deprem sırasında nerede bulunuyordu ?
(a) Kendi Evinde (b) Başka Bir Evde (c) Sokakta (d) Taşıtta (e) Diğer
30. Çocuğunuz gündüz olan deprem sırasında nerede bulunuyordu?
(a) Kendi Evinde (b) Başka Bir Evde (c) Sokakta (d) Taşıtta (e) Diğer
31. Çocuğunuz şu an nerede yaşıyor?
(a) Aynı evinde (b) Farklı evde (c) Konteynerde (d) Çadırdı (e) Diğer

32. Çocuğunuz depremde göçük altında kaldı mı? (a) Evet (b) Hayır
Evet ise kaç saat/gün belirtiniz.....
33. Çocuğunuz depremde yaralandın mı? (a) Evet (b) Hayır
34. Çocuğunuzun depremde aile üyelerinden veya arkadaşlarından göçük altında kalan, yaralanan oldu mu? (a) Evet (b) Hayır
Evet ise yakınlık derecesini belirtiniz (anne/baba/kardeş/arkadaş vs gibi).....
- 35.Çocuğunuzun depremde aile üyelerinden vefat eden oldu mu? (a) Evet (b)Hayır
Depremde vefat eden varsa yakınlık derecesi?
(a)Anne (b) Baba (c) Kardeş (d)Diğer(.....)
- 36.Depremde eviniz ciddi şekilde hasar gördü mü? (orta ya da ağır hasarlı)
(a) Evet (b) Hayır
- 37.Çocuğunuz depremde önemli eşyalarını kaybetti mi? (a) Evet (b) Hayır
- 38.Çocuğunuz depremde aşırı panik veya korku hissetti mi? (a) Evet (b) Hayır
- 39.Çocuğunuzun deprem sonrası aşağıdaki psikiyatrik sorunlardan yaşadığı oldu mu? (birden fazla seçenek işaretlenebilir)
(a) İletişim sorunlarında artış
(b) Tekrarlayıcı hareketlerinde artış
(c) Huzursuzluk, Sinirlilik,
(d) Öfke patlaması, Ağlama nöbetleri
(e) Hareketlilikte artış
(f) Kendine zarar verici davranış
(g) Başkasına zarar verici davranış
(h) Alıştığı düzeni isteme
(i) Deprem sırasında evinden çıkmayı istememe
(j) Deprem sırasında evine girmeyi istememe
(k) Uyku sorunları
(l) Yeme sorunları
(m) Korku, Kaygı
(n) Depremle ilgili konuşmalardan rahatsız olma
(o) Uyurken yalnız yatmayı istememe
(p) Mutsuzluk, keyifsizlik
(r) Diğer (belirtiniz.....)
40. Çocuğunuzun deprem sonrası okula devam durumu nedir?
(a) Düzenli gitti (b) Sık sık devamsızlık yaptı (c) Gitmedi (d)Normalde de gitmiyordu
41. Çocuğunuzda deprem öncesinde psikiyatrik şikayetler var ise deprem sonrasında bu şikayetlerde değişiklik oldu mu?
(a) Arttı (b) Azaldı (c) Değişiklik olmadı
42. Çocuğunuzun depremden ne kadar etkilendiğini düşünüyorsunuz?
(a) Hiç (b) Az (c) Orta (d) Çok
- 43.Çocuğunuzun deprem sonrası telefon/tablet/bilgisayar ile geçirdiği vakitte değişiklik oldu mu? Değişti ise kısaca açıklayınız
(a) Değişmedi (b) Az arttı (c) Çok Arttı (d) Azaldı
- 44.Deprem sonrası süreçte yaşadığınız güçlükleri (olumsuz etkileyen durumları) belirtiniz?
.....
- 45.Deprem sonrası süreçte olumlu etkileyen durumları belirtiniz?
.....

