



**T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK RUH SAĞLIĞI ve HASTALIKLARI ANABİLİMDALI**

**YAYGIN GELİŞİMSEL BOZUKLUĞU OLAN
ÇOCUKLARIN KARDEŞLERİNDE PSİKOPATOLOJİ**

**Dr. SEMRA ULUSAN
UZMANLIK TEZİ**

İSTANBUL 2009



**T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK RUH SAĞLIĞI ve HASTALIKLARI ANABİLİMDALI**

**YAYGIN GELİŞİMSEL BOZUKLUĞU OLAN
ÇOCUKLARIN KARDEŞLERİNDE PSİKOPATOLOJİ**

**Dr. SEMRA ULUSAN
UZMANLIK TEZİ**

Danışman: Prof. Dr. MERAL BERKEM

İSTANBUL 2009

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
Önsöz	iv
Özet	v
İngilizce (Özet Abstract).....	vii
Kısaltmalar Dizini.....	ix
1. Giriş ve Amaç.....	1
2. Genel Bilgiler.....	3
2.1. YGB' nin Tarihçesi.....	3
2.2. YGB' nin Etiyolojisi.....	6
2.3. YGB ve Kardeşler.....	7
2.3.1. YGB ve Kardeşte Gelişimsel Problemler	9
2.3.2. YGB ve Kardeşlerde Geniş Otizm Fenotipi	12
2.3.3. YGB ve Kardeşlerde Sosyal-Emosyonel Uyum	14
2.4. YGB ve Ebeveynler.....	19
2.4.1. YGB ve Ebeveynlerde Stres-Sosyal Destek	20
2.4.2. YGB ve Annelerde Baş Etme Yöntemleri	22
3. Gereç ve Yöntem.....	25
3.1. Araştırmanın Örneklemi	25
3.1.1. Çalışma Grubu	25
3.1.2. Kontrol Grubu	26
3.2. Araştırmanın Deseni	27
3.3. Kullanılan Ölçek, Anket ve Değerlendirmeler	27
3.3.1. Sosyodemografik Bilgi Formu	28
3.3.2. Çocuklar için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu	29
3.3.3. Çocuklar için Depresyon Ölçeği	29
3.3.4. Çapa Çocuk ve Ergenler için Sosyal Fobi Ölçeği	29
3.3.5. Piers Haris Öz-Kavram Ölçeği	30
3.3.6. Çocuklar için Durumluluk-Sürekli Kaygı Envantörü	30
3.3.7. Durumluluk-Sürekli Kaygı Envantörü	31

3.3.8. Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği	31
3.3.9. Sosyal Cevaplılık Ölçeği	32
3.3.10. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği	32
3.3.11. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formu	33
3.3.12. Çocukluk Otizmi Derecelendirme Ölçeği	34
3.4. İstatistiksel Değerlendirme	34
4. Bulgular	35
4.1. Olgular, Ebeveynler ve Hasta Çocukların Özellikleri	35
4.1.1. Olguların Demografik Özellikleri	35
4.1.2. Aile ve Ebeveynlerin Demografik Özellikleri	36
4.1.3. YGB ve Tip 1 DM Tanılı Çocukların Özellikleri	37
4.2. Psikiyatrik Soygeçmiş	38
4.3. Gelişim Basamakları, Psikiyatrik Özgeçmiş, Şimdi ve Yaşam Boyu Tanılar ve Ölçek Puanları	40
4.3.1. Gelişim Basamakları ve Okul Başarısı	40
4.3.2. Psikiyatrik Özgeçmiş, Şimdi ve Yaşam Boyu Tanılar	42
4.3.3. Ebeveyn Bildirimli Ölçek Değerlendirmesi	44
4.3.4. Psikiyatrik Tanı Varlığı ve ÇDDÖ Puanlarının Demografik Faktörler ve Hasta Çocuğun Hastalık Şiddeti ile İlişkisi	47
4.3.5. Öz Bildirime Dayalı Ölçek Değerlendirmeleri	48
4.3.6. Sosyal Karşılıklık Problemlerinin Değerlendirilmesi	50
4.4. Annelerde Psikiyatrik Özgeçmiş, Sosyal Destek ve Baş Etme Becerileri	52
4.4.1. Annelerin Psikiyatrik Özgeçmişleri	52
4.4.2. Annelerdeki Sosyal Destek Düzeyleri ve Bunların Olgulardaki Psikiyatrik Tanı ve Problem Düzeyleri ile İlişkisi	53
4.4.3. Annelerdeki Baş Etme Yöntemleri ve Bunların Olgulardaki Psikiyatrik Tanı ve Problem Düzeyleri ile İlişkisi	55
5. Tartışma	59
6. Sonuçlar	76
6.1. Öneriler	77
6.2. Çalışmanın Kısıtlılıkları	78

7. Kaynaklar	79
8. Ekler	87
Ek 1. Sosyodemografik Bilgi Formu.....	87
Ek 2. Çocuklar için Depresyon Ölçeği.....	89
Ek 3. Çapa Sosyal Fobi Ölçeği	91
Ek 4. Piers Haris Öz Kavram Ölçeği	92
Ek 5. Çocuklar için Durumluk Kaygı Envanteri	94
Ek.6. Çocuklar için Sürekli Kaygı Envanteri	95
Ek.7. Durumluk Kaygı Envanteri	96
Ek 8. Sürekli Kaygı Envanteri	97
Ek 9. Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği (4-18 yaş)	98
Ek 10. Sosyal Cevaplılık Ölçeği	100
Ek 11. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği' nin Gözden Geçirilmiş Formu	104
Ek 12. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği	105
Ek.13. Çocukluk Otizmi Derecelendirme Ölçeği	109
Ek 14. Etik Kurul Raporu	113

ÖNSÖZ

Çocuk Psikiyatrisi uzmanlık eğitimim süresince ve ayrıca uzmanlık tezimin fikir aşaması dâhil tüm basamaklarında bilgi, deneyim ve desteğini benden esirgemeyen değerli hocam Prof. Dr. Meral Berkem' e,

Tıp eğitimi yıllarından itibaren bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım ve özellikle uzmanlık eğitimimde büyük emekleri olan değerli hocalarım Prof. Dr. M. Yankı Yazgan, Doç. Dr. Ayşe Arman ve Doç. Dr. Osman Sabuncuoğlu' na,

Uzmanlığımın ilk günlerinden itibaren büyük desteğini gördüğüm ve gerek meslek gerekse meslek dışı hayatta bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım değerli uzmanım Dr. Neşe Perdahlı Fiş' e,

Her zaman birlik ve beraberlik içinde çalıştığımız ve beraber çalışmaktan büyük keyif aldığım, uzmanlığını almış veya almaya aday değerli asistan arkadaşlarıma,

Değerli çalışma arkadaşım Uzman Pedagog Oylum Tokol' a,

Ve bu günlere gelmemde büyük emekleri olan ve onlara sahip olduğum için kendimi şanslı gördüğüm aileme sonsuz saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Ocak 2009

Dr. Semra ULUSAN

ÖZET

Yaygın Gelişimsel Bozukluğu (YGB) olan çocukların kardeşleri, gerek taşıdıkları kalıtsal riskler gerekse bozukluğun ağır ve kronik doğasının aile bütünü üzerindeki olumsuz etkileri nedeniyle psikopatoloji gelişimi için risk altındadır.

Bu çalışmada, tanısı YGB şemsiyesi altında olan çocukların kardeşlerinde psikiyatrik tanı varlığı, duygusal ve davranışsal sorun düzeyleri, benlik saygısı ve sosyal karşılıklılık düzeylerinin incelenmesi amaçlandı.

Çalışmaya Marmara Üniversitesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi polikliniğinde YGB tanısı ile takip edilen çocukların kardeşleri dâhil edildi (n=70). Bu gruptan elde edilen sonuçlar kontrol grubu olarak seçilen Tip1 Diabetes Mellitus tanılı çocukların kardeşleri (KARD-DM) ile kıyaslandı (n=45).

Katılım gösteren kardeşlerin sosyodemografik özellikleri ayrıntılı bir formla; klinik değerlendirmeleri, Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli ile; duygusal davranışsal problem düzeyleri, ebeveyn bildirimine ve öz bildirime dayalı ölçeklerle; benlik saygısı, Piers Haris Öz Kavram Ölçeği ile ve sosyal karşılıklılık problemleri düzeyleri ise Sosyal Cevaplılık Ölçeği (SCÖ) (*Social Responsiveness Scale=SRS*) ile değerlendirildi. Olguların annelerinin; sosyal destek düzeyleri, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formu ile ve baş etme yöntemleri Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE) ile değerlendirildi. YGB' nin bozukluk şiddetini saptamak için Çocukluk Otizmi Derecelendirme Ölçeği (CARS) kullanıldı.

İki kronik hastalık varlığında da kardeşlerde psikiyatrik tanı ve duygusal davranışsal problem düzeylerinin yüksek olduğu saptandı. KARD-DM grubu ile kıyaslandığında, KARD-YGB grubunda; dil gelişiminin daha geç olduğu; YGB, Sosyal Anksiyete Bozukluğu (SAB), Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB), Mental Retardasyon (MR) tanılarının daha sık olduğu, sosyal karşılıklılık problemlerinin anlamlı

derecede daha fazla olduğu ve benlik saygılarının ise bir miktar daha yüksek olduğu bulundu.

KARD-YGB grubunda olgulardaki yaşam boyu psikopatoloji varlığı, *CARS*’ a göre saptanan YGB şiddetiyle ilişkiliydi. Bu kardeşlerin psikososyal uyumları, annelerinin aktif baş etme yöntemini kullanmalarından olumlu, davranışsal boş verme ve şakaya vurma yöntemini kullanmalarından olumsuz yönde etkileniyorken, annelerin sosyal desteğinden bağımsızdı.

Elde edilen bu bulgular; her iki kronik hastalığın, kardeşlerin psikososyal uyumu üzerinde olumsuz etkilere neden olabileceğini; YGB’ nin tip 1 Diabetes Mellitus’ a (Tip 1 DM) göre kardeşlerde artmış gelişimsel problemler, SAB, YAB, OKB ve sosyal karşılıklılık problem düzeyleri ile ilişkili olduğunu desteklemektedir. Özellikle bozukluk şiddeti daha ağır olan YGB tanılı çocukların kardeşlerinin ve anneleri davranışsal boş verme ve şakaya vurmaya kullanan kardeşlerin, sahip oldukları artmış psikopatoloji riskleri nedeniyle, yakından izlenmeleri erken tanı ve müdahalelerin yapılabilmesini mümkün kılacaktır.

Anahtar kelimeler: otizm, kardeş, psikopatoloji

ABSTRACT

Siblings of children with Pervasive Developmental Disorder (Sibs-PDD), are at increased risk for developing psychopathology both due to their genetic background and due to the impact of the disease itself on the family unit, constituting the environmental risks.

In this study it was aimed to evaluate psychopathology, emotional-behavioral difficulties and levels of self esteem and social reciprocity of the siblings of children with PDD.

The study sample was composed of two groups. Children and adolescents whose siblings were outpatients in the Child and Adolescent Psychiatry clinic of Marmara University Hospital with a diagnosis of PDD were included in the index group (n=70). The control group consisted of the siblings (Sibs-DM) of children with Type 1 Diabetes Mellitus (n=45).

The participated siblings' sociodemographic characteristics were measured with a detailed form; clinical assessments were made with the Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia Present and Lifetime Version; emotional and behavioral problems were measured with parental and self reports; the levels self concept were measured with Piers Harris Self Concept Scale and social reciprocity problems were rated by Social Responsiveness Scale (SRS). The participants' mothers were assessed for their social support level by Revised Form of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support and for their coping strategies by Coping Strategies Assessment Scale (COPE). The severity of PDD is assessed by Childhood Autism Rating Scale (CARS).

It is found that in the presence of both chronic illnesses, siblings had increased levels of psychiatric illnesses and emotional and behavioral difficulties. Compared to the Sibs-DM group, in the Sibs-PDD group; achievement of language milestones were later; the diagnoses of PDD, Social Anxiety Disorder, Obsessive Compulsive Disorder, Generalized Anxiety Disorder and Mental Retardation were more common; difficulties in

social reciprocity were much more common and the level of self concepts were more positive.

In the Sibs-PDD group; psychopathology of the sibling was related to the severity of the PDD. In this group siblings' psychosocial adjustment; were affected positively from their mothers' active coping and affected negatively from their mothers' "behavioral disengagement" and "joking with the problem" but independent from the social support of mothers.

These findings support that; both of these chronic illnesses may have negative effects on the adjustment of siblings and compared to Type 1 DM, PDD is associated with increased levels of developmental problems, SAD, GAD, OCD, and social reciprocity problems in the siblings. Especially when the PDD is severe and/or the mother is using "behavioral disengagement" and/or "humor" (making jokes about the stressors), siblings should be evaluated closely to enable early diagnosis and possible interventions.

Key words: autism, sibling, psychopathology

KISALTMALAR DİZİNİ

CARS	: Çocukluk Otizmi Derecelendirme Ölçeği (<i>Childhood Autism Rating Scale</i>)
COPE	: Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği
ÇBSDÖ	: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formu
ÇDDÖ	: Çocuk ve gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği
ÇDÖ	: Çocuklar için Depresyon Ölçeği
ÇDKE	: Çocuklar için Durumluluk Kaygı Envanteri
ÇDŞG-ŞY	: Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşamboyu Şekli
ÇESFÖ	: Çapa Çocuk ve Ergenler için Sosyal Fobi Ölçeği
ÇSKE	: Çocuklar için Sürekli Kaygı Envanteri
DSKE	: Durumluluk Kaygı Envanteri
GOF	: Geniş Otizm Fenotipi
KARD-DM	: Tip 1 Diabetes Mellitus tanılı çocukların kardeşleri
KARD-O	: Otizm tanılı çocukların kardeşleri
KARD-YGB	: YGB tanılı çocukların kardeşleri
MR	: Mental Retardasyon
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
SAB	: Sosyal Anksiyete Bozukluğu
SCÖ	: Sosyal Cevaplılık Ölçeği (<i>Social Responsiveness Scale=SRS</i>)
SD	: Sosyal Destek
SKE	: Sürekli Kaygı Envanteri
YAB	: Yaygın Anksiyete Bozukluğu
YGB	: Yaygın Gelişimsel Bozukluğu

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Yaygın gelişimsel bozukluklar (YGB), en iyi bilinen alt tipi ile otizm, sosyal, iletişim ve bilişsel gelişimde spesifik gecikme ve sapmalar ile karakterize ve tipik olarak hayatın ilk yıllarında başlangıç gösteren bir grup nöropsikiyatrik bozuklukları kapsamaktadır (Volkmar ve ark., 2007). Prevelansın, son yıllarda arttığı ve tüm YGB için yaklaşık olarak 6/1 000 olduğu bildirilmektedir. Bu nedenle, önemli bir halk sağlığı sorunu olarak görülmeye başlanan bu bozuklukların (Chakrabarti ve Fombonne, 2005) özellikle risk gruplarında erken dönemde tanınması ve uygun müdahalelerin sağlanması önem kazanmaktadır.

YGB etiyolojisinde genetik kalıtımın önemli rol oynadığı aile ve ikiz çalışmalarında tutarlı bir şekilde gösterilmektedir. Genel kalıtım oranının %80-%90 olduğu bildirilmektedir (Folstein ve Rosen-Sheidley, 2001). Dahası son yıllarda yapılan çalışmalarda otistik bireylerin ailelerinde klinik YGB tanısını karşılamayan eşik altı belirtilerin- diğer bir tanımlama ile Geniş Otizm Fenotipinin (GOF)- daha sık görüldüğü bildirilmektedir. Özellikle kardeşler ve erkek akrabaların bu durum için artmış riske sahip olduğu öne sürülmektedir (Pickles ve ark., 2000; Constantino ve ark., 2006).

YGB tanılı çocukların kardeşlerinin diğer bir dizi psikopatoloji için risk altında olduğu bildirilmektedir. Riskteki bu artışın nedeni; taşıdıkları genetik yüklülüğün yanı sıra, YGB' nin tıpkı diğer kronik hastalıklar gibi aile üzerinde oldukça büyük zorluklara neden olması olabilir (Kaminsky ve Dewey, 2002).

Literatürde bu kardeşlerde psikososyal ve emosyonel uyumu inceleyen az sayıda çalışma olmakla beraber var olan çalışmalar birbirleriyle tutarsız sonuçlar sunmaktadır (Macks ve Reeve, 2007). Bu tutarsızlıklar, incelenen örneklemdeki kardeş ve hasta çocuğun sosyodemografik özelliklerinden (Macks ve Reeve, 2007) ve hatta ebeveyne ait özelliklerden kaynaklanıyor olabilir. Kronik hastalıklarda; yaş, cinsiyet, çocuk doğum sırası ve aile büyüklüğü gibi demografik etkenler, hastalığın şiddeti (Steiner, 1997) ve ebeveyn sosyal destek sistemi ve baş etme stratejilerinin (Kothick ve ark.,

1996) sağlıklı kardeşin uyumunda önemli rol oynayabileceği bildirilmektedir. Ayrıca otistik çocukların kardeşlerinin incelendiği çalışmalarda özellikle anketlerin kullanıldığı düşünülürse bilgi kaynağının kim olduğu da önemlidir. Nitekim literatürdeki çoğu çalışmada genellikle ebeveyn bildirimli anketlerin kullanıldığı görölmektedir.