EK 3. Güçler ve Güçlükler Anketi

	GÜÇLER VE GÜÇLÜKLER ANKETİ			Doküman Kodu	PS.FR.18
				Yayın Tarihi	11.10.2017
				Revizyon Numarası	0
				Revizyon Tarihi	0
				Sayfa Numarası	1/2
Her cümle için, Doğru Değil, Kısmen Doğru, Tamamen Doğru kutularından birini işaretleyiniz. Kesinlikle emin olamasanız ya da size anlamsız görünse de elinizden geldiğince tüm cümleleri yanıtlamanız bize yardımcı olacaktır. Lütfen yanıtlarınızı çocuğunuzun son bir ay içindeki davranışlarını göz önüne alarak veriniz.					
Çocuğunuzun Adı:				Kız / Erkek	
Doğum Tarihi: ... / ... /					
	Doğru Değil	Kısmen Doğru	Kesinlikle Doğru		
Diğer insanların duygularını önemser.	☐	☐	☐		
Huzursuz ve aşın hareketlidir, uzun süre kıpırdamadan duramaz.	☐	☐	☐		
Sıkça baş ağnsı, kann ağnsı ve bulantı şikayetleri olur	☐	☐	☐		
Diğer çocuklarla kolayca paylaşır. (yiyeceğini, oyuncakını, kalemini v.s.)	☐	☐	☐		
Sıkça öfke nöbetleri olur yada aşın sinirlidir.	☐	☐	☐		
Daha çok tek başınadır, yalnız oynama eğilimindedir.	☐	☐	☐		
Genellikle söz dinler, büyüklerin isteklerini yapar.	☐	☐	☐		
Birçok kaygısı vardır. Sıkça endişeli görünür.	☐	☐	☐		
Eğer birisi incinmiş, morali bozulmuş yada kendini kötü hissediyor ise ona yardımcı olur.	☐	☐	☐		
Sürekli elleri ayakları kıpır kıpırdır yada oturduğu yerde kıpırdanıp durur.	☐	☐	☐		
En az bir yakın arkadaşı vardır.	☐	☐	☐		
Sıkça diğer çocuklarla kavga eder yada onlarla alay eder.	☐	☐	☐		
Sıkça mutsuz, kederli yada ağlamaktadır.	☐	☐	☐		
Genellikle diğer çocuklar tarafından sevilir.	☐	☐	☐		
Dikkati kolayca dağılır. Dikkatini toplamakta güçlük çeker.	☐	☐	☐		
Yeni ortamlarda gergin yada huysuzdur. Kendine güvenini kolayca kaybeder.	☐	☐	☐		
Kendinden küçüklere iyi davranır.	☐	☐	☐		
Sıkça yalan söyler yada hile yapar.	☐	☐	☐		
Diğer çocuklar ona takarlar yada onunla alay ederler.	☐	☐	☐		
Sıkça başkalarına (anne baba, öğretmen, diğer çocuklar) yardım etmeye istekli olur.	☐	☐	☐		
Bir şeyi yapmadan önce düşünür.	☐	☐	☐		
Ev, okul yada başka yerlerden çalar.	☐	☐	☐		
Büyüklerle çocuklardan daha iyi geçinir.	☐	☐	☐		
Pek çok korkusu var. Kolayca ürker.	☐	☐	☐		
Başladığı işi bitirir, dikkat süresi iyidir.	☐	☐	☐		
Belirtmek istediğiniz başka düşünce ya da duygunuz var mı?					
Lütfen sayfayı çeviriniz - arka sayfada birkaç soru daha var					

Bu kliniğe gelmeye başladığınızdan bu yana çocuğunuzun sorunları:

Çok Daha Kötü	Biraz Daha Kötü	Hemen Hemen Aynı	Biraz Daha İyi	Çok Daha İyi
☐	☐	☐	☐	☐

Bu kliniğe devam etmek diğer yönlerden yardımcı olmakta mı? (örn: bilgilendirilme ya da sorunların daha katlanılabilir hale getirilmesi)

Kesinlikle Hayır	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla
☐	☐	☐	☐

Son bir aydır, çocuğunuzun aşağıdaki alanların birinde ya da daha fazlasında güçlükleri olduğunu düşünüyor musunuz: duygular, dikkati toplama, davranış yada başkaları ile geçinebilme?

Hayır	Evet Biraz	Evet Oldukça Ciddi	Çok Ciddi
☐	☐	☐	☐

Eğer yanıtınız "evet" ise, lütfen aşağıdaki bu güçlüklerle ilişkin soruları yanıtlayınız.

• Bu güçlükler çocuğunuzu sıkıntıya sokuyor yada moralini bozuyor mu?

Kesinlikle Hayır	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla
☐	☐	☐	☐

• Bu güçlükler aşağıdaki alanlarda, çocuğunuzun günlük yaşamını etkiliyor mu?

Kesinlikle Hayır	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla
---------------------	-------	---------------	-----------

Ev yaşamı

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Arkadaş ilişkileri

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Sınıf içi öğrenme

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Boş zaman etkinlikleri

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

• Bu güçlükler size ya da ailenize zorluk yaşıyor mu?

Kesinlikle Hayır	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla
☐	☐	☐	☐

İmza: Tarih:

Anne / Baba / Diğer (lütfen belirtiniz):

Yardımanız için teşekkür ederiz

EK 4. Çocukluk Otizmi Puanlama Ölçeği

Yönergeler: ölçeğin her bir maddesi ile ilişkili davranışları puanlayın. 15 puanekleyin ve sondaki ölçeği kullanın.

I. İNSANLARLA İLİŞKİ

- 1** İnsanlarla ilişkisinde güçlük veya anormallik kanıtı yok-Çocuğundavranışları yaşına uygun. Yapacağı şeyler anlatıldığında biraz utanma, mızızlık veya sıkıntı gözlenebilir, fakat atipik derecede değildir. **1.5** (Bu puanlar arasında ise)
- 2** Hafif derecede anormal ilişkiler- çocuk yetişkinin gözüne bakmaktan kaçınabilir, ilişkiye zorlandığında yetişkinden kaçınabilir veya mızızlıkyapabilir, aşırı utangaç olabilir, tipikolarak yetişkine yanıt vermeyebilirveya aynı yaştaki çocuklardan biraz daha fazla olarak anne babaya yapışkanlık gösterebilir. **2.5** (Bu puanlar arasında ise)
- 3 Orta** derecede anormal ilişkiler- çocuk çoğu zaman soğuk (uzak)(yetişkinin farkında değilmişgibi gözükür) tur. Çoğu zaman çocuğun dikkatini çekmek için ısrarcı ve zorlu çabalar gerekir. Az derecede ilişki çocukla yapılabilir. **3.5** (Bu puanlar arasında ise)
- 4** Aşırı derecede anormal ilişkiler- Çocuk belirgin derecede uzak ve soğuktur veya yetişkinin yaptıkları şeylerin farkında değildir. Hemen hemen hiç yetişkine yanıt vermez veyailişki başlatmaz. Çok ısrarcı çabalarla bile çocuğun dikkati hiçbir şekilde çekilemez.