Bu çalışmada, Marmara Üniversitesi Çocuk Psikiyatrisi polikliniğinden YGB tanısı ile takip edilmekte olan çocukların 8-18 yaşı aralığındaki kardeşlerinde; psikopatoloji, duygusal-davranışsal sorunlar, benlik saygısı ve sosyal karşılıklılık problemlerinin düzeyleri değerlendirildi. Elde edilen veriler, kontrol grubu olarak alınan Tip 1 Diabetes Mellitus tanılı çocukların kardeşleriyle (KARD-DM) kıyaslandı.

Tip 1 DM ve YGB, çocukluk çağı kronik hastalıklarındandır. Ancak, hayatın erken döneminde başlangıç gösteren, iletişim-etkileşim ve aynı zamanda davranım problemleri ile ciddi yeti kaybına neden olan YGB, taşıdığı genetik ve psikososyal risklerden ötürü diğer kronik hastalıklara göre, aile üyelerinde psikiyatrik problemler görölme riskinde daha fazla artışa neden olabilmektedir.

Bu nedenlerden ötürü; çalışmamızda, YGB tanılı çocukların kardeşlerinin, KARD-DM' ye göre daha fazla psikopatoloji ve duygusal-davranışsal sorunlar, daha düşük benlik saygısı ve daha fazla sosyal karşılıklılık problemlerine sahip oldukları hipotez edildi.

2. GENEL BİLGİLER

Yaygın Gelişimsel Bozukluklar (YGB), ailede ağır strese neden olan kronik seyirli nöropsikiyatrik bir bozukluklar grubudur. İletişim ve bilişsel gelişimde spesifik gecikme ve sapmalar ile karakterize olan bu bozukluklar, tipik olarak hayatın ilk yıllarında başlangıç gösterirler. Sıklıkla Mental Retardasyon (MR) ile birliktelik göstermektedir. Ancak görülen davranışsal özelliklerin kendine özgü oluşu ve sadece gelişimsel gecikmeyi yansıtmaması ile diğer gelişimsel bozukluklardan farklılık gösterirler (Volkmar ve ark., 2007).

En son yayınlarda prevelansın, otistik bozukluk için yaklaşık olarak 2/1000, tüm yaygın gelişimsel bozukluklar için 6/1000 olduğu bildirilmektedir (Chakrabarti ve Fombonne, 2005). 80' li yıllardan günümüze gelindiğinde, YGB prevelansında görülen belirgin artış araştırmacılar arasında farklı yorumlara neden olmaktadır. Kimi araştırmacılar bu artışın nedenini, hem klinisyenler hem de toplum içinde farkındalığın artmasına ve tanı ve sınıflandırma tekniklerinin ilerlemesine bağlasa da, YGB sıklığının gerçekten arttığına inanan araştırmacılar da az değildir (Trevathan ve Shinnar, 2006).

2.1. YGB' nin Tarihçesi

Kanner, 1943' te 11 olgusuyla 'İnfantil Otizm' tanımını sunarak otizm terimini ilk kullanan araştırmacıdır. Kanner' i takiben, Asperger 1944' te günümüzde Asperger Bozukluğu olarak bilinen 'Otistik Psikopati' tanımını, 1947' de Bender 'Çocukluk Şizofrenisi', kısa bir süre sonra Mahler 'Simbiyotik Psikoz' ve 1955' te Rank 'Atipik Çocuk' kavramlarını kullanmışlardır (akt. Rutter, 1985). Tanımlanan bu bozukluklar, uzun yıllar 'Çocukluk Şizofrenisi' şemsiyesi altında toplanmış, ancak 1970' lere gelindiğinde çocukluk çağı psikozlarından ayırt edilmeleri gereksinimi doğmuştur (Rutter, 1985). İlk kez 1980'de Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı III' te (DSM-III) YGB bir tanı sınıfı olarak kabul edilmiştir. Günümüzde, bir önceki DSM' ye göre ölçütlerin kavramsal olarak daha iyi çerçevelendiği DSM-IV tanı ölçütleri

kullanılmaktadır. DSM-IV YGB tanı sınıfı altında Otistik Bozukluk, Asperger Bozukluğu, Rett Bozukluğu ve Çocukluk Çağı Dezentegratif Bozukluğu yer almaktadır (DSM-IV, APA, 1994).

YGB içinde prototip olarak kabul edilen “otizm” in tanı kriterleri üç ana semptom kümesi altında sınıflanmaktadır. Bunlar erken dil gelişiminin geriliği, karşılıklı sosyal etkileşimde bozukluklar ve olağandışı, basmakalıp ve yineleyici ilgi, davranış ve etkinlik örüntüleridir. Bahsedilen karakteristik sosyal ve iletişim eksiklikleri, kişinin gelişimsel düzeyine göre belirgin düzeyde olup tanıda anahtar özellikleri oluşturmaktadırlar. DSM-IV otistik bozukluk için tanı ölçütleri aşağıda sunulmaktadır (DSM-IV, APA, 1994).

A. En az ikisi 1. maddeden ve birer tanesi 2. ve 3. maddelerden olmak üzere 1.,2 ve 3. maddelerden toplam altı (ya da daha fazla) maddenin bulunması

1. Aşağıdakilerden en az ikisinin varlığı ile kendini gösteren toplumsal etkileşimde nitel bozulma

a. Toplumsal etkileşim sağlamak için yapılan el-kol hareketleri, alınan vücut konumu, takınılan yüz ifadesi, göz göze gelme gibi birçok sözel olmayan davranışta belirgin bir bozulmanın olması.

b. Yaşıtlarıyla gelişimsel düzeyine uygun ilişkiler geliştirememe.

c. Diğer insanlarla eğlenme, ilgilerini ya da başarılarını kendiliğinden paylaşma arayışı içinde olmama (örneğin ilgilendiği nesneleri göstermeme, getirmeme ya da belirtmeme).

d. Toplumsal ya da duygusal karşılıklar vermeme.

2. Aşağıdakilerin en az birinin varlığı ile kendini gösteren iletişimde nitel bozulma

a. Konuşulan dilin gelişiminde gecikme olması ya da hiç gelişmemiş olması (el, kol ya da yüz hareketleri gibi diğer iletişim yollarıyla bunun yerini tutma girişimi eşlik etmemektedir)

b. Konuşma yeterli olan kişilerde, başkalarıyla söyleyişi başlatma ya da sürdürmede belirgin bir bozukluğun olması.

c. Basmakalıp ya da yineleyici ya da özel bir dil kullanma.

d. Gelişim düzeyine uygun çeşitli, imgesel ya da toplumsal taklitlere dayalı oyunları kendiliğinden oynamama.

3. Aşağıdakilerden en az birinin varlığı ile kendini gösteren davranış, ilgi ve etkinliklerde sınırlı, basmakalıp ve yineleyici örüntülerin olması

a. İlgilenme düzeyi ya da üzerinde odaklanma açısından olağandışı, bir ya da birden fazla basmakalıp ve sınırlı ilgi örüntüsü çerçevesinde kapanıp kalma.

b. Özgül, işlevsel olmayan, alışlageldiği üzere yapılan gündelik işlere ya da törensel davranış biçimlerine hiç esneklik göstermeksizin sıkı sıkaya uyma.

c. Basmakalıp ve yineleyici motor mannerizmler (örneğin el şıklatma, el çırpma ya da burma ya da karmaşık tüm vücut hareketleri).

d. Eşyaların parçalarıyla sürekli uğraşıp durma.

B. Aşağıdaki alanlardan en az birinde, 3 yaşından önce olmak üzere gecikme veya anormal işlevselliğin varlığı

1. Sosyal etkileşim

2. Sosyal iletişimde kullanılan dilde veya

3. Sembolik veya imgesel oyunlarda

C. Rett Bozukluğu veya Çocukluk Çağı Dezentegratif Bozukluk ile daha iyi açıklanamaz.

Diğer bir YGB tanısı olan Asperger Sendromu, otizmde tanımlanan toplumsal etkileşim bozuklukları ve olağandışı, sınırlı, basmakalıp ilgi alanları ve davranışları içermesine rağmen, erken dil gelişiminde klinik açıdan önemli bir genel gecikmenin olmaması ve normal ya da normalüstü genel bilişsel yetilerin varlığı ile farklılık göstermektedir (DSM-IV, APA 1994).

Yaygın Gelişimsel Bozukluk-Başka Türü Adlandırılmayan (YGB-BTA) tanısı ise tek bir klinik özelliği tanımlamamaktadır. YGB düşündüren ancak otizm veya diğer YGB tanı ölçütlerini karşılamayan bir kategori için

kullanılmaktadır (Volkmar ve ark., 2007). Bu tanının konabilmesi için; sosyal etkileşimde mutlaka bozulma olmalıdır ve sosyal etkileşimdeki bu bozulmaya iletişim problemlerinin veya kısıtlı ilgi alanları/davranışlarının eşlik etmesi gerekmektedir (Fombonne, 2005; Volkmar ve Klin 2005).