II. TAKLİT

- 1** Uygun taklit-Çocuk beceri düzeyine uygun olan sesleri, kelimeleri ve hareketleri taklit edebilir. **1.5** (Bu puanlar arasında ise)
- 2** Hafif derecede anormal taklit-Çoğu zaman çocuk alkış veya tek cümlelik basit davranışları taklit edebilir; nadiren zorlama veya özendirme sonrası veya gecikmeli olarak taklit eder. **2.5** (Bu puanlar arasında ise)
- 3** Orta derecede anormal taklit-Çocuk yalnızca yetişkinin büyük ısrarı ve yardımı olduğu zamanlarda taklit eder;sıklıkla yalnızca bir gecikme sonrasitaklit eder.

3.5 (Bu puanlar arasında ise)

4 Aşırı derecede anormal taklit- Yetişkinin özendirme, zorlama ve yardımı olsa bile, ses, kelime veya hareketleri nadiren veya hiç taklitetmezler.

III. DUYGUSAL TEPKİ

1 Yaş ve duruma uygun duygusal tepkiler- Çocuk, yüz ifadesi, duruş ve tarzında bir değişikliğin görüldüğü, uygun tip ve derecede duygusal tepki gösterir.

1.5 (Bu puanlar arasında ise)

2 Hafif derecede anormal duygusal tepkiler-çocuk nadiren biraz uygunsuz tip ve derecede duygusal tepkiler gösterir. Tepkiler bazen çevresindekinesne veya olaylarla ilişkisizdir.

2.5 (Bu puanlar arasında ise)

3 Orta derecede anormal duygusal tepkiler-çocuk belirgin şekilde uygunsuz tip ve/veya derecede duygusal tepki gösterirler. Tepkileroldukça kaçınan veya aşırı ve durumla ilişkisiz olabilir; grimas, gülme olabilir veya belirgin duygusal tepki oluşturan nesne veya olaylarolmasa bile katı olabilir.

3.5 (Bu puanlar arasında ise)

4 Aşırı derecede anormal duygusal tepkiler-tepkiler nadiren duruma uygundur. Çocuk belirli duygu durumageldiğinde, duygu durumunudeğiştirmek çok zordur. Ters olarakhiçbir değişiklik olmadığı zaman çok farklı duygulanımlar gösterebilir.

IV. VÜCUT KULLANIMI

1 Yaşa uygun vücut kullanımı-çocuk aynı yaştaki normal çocuklarla aynı kolaylık, çeviklik ve koordinasyonla hareket eder.

1.5 (Bu puanlar arasında ise)

2 Hafif derecede anormal vücut kullanımı- bazı minör tuhaflıklar olabilir, örneğin sakarlık, tekrarlayıcı davranışlar, zayıf koordinasyon veya nadiren daha olağandışı davranışların gözlenmesi.

2.5 (Bu puanlar arasında ise)

3 Orta derecede anormal vücut kullanımı-Bu yaş çocuğu için açıkçatuhaf veya olağandışı davranışlarşunlar olabilir: garip parmak hareketleri, acayip parmak veya vücut postürü, vücudu dikleştirme veya toplama, kendine yönelik saldırganlık, sallanma, kendi etrafında dönme, parmak oynatma veya parmak uçlarında yürüme.

3.5 (Bu puanlar arasında ise)

4 Orta derecede anormal vücut kullanımı-yukarıda sayılan

davranışları yoğun veya sıkgöstermesi. Bu davranışlar engellemeye çalışma veya diğer etkinliklere çocuğu katılmasınarağmen devam edebilir.

V. NESNE KULLANIMI

1 Oyuncak ve diğer nesneleri İlgilenme ve uygun kullanma-beceri düzeylerine uygun oyuncak ve diğer nesnelere uygun ilgi gösterme ve bu oyuncakları uygun tarzda kullanma.

1.5 (Bu puanlar arasında ise)

2 Oyuncak ve diğer nesnelere ilgi ve kullanmada hafif derece uygunsuzluk- çocuk bir oyuncığa atipik ilgi gösterebilir veya uygunsuz çocuksu tarzda oynayabilir (örneğin, oyuncayı etrafa çarpma veya emme)

2.5 (Bu puanlar arasında ise)

3 Oyuncak ve diğer nesnelere ilgi ve kullanmada orta derece uygunsuzluk- çocuk oyuncak ve diğer nesnelere az ilgi gösterebilir veya bazı tuhaf şekilde bir oyuncak veya nesne kullanarak zaman geçirir. Oyuncanın önemsiz bir parçasına odaklanabilir, ışık saçan nesnelere hayranlık duyabilir, nesnenin bir kısmın tekrarlayıcı bir tarzda hareket ettirebilir veya bir obje ile sürekli oynayabilir.

3.5 (Bu puanlar arasında ise)

4 Oyuncak ve diğer nesnelere ilgi ve kullanmada aşırı derece uygunsuzluk- çocuk yukarıda bahsedilen davranışlarıyoğunluk ve sıklık olarak daha fazla gösterir. Çocuğu bu uygunsuz etkinliklerden ayırmak güçtür.

VI. DEĞİŞİKLİKLERE UYUMSAĞLAMA

1 Değişikliklere yaşına uygun tepki- günlük sıradanlıktan değişiklik gösterdiği zaman, çocuk büyük bir sıkıntı göstermeksizin, bu değişiklikleri kabul eder.

1.5 (Bu puanlar arasında ise)

2 Değişikliklere uyumda hafif derecede anormallik-yetişkin görevlerideğiştirmeye çalıştığında, çocuk aynı aktivitesine devam edebilir veya aynı materyali kullanabilir.

2.5 (Bu puanlar arasında ise)

3 Değişikliklere uyumda orta derecede anormallik-çocuk rutindenolan değişikliklere aktif olarak direnç gösterir veya eski etkinliğine devametmeye çalışır. Ve onu bu etkinlikten uzaklaştırmak güçtür. Rutini değiştirildiği zaman kızgın veya mutsuz olabilir.

3.5 (Bu puanlar arasında ise)

4 Değişikliklere uyumda aşırı derecede anormallik-çocukdeğişikliklere aşırı tepki gösterir. Değişiklik için zorlandığında, aşırı kızgın veya bozulmuş işbirlikçi olur ve öfke nöbetleri gösterir.

VII.GÖRSEL TEPKİ

1 yaşına uygun görsel tepki-çocuğun görsel davranışı normaldir ve yaşına uygundur. Görme, yeni bir nesneyi araştırma şekli olarak diğer duyularla birlikte kullanılır.

1.5 (Bu puanlar arasında ise)

2 Hafif derecede anormal görsel tepki- çocuk nesnelere bakmayı çok daha nadiren hatırlar. Çocuk arkadaşlarından çok aynalara veya ışıklara bakmakla daha ilgili olabilir. Nadiren boşluğa bakıp durabilir veya insanların gözüne bakmaktan da kaçınabilir.

2.5 (Bu puanlar arasında ise)

3 Orta derecede anormal görsel tepki-yaptığı şeye büyük olasılıkla bakmaktadır. Boşluğa bakıp durabilmektedir, insanların gözlerine bakmaktan kaçınmaktadır, nesnelere olağandışı açıdan bakmaktadır veya neneleri tutmak için gözlerini çok yaklaştırmaktadır.

3.5 (Bu puanlar arasında ise)

4 Aşırı derecede anormal görsel tepki-çocuk belirgin derecede insanlara ve belirli nesnelere bakmaktan kaçınır ve yukarıda sayılan diğer görsel tuhaflıkların ileri şekilleri gözlenebilir.

VIII.DİNLEME TEPKİSİ

1 Yaşına uygun dinleme tepkisi- çocuğun dinleme davranışı normaldir ve yaşına uygundur. Dinleme diğer duyularla birlikte kullanılır.

1.5 (Bu puanlar arasında ise)

2 Hafif derecede anormal dinleme tepkisi-tepkide kısmi eksiklikler olabilir veya belli seslere hafif aşırı tepkiler olabilir. Seslere tepkiler gecikmiş olabilir ve çocuğun dikkatini çekmek için sesleri tekrarlamak gerekebilir.

2.5 (Bu puanlar arasında ise)

3 Orta derecede anormal dinleme tepkisi-çocuğun seslere tepkisi çeşitlidir; sıklıkla ilk bir kaç kez duyduğu seslere karşı umursamazdır; her gün duyduğu sesleri işittiğinde irkilebilir veya kulaklarını kapayabilir.

3.5 (Bu puanlar arasında ise)

4 İleri derecede anormal dinleme tepkisi-çocuk seslere karşı, sesin tipine bakmaksızın, aşırı tepki gösterir ve/veya hiç tepki göstermez.

IX.TAD, KOKU VE DOKUNMATEPKİLERİ VE KULLANIMI

1 Tat, koku ve dokunmayı normal kullanma ve normal tepki-çocuk yeni nesneleri yaşına uygun bir tarzda araştırır, genellikle hissederek vebakarak. Uygun olduğunda tat ve kokukullanılabilir. Az bir ağrıya reaksiyon olduğunda çocuk rahatsızlığını ifade eder fakat aşırı tepki göstermez.

1.5 (Bu puanlar arasında ise)

2 Tat, koku ve dokunmayı hafif derecede anormal kullanma ve tepki- çocuk nesneleri ağzına götürmekteısrarcı olabilir; yenmeyen nesneleri koklayabilir veya tadabilir; hafif bir acıya normal çocuğun gösterdiği huzursuzluğu göstermeyebilir veyaaşırı gösterebilir.