Rett Bozukluğu, X kromozomundaki bir mutasyondan kaynaklanan ve nerdeyse hemen her zaman kızları etkileyen nöropsikiyatrik bir bozukluktur. Etkilenen çocuklar doğumdan ilk 5 ayına kadar normal gelişim ve büyüme göstermektedir. Ancak 5-48 ayları arasında baş büyümesi yavaşlamakta, daha önce edinilmiş amaca yönelik el becerileri yitirilmekte ve bunların yerini basmakalıp el hareketleri almaktadır. Bozukluğun erken döneminde toplumsal katılım belirgin olarak ortadan kalkmakta, ağır psikomotor retardasyon ile birlikte belirgin motor koordinasyon problemleri görülmektedir (Volkmar ve ark., 2007).

2.2. YGB' nin Etiyolojisi

Kanner, ilk tanımlamasında her ne kadar otistik sendromun konjenital olduğunu vurgulamışsa da çevresel faktörlere de değinmiştir. Bu çocukların ebeveynlerinin mesleki alanda belirgin derecede başarılı olduğuna ve çocuklarıyla etkileşimlerinde belirgin eksiklikler olduğuna dikkat çekmiştir. Bu gözlemleri takiben bozukluğun psikopatolojisinde, ebeveyn psikopatolojisinin rol oynayabileceği düşünülmüşse de literatürdeki birçok kanıt otizmin çocuk yetiştirme sürecindeki bir problemten kaynaklanmadığını göstermektedir (Volkmar ve ark., 2007).

Otizm tanımının yerleşmesini takiben, çalışmalardan elde edilen kanıtlar, otizm ve ilişkili durumların patogenetizinde nörobiyolojik faktörlerin önemine dikkat çekmektedir. Çeşitli kanıtlara rağmen, otizm için spesifik bir biyolojik belirteç bulanamamakla birlikte; otistik kişilerde fiziksel anomaliler, artmış periferik serotonin düzeyleri, kalıcı ilkel refleksler ve bazı silik nörolojik işaretlerin varlığının yanı sıra elektroensefalogramlarda artmış anormalliklerin varlığı gösterilmektedir (Minshew ve ark., 2005).

YGB de görülen zorlukların gelişimsel olarak birçok alanda yaygın ve ağır olması, birçok sayıda karmaşık ve geniş yayılım gösteren bir dizi nöral sistemin etkilendiğini akla getirmektedir (Minschew ve ark., 2005, Schultz ve Robbins, 2005). Bu alanda çalışmalara ihtiyaç olmakla birlikte, postmortem ve nörogörüntüleme çalışmalarından elde edilen veriler temporal ve frontal loblardaki devreler ile limbik sistem anormalliklerinin varlığını desteklemektedir (Schultz ve Robbins, 2005).

Günümüzde otizmin etiyolojisinde genetik mekanizmaların önemli rol oynadığı giderek artan bir kabul görmektedir. Aile ve ikiz çalışmaları bu görüşü desteklemektedir. Tek yumurta ikizlerinde otizm konkordansının %60, otizm ve diğer bir YGB konkordansının ise %90' dan fazla olduğu bildirilmektedir (Veenstra ve ark., 2003). İkiz olmayan kardeşlerde yapılan çalışmalarda, otistik bir çocuğun kardeşinde otizm görülme sıklığının en az 22 kat artarak %2-7' lere yükseldiği (Rutter, 2005), herhangi bir YGB tanısı görülme sıklığının ise normal topluma göre en az 200 kat daha fazla olduğu (Zwaigenbaum ve ark., 2005) bildirilmektedir. Monozigot ikizler arasında otizm konkordans oranlarında (%36-91) büyük farklılığın olması, birçok farklı genin aynı anda birbirleriyle etkileşime girerek tam tablo otizm sendromunun ortaya çıkmasına neden olduğunu (Constantino ve ark., 2003) ve dahası çevresel faktörlerin etkilerini (Bailey ve ark., 1996) akla getirmektedir. Neticede, bu bozuklukların oligenik nedenli olduğu düşünülmekte (Cook, 2001) ve çalışmalarda ilişkili çeşitli aday gen ve genomik bölgeler incelenmeye devam edilmektedir.

2.3. YGB ve Kardeşler

Kardeşler; hem ebeveynlerinden edindikleri genetik yapıyı, hem de yaşadıkları çevreyi çeşitli derecelere kadar paylaşırlar. Bu nedenle genetik yüklülüğü olan ve birçok psikiyatrik bozukluğun da içinde sayılabileceği hastalıkların kardeşler arasında görülme sıklığı artmaktadır.

Psikososyal yönden bakıldığında ise kardeşler arasındaki ilişki ve etkileşimler birbirlerinin bilişsel, afektif ve sosyal becerilerini etkilemekte ve dahası kardeş varlığı kişinin pozitif kendilik kavramının gelişmesinde rol oynamaktadır (Powell ve Gallagher, 1993). Aralarındaki pozitif ilişkinin kardeşler için önemli bir sosyal destek kaynağı sağladığı, kardeşlerde daha düşük yalnızlık hissi ve daha yüksek kendilik değeri ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (Stocker, 1994).

Aile üyelerinden birinde herhangi bir hastalık veya bozukluk olması zorlayıcı bir durumdur. Tanım gereği, çocuk veya ergenin yaşamının uzun bir dönemini etkileyen, uzun seyir gösteren “kronik hastalık”, aile işleyişi ve dinamiklerini etkilemektedir. Kronik hastalık tanımı; Astım, Diyabet, kalp hastalıkları gibi medikal hastalıkları ve işlev kaybına neden olan serebral palsy ve ekstremité anomalileri gibi fiziksel hastalıkların yanı sıra Otizm ve Mental Retardasyon gibi psikiyatrik bozuklukları kapsamaktadır. Bu kronik problemlerin varlığında ailede işbirliği, duyarlılık, empati, saygı, kişisel olgunluk ve aile birliğinde bütünleşmenin arttığı; ancak aile içinde kişiler arası ilişki ve görevlerde olumsuzluklar ve çelişkili tutum ve davranışların görüldüğü bildirilmektedir (Smith, 1998).

Randall ve Parker (1999), ailede kronik hastalık varlığında sağlıklı kardeşlerin çeşitli stres ve risk faktörlerine sahip olduklarını bildirmektedir. Bunlar hastalığın kendisi, ailenin geneli, hasta çocuk ve kardeşin kendisiyle ilgili olabilir. Aile ile ilgili olanlar arasında; aile içi rollerin değişmesi, aile işlevselliği ve aktivitelerinin yeniden yapılandırılması, ebeveyn ilgi ve bakımının azalması ve hatta yokluğu sayılabilir. Hasta çocuğun sahip olduğu problemler kardeşin olumsuz yönde etkilenmesine neden olabilmektedir.

Otizm ve ilişkili bozukluklar ise; konuşmanın olmaması, sıra dışı agresif davranışlar ve öfke patlamaları gibi problemlere neden olması ile ailelerin stres düzeyinde belirgin artışa neden olmaktadır. Bu bozukluklar karmaşıklık, belirsizlik, nedeninin açıklanamazlığı ve neden olduğu problemlerin birçok alanda ağır ve yaygın oluşu özelliklerine sahiptir. Tanımlanan bu özellikler nedeniyle aile üyelerinin diğer durumlardaki ailelere

göre daha fazla psikososyal zorluk yaşadığı öne sürülmektedir (Glasberg, 2000; Rodrigue ve ark., 1993).

Ailede çocuklardan birinde otizm tanısı varlığında; kardeş, diğer kronik hastalıklarda bildirilen stres kaynaklarına ek olarak, hasta çocuğun sıra dışı davranışlarından dolayı kafa karışıklığı yaşayabilir. Dahası, bu kardeşler; arkadaşlarını eve çağırnamamaktan ve çağırımları durumunda hasta çocuğun sergileyebileceği olumsuz davranışların görülmesinden ötürü utanabilir, bu duruma düşmekten ötürü hasta çocuğa öfke duyabilirler. Duyulan bu öfke ise tek başına bir stres kaynağıdır (Gray, 1998). Macks ve Reeve (2007), bu kardeşlerin psikososyal yönden olumsuz yönde etkilenmesinin belki de en önemli nedeninin; otistik çocuğun her iki ebeveynin de zaman, enerji ve kaynaklarının önemli bir bölümünü tüketiyor olması olduğunu öne sürmektedir.

2.3.1. YGB ve Kardeşlerde Gelişimsel Problemler

Yaygın gelişimsel bozukluğu olan çocukların kardeşlerinin (KARD-YGB) genel popülasyona göre daha yüksek YGB prevalansına sahip oldukları bildirilmektedir. Bunun yanı sıra araştırmalarda bir dizi gelişimsel problem için risk altında oldukları öne sürülmektedir. Ancak; literatürde, bu kardeşlerin gelişimsel süreçlerini inceleyen pek az çalışma olması dikkat çekicidir. Var olan çalışmaların ise özellikle “otistik” çocukların kardeşlerinde yapıldığı görülmektedir.