2.5 (Bu puanlar arasında ise)

3 Tat, koku ve dokunmayı ortaderecede anormal kullanma ve tepki- çocuk nesne ve insanlara dokunma, koklama veya tatma ile orta derecede meşgul olur. Acıya ya çok tepki veya çok çok az tepki gösterir. **3.5** (Bu puanlar arasında ise)

4 Tat, koku ve dokunmayı ileriderecede anormal kullanma ve tepki- çocuk nesne ve insanlara dokunma, koklama veya tatma ile aşırı derecede meşgul olur. Acıya ya aşırı tepki veya hiç tepki göstermez.

X.KORKU VEYA ÜRKEKLİK

1 Normal korku veya ürkeklik- çocuğun davranışı hem durum hem de yaşıyla uygundur.

1.5 (Bu puanlar arasında ise)

2 Hafif derecede anormal korku veya ürkeklik-aynı yaştaki bir çocuğun benzer ortamda gösterdiği tepkiyle karşılaştırıldığında, çocuk çok azkorku ve ürkekliği sık gösterir.

2.5 (Bu puanlar arasında ise)

3 Orta derecede anormal korku veya ürkeklik- aynı yaştaki bir çocuğun benzer ortamda gösterdiği tepkiyle karşılaştırıldığında, çocuk oldukça çokaz veya çok fazla korku ve ürkekliği sık gösterir.

3.5 (Bu puanlar arasında ise)

4 Aşırı derecede anormal korku veya ürkeklik- aynı yaştaki bir çocuğun benzer ortamda gösterdiği tepkiyle karşılaştırıldığında, çocuk oldukça çokaz veya çok fazla korku ve ürkekliği sık gösterir.

XI. SÖZEL İLETİŞİM

1 Yaş ve duruma uygun normal sözel iletişim

1.5 (Bu puanlar arasında ise)

2 Hafif derecede anormal sözeliletişim-konuşma bütünüyle geridir. Konuşmanın çoğu anlamlıdır; bazen ekolali veya zamiri ters kullanma olabilir. Nadiren bazı tuhaf kelimeler veya jargon kullanabilir.

2.5 (Bu puanlar arasında ise)

3 Orta derecede anormal sözel iletişim-konuşma olmayabilir. Var olduğunda, sözel iletişimde bazı anlamlı konuşma içinde jargon, ekolaliveya zamirin ters kullanımı gibi tuhaf konuşması olabilir. Anlamlı konuşmadaki tuhafliklar aşırı soru sorma veya özel bir konu ile aşırı uğraşmayı da içerir.

3.5 (Bu puanlar arasında ise)

4 İleri derecede anormal sözel iletişim-anlamlı konuşması olmaz. Çocuk bebeksi sesler, tuhaf veya hayvansı sesler, konuşmayı andıran karmaşık sesler çıkarabilir veya bazıanlaşılan kelimelerin veyacümleciklerin ısrarlı bizar kullanımı olabilir.

XII.SÖZEL OLMAYANİLETİŞİM

1 Yaş ve duruma uygun normal sözel olmayan iletişim

1.5 (Bu puanlar arasında ise)

2 Hafif derecede anormal sözel olmayan iletişim kullanma-sözelolmayan iletişimin immatur kullanımı çocuğun istediği şeye işaret eden jestlerde yalnızca belirsizlik olabilir.

2.5 (Bu puanlar arasında ise)

3 Orta derecede anormal sözel olmayan iletişim kullanma-çocuk gereksinim veya arzularını nonverbalolarak belirtememektedir ve diğerlerinin sözel olmayaniletişimlerini anlayamamaktadır.

3.5 (Bu puanlar arasında ise)

4 İleri derecede anormal sözel olmayan iletişim kullanma-çocuk yalnızca açık anlamı olmayan bizar veya tuhaf jestler kullanır veya başkalarının jestlerinin veya yüz ifadeleri ile ilişkili anlamların farkındadeğilmiş gibi gözüdür.

XIII. ETKİNLİK DÜZEYİ

1 Yaşam ve şartlara uygun normaletkinlik düzeyi-çocuk benzer durumdaki

aynı yaş normal çocuğa göre çok veya az etkin değildir.

1.5 (Bu puanlar arasında ise)

2 Hafif derecede anormal etkinlik düzeyi-çocuk hafif derecede hareketli veya biraz tembel olabilir ve çoğu zaman yavaş hareket eder. Çocuğun etkinlik düzeyi onun performansının hafif derecede etkiler.

2.5 (Bu puanlar arasında ise)

3 Orta derecede anormal etkinlik düzeyi-çocuk çok aktif ve kısıtlanmasığı güç olabilir. Sınırsız bir enerjiye sahip olabilir ve gece kolayca uyumayagitmeyebilir. Ters olarak çocuk oldukça uyuşuk olabilir ve onu hareket ettirmek için sürekli çaba gerekir.

3.5 (Bu puanlar arasında ise)

4 İleri derecede anormal etkinlik düzeyi-çocuk aşırı aktivite ya da aşırı inaktivite gösterir ve bir uçtan diğereye kaymalar gösterebilir.

XIV. ENTELLEKTÜEL YANITINDÜZEYİ VE UYGUNLUĞU

1 Normal ve pek çok alanda uygun tutarlılık gösteren zekâ: Çocuk aynı yaştaki tipik çocuklar kadar zekidir ve olağandışı zihinsel becerileri ya da problemleri yoktur.