Bir dizi çalışmada KARD-YGB’ lerin gelişim basamaklarına odaklanıldığı görülmektedir. Iverson ve Wozniak (2007), gözleme dayalı uzunlamasına çalışmalarında (18 ayına kadar) otistik çocukların bebeklik dönemindeki kardeşlerinde desteksiz oturma ve yürümenin kontrollere göre daha geç olduğunu ve desteksiz oturma zamanlarındaki farkın istatistiksel anlamlılık düzeyinde olduğunu bildirmektedir. Motor gelişim bakımından diğer önemli bulgu ise, bu kardeşlerin ritmik uzuv hareketlerinin ortaya çıkma yaşı bakımından kontrollerden farksız olmalarına rağmen bir posturde daha kısa

sürekli kaldıklarıdır. Bu durum, bu çocukların postural instabiliteye sahip oldukları anlamına gelmektedir. Zwaigenbaum (2008) ise, otistik çocukların kardeşlerinde yaptığı uzunlamasına çalışmalarında, bu kardeşlerin ilk 2 yaşlarındaki baş büyüme hızının ileride otizm tanısı için yordayıcı olabileceğini öne sürmektedir. Bulunan bu bulgu otistik çocukların kendileriyle yapılan çalışmalarla tutarlılık göstermektedir. Karabekiroğlu ve Akbaş (2008); baş çevresinin, otistik çocuklarda kontrollere göre ve hatta bazı semptomların örtüştüğü yıkıcı davranım bozukluğuna sahip çocuklara göre daha büyük olduğunu ve bu büyüklüğün özellikle 24-36 ay döneminde belirgin hale geldiğini bildirmektedir.

Otistik çocukların kardeşlerinin (KARD-O), verbal ve nonverbal dil gelişimi ve becerileri bir dizi çalışmada değerlendirildiği görülmektedir. Her ne kadar Pilowsky ve arkadaşları (2003), formal dil testleriyle değerlendirdiği 6-16 yaş KARD-O' ların dil becerilerinde eksiklik olmadığını göstermişlerse de, tekrarlayan uzunlamasına ve daha küçük yaş gruplarının alındığı çalışmalarda bu sonuca zıt bulgular sunmaktadır. Iverson ve Wozniak (2007), KARD-O grubunda ilk kelimenin ortalama çıkış zamanının kontrol grubuna göre daha geç olduğunu ve 18.ayda yapılan değerlendirmede bu kardeşlerin hem dil üretimi, hem de dili algılamasında kontrol grubuna göre gerilik olduğunu bildirmektedir. Bu çalışmada bildirilen diğer bir bulgu ise, tipik gelişim gösteren çocukların kardeşleriyle kıyaslandıklarında KARD-O' ların erken iletişim basamaklarından biri olan işaret etmenin farksız, göstermenin ise daha geç yaşta olduğudur.

Ozonoff, Rogers ve Sigman (2005) kesitsel çalışmalarında, 18 aylık KARD-O' ların tipik gelişim gösteren çocukların kardeşlerine göre düşük alıcı ve ifade edici dil skorlarına sahip olduklarını gösterirken Gamliel ve ark (2007) uzunlamasına çalışmalarında KARD-O' larda 4., 14., 24. ve 36. aylarda gözlenen reseptif ve ekspresif dil becerilerindeki problemlerin 54. ayda da devamlılık gösterdiğine dikkat çekmektedir. Bu bulgular Yirmiye ve arkadaşları (2005), Toth ve arkadaşları (2007) ve Yirmiye ve arkadaşlarının (2006b) yaptıkları uzunlamasına çalışmalardan elde edilen sonuçlarla

tutarlılık göstermektedir; KARD-O özellikle hem alıcı, hem de ifade edici dilde gelişimsel gecikmeler ve problemler için artmış riske sahiptir.

Kognitif süreçler konusunda yapılan araştırmaların bazılarında, KARD-O' larda kognitif eksikliklerin görülme oranının daha yüksek olduğuna dikkat çekilmektedir. Okuma ve heceleme bozukluklarını içeren bir dizi kognitif eksiklikler ve/veya mental retardasyonun KARD-O grubunda %12-13, Down sendromlu çocukların kardeşleri ise %3 oranında görüldüğü bildirilmektedir (August ve ark., 1981). Bazı çalışmalarda ise, bu kardeşlerin kognitif düzeylerinin; tipik gelişim gösteren çocukların, MR çocukların veya Down sendromu tanılı çocukların kardeşlerinden farklılık göstermediği bildirilmektedir (Gillberg ve ark., 1992; Boutin ve ark., 1997). Dahası Szatmari ve arkadaşları (1993), KARD-O' ların değerlendirmelerden aldıkları okuma ve aritmetik skorların, Down Sendromlu çocukların kardeşlerine göre daha yüksek olduğunu; Narayan, Moyes ve Wolff (1990) ise MR tanısı olan çocukların kardeşlerinden daha az oranda gelişim gecikme gösterdiklerini bildirmektedir.

Yakın zamanda yapılan çalışma sonuçları, kardeş grupları arasındaki kognitif seviye farklılıklarının kardeşin yaşı ile ilişkili olduğuna işaret etmektedir. Toth ve arkadaşları (2007), KARD-O' ları 18 ve 27 aylıkken değerlendirdiği çalışmalarında bu çocukların, ailesinde otizm öyküsü olmayan çocuklara göre daha düşük zekâ düzeylerine sahip olduğunu göstermiştir. Gamliel ve arkadaşları (2007), uzunlamasına çalışmalarında KARD-O' larda daha önceki değerlendirmelerde görülen kognitif farkın 54. ayda ortadan kalktığını göstermişlerdir. Daha büyük yaş grubunda (6-16y) yapılan bir diğer çalışmada ise, KARD-O' ların kognitif değerlendirmede MR tanısı olan çocukların kardeşlerinden farksız olduğunu ve dahası Gelişimsel Gecikmesi olan çocukların kardeşlerine göre daha iyi oldukları bulunmuştur (Pilowsky ve ark., 2007). Bu çalışmada Gelişimsel Gecikmesi olan çocukların kardeşlerinde standardize zekâ değerlendirmesinde mental gerilik tanısını karşılama oranının daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Bu sonuçlara dayanarak araştırmacılar (Pilowsky ve ark., 2007) daha önceki çalışmalarda bu çocuklarda gösterilen silik farklılık ve gecikmelerin gerçekten de

olabileceğini ancak bunların sadece bu çocukların gelişimlerinin erken dönemlerinde görülebileceğini öne sürmektedir.

Yürütücü fonksiyonlar konusunda mevcut olan az sayıda çalışmada; KARD-O' ların dikkati kaydırma ve planlama gerektiren görevlerde özel öğrenme güçlüğü olan, gelişim gecikmesi olan ve tipik gelişim gösteren çocukların kardeşlerine göre daha düşük performans sergiledikleri (Ozonoff ve ark., 1993; Hughes, Plumet ve Leboyer, 1999), verbal akıcılık ve işlem belleği ölçümlerinde ise farklılık göstermedikleri bildirilmektedir (Happe, Briksman ve Frith, 2001).

2.3.2. YGB ve Kardeşlerde Geniş Otizm Fenotipi

Literatürde son yıllarda sıkça karşılaştığımız Geniş Otizm Fenotipi (GOF) kavramı; otizmde bozulmaların görüldüğü 3 alanda- sosyal karşılıklık, iletişim ve kısıtlı ilgi ve stereotipik davranışlar- bir veya daha fazla ve hafif zorlukların olması anlamına gelen eşik altı bir durumdur.

GOF' nin otizm tanıılı hastaların ailelerinde (ebeveyn ve kardeş) daha sık görüldüğü bildirilmektedir (Baron-Cohen ve Hammer, 1997; Constantino ve ark., 2006). Otistik bireylerin ailelerinde GOF için bir dizi artmış risk faktörü olduğu bildirilmektedir. Bunlar; hasta çocuğun bozukluğunun şiddeti, kardeşler ve erkek cinsiyettir (Bailey ve ark., 1998).

Daha çok hafif formda olan sosyal ve kognitif anormalliklerin görüldüğü geniş fenotipin, KARD-O' ların %25' inde görüldüğü bildirilmekle birlikte GOF' nin aileyi ve toplumu ne oranda etkilediği henüz tam olarak bilinmemektedir (Micali ve ark., 2004). Yayınlarda otizmin toplum içinde görülme sıklığının yıllar içinde arttığının bildirilmesi, geniş otizm fenotipinin aileyi ve toplumu sanılandan daha fazla etkilediğini düşündürmektedir (Bryson, 1997).

Araştırmalarda bu kavram incelenirken standardize tanısal yöntemler, standardize ölçekler veya deneysel görevler gibi farklı yöntemlerin kullanıldığını görmekteyiz. Bu durum aslında GOF' nin tek bir tanıma sahip olmamasına neden olmaktadır. Dahası, incelenen popülasyonun yaş grubu

önemli olup; daha büyük çocukların alınması, daha küçük yaşlarda var olan olası silik farklılıkların zamanla kaybolmasından doğan yanlış negatif sonuçlara neden olabilmektedir (Yirmiya ve ark., 2006).

Literatürdeki araştırmalarda, YGB tanılı çocukların bebeklik ve oyun çağı dönemindeki kardeşleri GOF açısından incelendiği görülmektedir.

Yirmiya ve arkadaşları (2006a), 4 aylık KARD-O' ların genel anlamda iyi işlevsellik göstermekle birlikte, sosyal iletişim ve etkileşim alanında bir dizi küçük farklılıklara sahip olduklarını bildirmektedir. Araştırmacılar (Yirmiya ve ark., 2006a); bu kardeşlerin bebeklik dönemin, tipik gelişim gösteren çocukların kardeşlerine göre, anne-çocuk ikili ilişkisinde infantın başlattığı ilişkide daha az senkronizasyon gösterdiklerini, anne çocuk yüz yüze etkileşimlerde daha az sosyal katılım gösterdiklerini ve annelerinin ifadesiz yüzüne cevap olarak "mutsuz yüz ifadesi" ni daha az ve "nötr yüz ifadesi" ni ise daha fazla kullandıkları bildirmektedir. Araştırmacıların (Yirmiya ve ark., 2006a) bildirdiği diğer bulgular; 14 aylık olduklarında bu kardeşlerin yaklaşık %20' sinin iletişim ve dil zorluklarına sahip oldukları (daha düşük dil skorları); 4 aylıken nötral yüz ifadesi daha fazla olan ve isimlerine daha az cevap veren KARD-O' ların, 14 aylıken nonverbal paylaşılmış dikkatlerinin daha az olduğu ve bir şeyi yüz ifadesiyle istemeyi daha az kullandıklarıdır.

Kontrollü takip çalışmalarında, yaşları 12 ay ve üzerindeki KARD-O' ların da kontrol gruplarından farklı, silik belirtiler gösterdiği gözlenmektedir.

Cassel ve arkadaşları (2007), bu kardeş grubunda davranışsal talepte bulunma oranlarının daha az (12 aylıken), paylaşılmış dikkati başlatma oranlarının daha düşük (15 aylıken) ve paylaşılmış dikkate katılma süresinin daha kısa (18 aylıken) olduğunu bildirmektedir. Bildirilen bu sonuçlar daha önce Goldberg ve arkadaşları (2005), 14-19 aylık otistik olmayan KARD-O' larda yaptığı araştırma sonuçları ile tutarlılık göstermektedir. Toth ve arkadaşları (2007) ise, yaşları 18-27 ay olan KARD-O' ların sahip oldukları adaptif davranış ve sosyal iletişim becerilerinin, ailesinde otizm olmayan çocuklara göre daha az olduğunu; daha az kelime, mimik ve (tepkisel) sosyal gülümseme kullandıklarını bildirmektedir.

GOF' nin bir parçası olan "Karşılıklı Sosyal Davranışlar" son yıllarda bir dizi çalışmada spesifik araştırma konusu olduğu görülmektedir. Karşılıklı sosyal davranışlar çocuğun diğerleriyle girdiği etkileşimlerde emosyonel olarak ne ölçüde uygun karşılıklılık verebildiği ile ilişkilidir.

Sosyal karşılıklılıktaki problemleri değerlendirmek için geliştirilen Sosyal Cevaplılık Ölçeğinin (*Social Responsiveness Scale*) kullanıldığı toplum temelli (Constantino ve Todd, 2000a) ve okul temelli (Constantino ve ark., 2000b) çalışmalarda, otistik semptomların toplumda da süregelen bir yayılım gösterdiği ve sosyal karşılıklılık problemlerinin düzeyinin zeka düzeyinden bağımsız olduğu bulunmuştur.

Genel toplumda otistik olmayan ikiz erkek çocukların katıldığı bir çalışmada, ikiz çiftlerinde sosyal karşılıklılık düzeylerinin birbiriyle ilişkili olduğu gösterilmiştir (Constantino ve ark., 2003). Bu durum, karşılıklı sosyal davranışın oldukça fazla kalıtım gösterdiğine işaret etmektedir. Takip eden çalışmalarda, sosyal karşılıklılık problemlerinin birden çok otizm olgusu olan ailelerdeki KARD-YGB' de, sadece bir YGB tanısı olan ailelerdeki KARD-YGB' e göre daha sık görüldüğü bulunmuştur (Constantino ve ark., 2006). Bu çalışmada gösterilen diğer önemli bir bulgu ise; her iki gruptaki bozulmaların, ailesinde YGB tanısı olmayan çocuklara göre daha yüksek oranda olduğudur. Bütün bu araştırma sonuçları; subsendromal sosyal bozulmalardan sorumlu genetik yatkınlıkların, YGB' ın nedenleri ile de ilişkili olabileceğini akla getirmektedir (Constantino ve ark., 2006).

2.3.3. YGB ve Kardeşlerde Sosyal-Emosyonel Uyum

KARD-YGB' lerin psikososyal ve emosyonel uyumu üzerindeki olası etkileri literatürde pek araştırılmış bir konu değildir (Kaminsky ve Dewey, 2002). Ülkemizde bu konudaki araştırmaların oldukça az olması, KARD-YGB' in tıpkı diğer kronik hastalığı olan çocukların kardeşleri gibi göz ardı edilen bir grup olduğunu akla getirmektedir. Literatürde kardeşler konusundaki çalışmaların, daha çok "genel olarak kronik bir hastalık" veya "fiziksel ve/veya

zihinsel alanda ciddi yeti kaybı” ’na sahip olan çocukların kardeşlerinde yapıldığı görülmektedir.

Williams (1997), pediatrik kronik hastalık veya bozukluğu olan çocukların kardeşlerinin psikososyal uyumu konusunda yapılan araştırmaları gözden geçirdiği yazısında, bu alandaki çalışmaların çoğunun ABD kaynaklı olduğu ve sonuçların birbiriyle tutarlılık göstermediği sonucuna varmıştır. Bu yazıda incelenen araştırmaların %60’ ında bu kardeşlerin problemler için artmış riske sahip olduğunu, %30’ unda artmış riske sahip olmadıklarını ve %10’ unda ise negatiflerin yanı sıra pozitif sonuçların da görüldüğü bildirilmektedir. Sharpe ve Rossiter (2002) ise farklı kronik hastalıklara sahip çocukların kardeşleriyle yapılan araştırmaların meta analizinde, bu kardeşlerin kronik hastalığı olmayan çocukların kardeşlerine göre psikososyal işlevsellik ve akran aktivitelerinde olumsuzluklar yaşadığını ve görülen bu olumsuz etkilerin artan hastalık ağırlığı ve günlük tedavi programlarının gerekliliği ile ilişkili olduğunu bildirmiştir.

Williams ve arkadaşları (2002), kronik hastalığı olan çocukların kardeşlerinde, psikolojik stresin en sık anksiyete şeklinde ortaya çıktığını bildirmektedir. Anksiyetenin nedenleri farklı olabilir. Bu kardeşler; hasta çocuğun sağlığı ile ilgili endişelenebilir, kendilerinin hayatta kalmaları ve sağlıklı olmalarından dolayı suçluluk duyabilir ve tüm bunlar anksiyete neden olabilir. Zaman içerisinde ebeveynleri gibi bakım verici kimliği üstlenir ve bir yandan da olumsuz duyguları dışlamaya çalışırlar. Koruyucu bakım veren kimliği yükünü kaldıramayacaklarını anladıklarında ise, kendilik kavramlarında düşüş görülür ve bu da depresif semptomların ortaya çıkmasına neden olabilir. Çok az kardeş ise, hasta çocukla kendini kıyaslar, onunla yarış içine girer ve sahip olduğu bu düşüncelerden ötürü utanç duygusu yaşayabilir. Dahası, iç beklentileri karşılanmadığından, bazı kardeşler kronik hastalığı olan çocuğa zarar verme düşüncelerine ve neticede ortaya çıkacak suçluluk hislerine sahip olabilir (Williams ve ark., 2002).

Genel bir grup olarak bakıldığında her hangi bir kronik hastalığa sahip çocukların kardeşlerindeki psikolojik uyumun; yaş, cinsiyet, hastalığın tipi ve

aile çevresi özelliklerine bağlı olarak değiştiği bildirilmektedir (Wassermann, 1990). Sağlıklı çocukların kardeşlerinde de psikososyal uyum için bazı risk faktörleri tanımlanmıştır. Bunlar; düşük sosyoekonomik statü, tek ebeveyn olma, geniş aile olma, kardeşin erkek cinsiyetinde olması, ebeveynlerin çocuklarına gösterdikleri tutumların farklı olmasıdır. Kronik herhangi bir hastalık durumunda ise bunlara birkaç risk faktörü daha eklenmektedir; hasta çocuğun günlük işlevselliğindeki kısıtlılık derecesi (ne kadar ağırsa, uyum o kadar olumsuz etkilenir) ve kardeşin doğum sırası (Steiner, 1997).