1.5 (Bu puanlar arasında ise)

2 Hafif derecede anormal zihinsel işlevsellik: Çocuk aynı yaştaki tipik bir çocuk kadar zeki değildir, yaklaşık tüm alanlarda beceriler aynı düzeyde gerilik gösterir.

2.5 (Bu puanlar arasında ise)

3 Orta derecede anormal zihinsel işlevsellik: Çocuk genel olarak aynı yaştaki tipik bir çocuk kadar zeki değildir, ancak bir ya da daha fazla alanda normale yakın işlevsellik gösterebilir.

3.5 (Bu puanlar arasında ise)

4 Ağır derecede anormal zihinsel işlevsellik: çocuk aynı yaştaki tipik bir çocuk kadar zeki değilken, zihinsel gelişimim bir ya da daha fazla alanında normal bir çocuktan bile dahaiyi işlev gösterebilir.

XV. GENEL İZLENİMLER

1 Otizm yok: Çocuk otizme ait belirtilerin hiçbirini göstermez.

1.5 (Bu puanlar arasında ise)

2 Hafif otizm: çocuk yalnızca az sayıda ya da yalnızca hafif derecede otizmbelirtileri gösterir.

2.5 (Bu puanlar arasında ise)

3 Orta derecede otizm: çocuk belirli sayıda ya da orta derecede otizm belirtilerigösterir.

3.5 (Bu puanlar arasında ise)

4 Ağır otizm: Çocuk otizm belirtilerinden çoğunu ya da ağır derecede otizm gösterir.

15-29.5 Otizm yok

30-36.5 Hafif-Orta Derecede Otizm

37-60 Ağır Derecede Otizm



EK 5. Beck Anksiyete Ölçeği

Beck Anksiyete Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde beni pek et- kilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama k-at- lanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zor- landım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karın- calanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Toplam BECK-A skoru:.....

EK 6. Beck Depresyon Ölçeği

Beck Depresyon Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:

Tarih:

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- 1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
- 2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsanım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyeceği gibi geliyor.
- 3 (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğumu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4 (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Herşeyden sıkılıyorum.
- 5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6 (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgıyım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.
- 7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Herşeyi yanlış yapıyor muyum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.
- 8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabiliirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkıyor ve kızıyorum.
(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.
- 11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğini kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiçkimse istemiyorum.
- 12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
- 13 (0) Her zamankinden farklı görüldüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14 (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir iş bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- 15 (0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
- 16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
- 17 (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
- 18 (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
- 19 (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 20 (0) Sekse karşı ilgidim herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
- 21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapıpını sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımın dolaylı cezalandırılabilceğini düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Toplam BECK-D skoru:

EK 7. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE)

BAŞA ÇIKMA TUTUMLARINI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (COPE)

Bu ölçek yardımıyla insanların günlük yaşamlarında güç veya bunaltı verici olaylarla ya da sorunlarla karşılaştıkları zaman nasıl tepki verdiklerini araştırmayı amaçlıyoruz. İnsanların karşılaştıkları sorunlarla baş etmelerinin çok sayıda yolu olabilir. Ancak yine de siz seçenekleri bir sorunla karşılaştığınızda genel olarak ne yaptığınızı ya da nasıl davrandığınızı düşünerek işaretlemeye çalışın. Seçenekleri işaretlerken bir öncekinden bağımsız düşünmeye özen gösterin

		Asla böyle bir şey yapmam	Çok az böyle yaparım.	Orta derecede böyle yaparım	Çoğunl ukla böyle yaparım
1.	Sorunla karşılaştığımda daha önceki tecrübelerden yararlanıp sorunun üstesinden gelmeye çalışırım.	1	2	3	4
2.	Sorun olan şeyleri aklımdan atmak için bir şeyler yapmaya ya da başka türlü meşguliyetlere yönelirim.	1	2	3	4
3.	Sorunla karşılaştığımda moralim bozulur ve duygularımı dışarıya yansıtırım.	1	2	3	4
4.	Başkalarından bu tür sorunlarda ne yaptıkları konusunda Tavsiyeler almaya çalışırım.	1	2	3	4
5.	Sorunla başa çıkma konusunda kendimi konsantre ederim.	1	2	3	4
6.	Kendi kendime “böyle bir sorunun gerçekte var olmadığını” söylerim.	1	2	3	4
7.	Allah’a tevekkül eder, O’na dayanırım.	1	2	3	4
8.	İçinde bulunduğum sorunla ilgili olarak gülerim.	1	2	3	4
9.	Kendi kendime bir şey yapamayacağımı söyleyerek çabalamayı bırakır ve soruna teslim olurum	1	2	3	4
10.	Kendimi hemen bir şeyler yapmaktan vazgeçiririm.	1	2	3	4
11.	Duygularımı bir başkasıyla tartışırım.	1	2	3	4
12.	Kendimi daha iyi hissedebilmek için alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.	1	2	3	4
13.	Kendimi yasadığım soruna alıştırılmaya çalışırım.	1	2	3	4
14.	Sorunla ilgili birşeyler öğrenmek için birileriyle konuşurum.	1	2	3	4
15.	Diğer düşünce ve meşguliyetlere yönelmem ve sorundan kendimi uzak tutmaya uğraşmam.	1	2	3	4