Kronik hastalık varlığında kardeşin cinsiyet ve doğum sırasının psikososyal uyumu üzerindeki etkileri konusundaki çalışmalar, birbirleriyle tutarsız sonuçlar bildirmektedir. Ciddi işlev kaybına sahip çocukların özellikle erkek kardeşlerinin risk altında olduğu bildirilmişse de; Mates (1990), bu kardeşlerden kızların erkeklere göre daha fazla risk taşıdığını bildirmektedir. Doğum sırası bakımından ise artmış riske sahip olanlar yaşça daha küçük çocuklar olabileceği gibi, tam tersi yaşça daha büyük kardeşler de olabilir. Her iki duruma ait uygun açıklamalar olabilir. Hasta çocuk, bağımlı çocuk rolüne girebileceğinden, doğum sırasından bağımsız olarak kendinden daha küçük çocuğun yerini alabilir ve bu durumda yaşça küçük çocuk olumsuz etkilenebilir. Büyük kardeş ise, aldığı ev işi ve hasta çocuk bakımı görevleri ve hatta bazen ebeveyn rolüne girmesi sebebiyle artmış riske sahip olabilir (Mates, 1990). Rodrigue ve arkadaşları (1992), çalışmalarında ağır işlev kaybı olan çocukların yaşça büyük kardeşlerinin, duygu-davranış ve baş etme becerilerinde daha fazla zorluk yaşadığı ve daha sık dışa ve içe vuran davranım problemleri gösterdiklerini bildirmektedir.

Geniş aileler (fazla çocuklu aileler) sorumlulukların paylaşılması anlamında koruyucudur. Ancak fazla çocuk, artmış ebeveynlik yükü ve artmış maddi kaynak gereksinimi anlamına geleceğinden, bir risk olarak da görülebilmektedir (Sharpe ve Rossiter, 2002). Ailede ciddi yeti kaybına sahip çocuk varlığında; geniş ailelerin (çocuk sayısının ikiden fazla olması) kardeşin iyi uyuma sahip olma ihtimalinde artışa neden olacağını öne süren araştırmacılar da vardır (Kaminsky ve Dewey, 2002; Mates, 1990). Bunun nedeni; çocuk bakımı sorumluluğunun paylaşılması sonucu kişi başına düşen

yükün azalması olabileceği gibi, bu kardeşlerin ilişkilenebileceği ve gelişiminde pozitif etkilere neden olacak 'normal' kardeşe de sahip olması olabilir (Mates, 1990). Ancak geniş aileler, özellikle ebeveynler için artmış çocuk bakım sorumluluğu ve maddi yük anlamına da gelmesi ile artmış riske de neden olabilmektedir.

Bildirilen bütün bu çalışma sonuçlarına ters olarak; hasta olan çocuğun kardeşinin uyumunun, aile büyüklüğü, doğum sırası ve cinsiyeti ile ilişkili olmadığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Gold, 1993; Mates, 1990; Rodrigue ve ark., 1993).

KARD-YGB ile ilgili çalışmalar incelendiğinde; bu konudaki araştırmaların çoğunlukla otizm tanısının olduğu ailelerle yapıldığı görülmektedir. Dahası, tıpkı diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi var olan araştırmalar da bu kardeşlerin uyumu konusunda birbirleriyle tutarsız sonuçlar sunmaktadır (Macks ve Reeve, 2007). Bu kardeşlerin artmış uyum problemleri, yüksek depresyon oranları ve zayıf sosyal yeterlik gösterdikleri (Bagenholm ve Gillberg, 1991; Gold, 1993) ve özellikle içselleştirici problemleri için artmış riske sahip oldukları (Ross ve Cuskelly, 2006) bildirilmişse de bazı çalışmalarda uyumlarının, kendilik kavramı (benlik saygısı) ve sosyal yeterliklerinin kontrollerden farksız olmadığı (Mates, 1990; Kaminsky ve Dewey, 2002, Pilowsky ve ark., 2004) ve hatta kontrollere göre daha yüksek benlik saygısına sahip oldukları bulunmuştur (Rodrigue ve ark., 1993; Macks ve Reeve, 2007).

Kardeşlerde görülen artmış benlik saygısının çeşitli açıklamaları olabileceği öne sürülmektedir. Bu yüksekliğin bir olası nedeni, bu kardeşlerin ölçekleri doldururken kendilerini otistik kardeşleri ile karşılaştırıyor olmaları ve doğal olarak kendilerini onlardan daha iyi durumda görmeleridir. Diğer bir olası neden ise sahip oldukları olgunluk düzeyleridir. Bu kardeşlerin sahip oldukları yüksek olgunluk düzeyleri, davranış ve sosyal becerilerin ve akademik başarılarının daha iyi olmasına neden olarak genel kendilik kavramında yükselmeye neden olabilmektedir (Macks ve Reeve, 2007).

KARD-O' ların psikososyal uyumu konusundaki çalışmalar arası tutarsızlığın bir dizi nedeni olabilir. Mack ve Reeve (2007), demografik

özelliklerin, kontrol grubunda değil de sadece KARD-O grupta, benlik saygısı ve uyum ile ilişkili olduğunu ve artan demografik risk faktörleri sayısının artmış psikososyal ve emosyonel problemler ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Demografik risk faktörleri; kız cinsiyet, otistik çocuktan büyük olma, iki kardeş varlığı ve düşük SES olarak belirtilmiştir. Yazarlar, otistik bir çocuğun kardeşi olmanın tek başına bir risk faktörü teşkil etmeyebileceğini, hatta bu kardeşlerin yaşamları üzerinde olumlu etkilere bile neden olabileceğini, ancak birçok demografik risk faktörünün aynı anda var olması durumunda bu kardeşlerin hem emosyonel, hem de psikolojik zorluklar bakımından risk altında olacağını öne sürmektedir. Bu çalışmadan edinilen bulgular, daha önceden yapılan çalışmaların birbirinden tutarsız sonuçlar sunmasının nedenine bir açıklama getirebilmekte. Pozitif etkilene sonucunu bulan çalışmalarda demografik risk faktörleri az olan grup, negatif etkilene sonucunu bulan çalışmalarda demografik risk faktörleri fazla olan gruplar kullanılmış olabilmektedir (Mack ve Reeve, 2007).

Çalışmalar arasındaki tutarsızlıkların potansiyel nedenlerinden bir diğeri de, kullanılan ölçeklerin farklı olması olabilir. Çalışmaların çoğunda ebeveyn bildirimine dayalı ölçekler, diğerlerinde ise kişinin kendisinin bildirimine dayalı ölçekler kullanılmıştır. Zira Mack ve Reeve (2007), KARD-O' lar ile yaptığı araştırma sonucunda ölçeklere dayalı değerlendirmelerde ebeveyn ve kendilerinin bildirimlerinin birbirinden farklılık gösterdiğini; ebeveynlerin KARD-O' lar ile ilgili daha olumsuz derecelendirme yaptıklarını bildirmiştir. Bu sonuç (Gold, 1990) araştırma sonucu ile tutarlılık göstermektedir; ebeveynler bu kardeşleri, onların kendilerini değerlendirdiğinden daha çok agresif, depresif ve daha yüksek genel patoloji düzeylerine sahip olarak değerlendirme eğilimindedirler. Bunun çeşitli nedeni olabilir. Bir olası neden; bu ebeveynler otistik çocuklarına o kadar zaman harcıyorlar ki diğer çocuklarının sosyal ve duygusal işlevselliklerini doğru değerlendiremiyorlar. Ebeveynler kendi içlerinde yaşadıkları hayal kırıklıklarını otistik olmayan çocuklarına yansıtıyor olabilir ve bu durum değerlendirmelerinde onları daha olumsuz derecelendirmelerine neden olabilir. Eğer ebeveyn otistik çocuğundan ötürü stres yaşıyorsa diğer

çocuğunun da aynı düzeyde stres yaşadığını düşünüyor da olabilir. Bütün bu nedenlerden ötürü bilginin her iki kaynaktan da alınması önemlidir. Ancak çoğu çalışmaya bakıldığında değerlendirmelerin sadece tek bir kaynaktan alınan bilgi çerçevesinde sunulduğu dikkat çekmektedir.

Literatürde var olan çalışmalarda, KARD-O' ların psikososyal uyum bakımından değerlendirildiği çoğu çalışmada ölçeğe dayalı değerlendirme yapıldığı görülmektedir. Klinik tanı veya standardize değerlendirmelerin kullanıldığı az sayıda çalışmada ise otistik çocukların kardeşlerinde YGB yanı sıra sosyal fobi (Smalley, McCracken ve Tanguay, 1995) tanısında da artış olduğu gösterilmiştir.