16.	Karşılaştığım sorundan farklı şeylerle ilgili hayaller kurarım.	1	2	3	4
17.	Üzülürüm ama söz konusu sorunun bilincinde olurum.	1	2	3	4
18.	Allah'ın yardımını umarım.	1	2	3	4
19.	Bir eylem planı yaparım.	1	2	3	4
20.	Söz konusu sorunla ilgili şakalar yaparım.	1	2	3	4
21.	Karşıma çıkan sorunun var olduğunu ve değişmeyeceğini kabullenirim.	1	2	3	4
22.	Sorun el verinceye kadar Herhangi birşey yapmayı ertelerim.	1	2	3	4
23.	Arkadaş veya akrabalarımın moral ve manevi destek almaya çalışırım.	1	2	3	4
24.	Sorunla baş etmede amacıma ulaşmaya çabalamaktan Hemen vazgeçerim.	1	2	3	4
25.	Sorunun üstesinden gelebilmek için ilave şeyler yaparım.	1	2	3	4
26.	Alkol ya da sakinleştirici olarak bir an olsun kendime olanları unutmaya çalışırım.	1	2	3	4
27.	Sorun olduğuna inanmayı reddederim.	1	2	3	4
28.	Duygularımı dışarı vururum.	1	2	3	4
29.	Daha olumlu taraflarını görebilmek için sorunu başka bir açıdan ele almaya çalışırım.	1	2	3	4
30.	Sorunla ilgili somut bir şeyler yapabilen kişilerle konuşurum.	1	2	3	4
31.	Sorunla karşılaştığımda her zamankinden daha çok uyurum.	1	2	3	4
32.	Ne yapacağım ya da yapmam gerektiği konusunda bir strateji belirlemeye çalışırım.	1	2	3	4
33.	Sorunu çözmeye odaklanır ve eğer gerekirse yapmam gereken diğer şeyleri bir süre kendi haline bırakırım.	1	2	3	4
34.	Başkalarından sempati ve anlayış görmeyi beklerim.	1	2	3	4
35.	Sorunla daha az meşgul olmak için alkol ya da ilaç alırım	1	2	3	4
36.	Sorunla ilgili şaka yaparım.	1	2	3	4
37.	İstedigimi elde etmek için uğraşmayı bırakırım.	1	2	3	4
38.	İyiye giden bir şeyler arayıp bulmaya çalışırım.	1	2	3	4
39.	Sorunu en iyi nasıl çözebileceğim konusunda düşünürüm.	1	2	3	4
40.	Sorun gerçekte olmamış gibidavranırım.	1	2	3	4
41.	Olumsuz şeyler yaparak işlerin daha da kötüye gitmesine yol açmadığımdan emin olmak isterim.	1	2	3	4

42.	Sorunun çözümüne yönelik şeyler önlemeye ciddi şekilde çaba gösteririm.	1	2	3	4
43.	Sorunla karşılaştığımda sinemaya gider veya TV izler ya da sorunla ilgili daha az düşünürüm.	1	2	3	4
44.	Olup biten şeyin ya da sorunun bir realite olduğunu kabul ederim.	1	2	3	4
45.	Benzer durumlarla karşılaşan kişileri bulur, durumda ne yaptıklarını sorarım.	1	2	3	4
46.	Büyük oranda duygusal rahatsızlık hisseder ve bu tür hisleri dışarıya yansıtırım.	1	2	3	4
47.	Sorunla aktif olarak uğraşmayı hedefleyerek bunun için daha iyi bir tavır takınırım.	1	2	3	4
48.	Sorunla karşılaştığımda dini inançlarımda bir huzur bulmaya çalışırım.	1	2	3	4
49.	Bir şeyler yapmak konusunda kendimi uygun ve doğru zamanı beklemeye zorlarım.	1	2	3	4
50.	Sorunlu durumla ilgili eğlenir ya da oyun oynarım.	1	2	3	4
51.	Sorunu çözmeye yönelik çabalarımı azaltırım.	1	2	3	4
52.	Neler hissettiğim konusunda birisiyle konuşurum.	1	2	3	4
53.	Yaşadıklarım konusunda kendi kendime yardım olsun diye alkol ya da sakinleştirici ilaçlarım.	1	2	3	4
54.	Sorunla birlikte yaşamayı öğrenirim.	1	2	3	4
55.	Soruna odaklanabilmek için diğer meşguliyetlerimi bir tarafa bırakırım.	1	2	3	4
56.	Takınmam gereken tavır konusunda daha ciddi düşünürüm.	1	2	3	4
57.	Sanki sorun yokmuş veya hiç olmamış gibi davranırım.	1	2	3	4
58.	Yapmam gereken şey neyse atmam gereken adımları zamanında atarım.	1	2	3	4
59.	Başıma gelen şeyden ya da yaşadığım sorundan bir şeyler öğrenir ya da tecrübe kazanırım.	1	2	3	4
60.	Her zamankinden daha çok dua ve ibadet ederim.	1	2	3	4

EK 8. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Erişkinler İçin) LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!! Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağını çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel veya aile doktorunuzla konuyu değerlendiriniz. Eğer bir başka çalışmada da yer alıyorsanız bu çalışmada yer alamazsınız
Araştırmanın Adı
Kahramanmaraş Merkezli Deprem Sonrası Otizm Spektrum Bozukluğu Olan Çocuklarda Duygusal/Davranışsal Sorunlar ile Annelerinde Anksiyete, Depresyon Düzeyleri ve Başa Çıkma Tutumlarının Değerlendirilmesi
Araştırmanın Amacı ve Bilimsel Katkıları
Kahramanmaraş ilinde deprem sonrasında Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB) olan çocuklarda depremle ilişkili olabilecek duygusal ve davranışsal sorunların belirlenmesi ile OSB'li çocuğu olan annelerde görülen Anksiyete, Depresyon seviyelerinin saptanması ve başa çıkma stratejilerinin belirlenmesi amaçlanmaktadır. Bu çalışma ile OSB gibi özel gereksinimi olan çocukların doğal afetler sonrası karşılaşılabileceği sorunlar ile OSB'li çocuklara primer bakımveren annelerin karşılaşılabileceği psikopatolojileri tanıma, tedavi etme ve önlemeye yönelik stratejilerin belirlenmesine ve bu alanda yapılacak diğer çalışmalara katkı sunması amaçlanmaktadır .
Araştırmanın Materyal ve Metodu
Prospektif. KSÜ Sağlık, Uygulama ve Araştırma Hastanesinde anket yolu ile veriler toplanacak, tanımlayıcı analitik çalışma
Gönüllüden Alınacak Biyolojik Materyaller ve Alınma Sebebi
Biyolojik Materyallerin Tekrar Kullanılma Durumu
Gönüllüde Yapılacak İşlemler Ve/Veya Girişimler (Araştırma Ürünü/Metodu)
Çalışma sırasında aile ve çocukla psikiyatrik görüşme yapılacaktır. Araştırma örneklemindeki anneler için Sosyodemografik Veri Formu, Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Beck Depresyon ölçeği (BDÖ), Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE) ve çocuğu için Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA), Aydınlatılmış Onam Formu annelere doldurtulmuştur. Klinisyen tarafından OSB semptomlarının şiddetini belirlemek amacıyla CARS klinik görüşmede doldurulmuştur.
Gönüllüde Oluşabilecek Riskler ve Zararlar
Çalışmaya katılımla çocuk ve anne için öngörülen herhangi bir risk yoktur.
Oluşan Risk ve Zararların Telafi Yöntemleri

Gönüllünün Araştırmaya Katılımının Sona Erdirilmesini Gerektirecek Durumlar		
Araştırmaya katılımınızın isteğe bağlı olduğu ve istediğiniz zaman, herhangi bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın, hiçbir hakkınızı kaybetmeksizin araştırmaya katılmayı reddedebilir veya araştırmadan çekilebilirsiniz		
Gönüllülerin Sorumlulukları		
Bu çalışmada annelerden beklenen verilen formları doğru ve özenli olarak eksiksiz doldurmak ve görüşme sırasında gerçek bilgiler vermektir. Bu koşullara uymadığınız takdirde araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.		
Gönüllülerin Sigortalanması		
Yok		
Gönüllülere Yapılacak Ödemeler		
Yok		
Gönüllünün Beyanı		
Ben yukarıda yazılanları dikkatli bir şekilde okudum ve iyice anladım. Ayrıca araştırma ekibinden bir araştırmacı tarafından gerektiğinde sözel olarak da bilgilendirildim. Araştırmaya katılmamın isteğe bağlı olduğu ve istediğim zaman, herhangi bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın, hiçbir hakkımı kaybetmeksizin araştırmaya katılmayı reddedebileceğim veya araştırmadan çekilebileceğim ve ayrıca kimliğimi ortaya çıkaracak kayıtların gizli tutulacağı, kamuoyuna açıklanamayacağı, araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi kimliğimin gizli kalacağı tarafıma ifade edilmiştir. Ek olarak etik kurul, kurum ve diğer ilgili sağlık otoritelerinin benim orijinal tıbbi kayıtlarıma doğrudan erişimlerinin bulunabileceği, ancak bu bilgilerin gizli tutulacağı, yazılı bilgilendirilmiş gönüllü olur formunun imzalanmasıyla şahsımın veya kanuni temsilcimin söz konusu erişime izin vermiş olacağı da tarafıma iletilmiştir. Araştırma, kendi haklarım veya araştırmayla ilgili herhangi bir advers olay hakkında daha fazla bilgi temin edebilmem için temasa geçebileceğim kişiler ile bu kişilere ait günün 24 saatinde erişebileceğim telefon numaraları da belirtilmiştir. Araştırmaya gönüllü olmam için bana hiçbir baskı uygulanmamış olup tamamen özgür iradem ve kendi rızamla araştırmaya katıldığımı beyan ederim.		
Gönüllü Adı-Soyadı	Tarih	İmza
Araştırmacı Adı- Soyadı		Telefon
Doç. Dr. Hatice ALTUN		
Ar. Gör. Dr. Kevser YENİCİL DAŞ		