2.4. YGB ve Ebeveynler

Ailede otizm gibi ciddi yeti kaybına neden olan bir bozukluğa sahip çocuk varlığında, ebeveynler sevdikleri birinin kaybı hissini de içeren karmaşık bir dizi duygu yaşamaktadırlar (Quine ve Pahl, 1987). Erişkinlerde kayba verilen cevap; şok, inkar, depresyon ve kabullenme- uyum sağlama basamaklarını içermektedir. Suçluluk duyguları, depresyon ve anksiyete bu sürecin bir parçasıdır. Kabullenme ve uyum sağlama basamağına geçmek bazı ebeveynlerde birkaç ayı bulabileceği gibi bazılarında semptomlar daha ağır ve daha uzun süreli olabilmektedir (Seligman, 1985).

Kronik hastalık veya bozukluk, aile hayatında çeşitli değişimlere neden olmaktadır. Değişimlere uyum sağlama sürecinde kardeşler yanı sıra ebeveynler bir dizi güçlüklerle karşı karşıya kalmaktadır. Otizmin; aileler için oldukça fazla strese neden olan kronik bir bozukluk olarak değerlendirilmesinin çeşitli nedenleri bulunmaktadır. Otizmin neden olduğu işlev kaybı oldukça ağır bir durumdur. Konuşmanın olmaması, bizar agresif davranışlar ve öfke patlamaları gibi problemler ailelerde stres düzeyinde belirgin artışa neden olmaktadır. Semptomların stres yaratıcı oluşu, terapilerin uzun soluklu oluşu ve tedavi kürünün olmaması ailelerin uzun yıllar boyunca bu çocuklarına bakım sağlamak zorunda oldukları anlamına

gelmektedir (Gray, 1994). Bozukluğun şiddetinde artış, etkilenen çocuğun ebeveynlerine daha fazla bağımlı hale gelmesi ve onlara daha fazla sorumluluk yüklemesi ile sonuçlanmaktadır (Blacher ve ark., 1987).

Ailede, gerek tek başına, hastalık nedeniyle gerek hastalığa ikincil olarak ortaya çıkan uygunsuz ilişki ve paternler sonucunda, ebeveynler üzerindeki yük artmaktadır. Bu ebeveynlerin psikopatoloji yönünden artmış riske sahip olduğu düşünülebilir. Psikopatoloji gelişiminde risk-dayanıklılık modelinde stresörler ve yatkınlıklar ile destek sistemleri ve dayanıklılık arasında bir dengenin sağlanması gerektiği bilinmektedir. Bu model düşünüldüğünde kronik hastalığın kendisi bir stresir ve bu dengeyi olumsuz yönde etkilemektedir. Kişinin sahip olduğu yatkınlıklar, genetik donanım ve aynı zamanda içinde yaşadığı çevrenin getirisi olan olumsuz koşullardır.

Stres ve risklere (yatkınlık) karşı, kişiyi psikopatolojiden koruyucu dış veya iç faktörler tanımlanmaktadır. Tanımlanan koruyucu dış faktörlerden biri; kişinin sahip olduğu destek sistemleridir. İç faktörler ise, 'kişinin dayanıklılığı' ile ilişkilidir. Kişinin dayanıklılığı ile ilişkili faktörlerinin bazıları doğuştan kazanılmaktadır; "entelektüel becerilerin iyi olması, uyum sağlayabilen bir mizaca sahip olma" gibi. Sonradan kazanılan dayanıklılık faktörleri ise bazı savunma mekanizmaları ve baş etme stratejilerini içermektedir (Steiner, 1997).

2.4.1. YGB ve Ebeveynlerde Stres - Sosyal Destek

Otistik çocukların ebeveynleri, ciddi bir işlev kaybı olmayan çocukların anneleri ve Down sendromu gibi işlev kaybına neden olan diğer bir hastalığı olan çocukların annelerinden daha yüksek stres düzeyleri bildirmektedir (Dumas ve ark. 1991; Sanders ve Morgan, 1997). Dahası annelerin babalara göre daha fazla stres bildirdikleri gösterilmiştir (Hastings, 2003; Heller ve ark. 1997). Diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi bu ebeveynler azalmış sosyal destek bildirmektedir ve bu durum stres düzeylerinde artışa katkıda bulunmaktadır (Karakavak ve Çınar, 2006).

Mugno ve arkadaşları (2007), YGB tanılı çocukların ebeveynlerinin, serebral palsi veya mental retardasyon tanılı çocukların ebeveynlere göre fiziksel aktivite ve sosyal ilişkilerinin daha az olduğunu göstermişlerdir. Yüksek düzeyde stres bildiren annelerin sosyal destek arayışı içine girdikleri ve bu annelerde formal destekten ziyade, informal sosyal desteğin stres tamponu işlevinin daha iyi olduğu bildirilmektedir (Boyd, 2002). Boyd (2002), otistik çocukların annelerinde, düşük düzeydeki sosyal desteğin depresyon ve anksiyetenin en güçlü yordayıcılarından biri olduğunu göstermiştir.

Akçakın ve Erden (2001), çalışmalarında otistik çocukların ebeveynlerinde artmış anksiyete düzeyleri gösterememişse de; bu ebeveynlerde anksiyete düzeylerinin, ciddi yeti kaybı olmayan çocukların annelerinkine göre daha yüksek (Toros, 2002) ancak Mental Retardasyon tanılı çocukların annelerinkine benzer olduğu (Sunay ve ark., 2002) bildirilmektedir. Benzer şekilde, depresif semptom düzeylerinin otistik çocukların annelerinde, MR tanısı olan çocukların annelerine (Sunay ve ark., 2002) ve her hangi bir yeti kaybı olmayan çocukların annelerine (Toros, 2002) göre daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Sunay ve arkadaşları (2002), otistik çocukların annelerinin depresif olmama durumunun (% 27,5) MR olan çocukların annelerine göre (%55,3) belirgin derecede daha yüksek olduğuna dikkat çekmiştir. Dahası otistik çocukların annelerinin, MR olan çocukların annelerine göre daha yüksek depresyon skorlarına sahip olduğu ve yaşça küçük (30 yaş altı) ve otistik çocuğu erkek cinsiyette olan annelerin psikopatoloji skorlarının daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Sunay ve ark., 2002). Akçakın ve Erden (2001), otistik çocuğun düşük zeka düzeyine sahip olmasının anneler üzerinde olumsuz etkisi olduğunu öne sürmüşlerdir.

Çocuğunda YGB olan ebeveynler, bütün bu artmış stresin yanı sıra, çocuklarıyla paylaştıkları genetik yüklülük nedeniyle de bir dizi psikiyatrik problem için artmış riske sahiptirler. Çalışmalarda otistik bireylerin ailelerinde Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), Afektif Bozukluklar (özellikle Major Depresyon), Tik Bozuklukları, Anksiyete Bozuklukları (özellikle sosyal fobi) ve Kişilik Bozukluklarının daha sık görüldüğüne dikkat çekilmektedir (Mouridsen ve ark., 2007; Yirmiye ve Shaked, 2005).

Hollander ve arkadaşları (2003), otistik çocukta tekrarlayıcı davranışların ağırlığının ebeveynlerdeki OKB semptom düzeyi ile ilişkili olduğunu göstermişlerdir. OKB veya obsesif özelliklerin görülme sıklığının arttığını bildiren bu çalışmalarla tutarsız sonuçlar sunan çalışmalar da vardır. Akçakin ve Erden (2001), Maudsley Obsesif Soru Listesi ölçeklerindeki skorlarının ortalamaları bakımından gruplar arasında fark olduğunu gösterememişlerdir. Tüm bu artmış psikopatolojilere ek olarak bu ebeveynlerin tıpkı kardeşler gibi GOF açısından artmış riske sahip oldukları bildirilmektedir. Ancak yazarlar (Bolte ve ark., 2007) bu ebeveynlerde görülen GOF' nin sadece genetik etkenlerden değil bu derecede ağır bir bozukluğun yarattığı yükten de kaynaklanabileceğinin altını çizmektedirler.

2.4.2. YGB ve Annelerde Baş Etme Yöntemleri

Otizmin aile ünitesine getirdiği artmış strese rağmen, aileler; bir şekilde bu bozuklukla baş etme yollarını öğrenmelidirler. Birçok ailenin otistik çocuklarını yetiştirirken karşılaşılan zorluklara başarılı bir şekilde uyum sağlayabildikleri görülmektedir. Stres ve baş etme teorisine göre (Lazarus ve Folkman, 1984) ebeveynler bireysel veya aile baş etme yöntemlerinin gelişmesi ile duruma, en azından kısmen olmak üzere, başarılı bir şekilde uyum sağlamaktadırlar.

Folkman ve Lazarus (1980), tarafından tanımlanan “baş etme”; stresli bir durumun neden olduğu dıştan veya içten gelen talep veya çelişkilerin üstesinden gelebilmek, onları tolere edilebilmek veya azaltabilmek için verilen kognitif veya davranışsal çabalardır. Bir durum tehdit edici olarak algılandığında, kişi bu durumun yarattığı tehlike ve problem boyutuna karar verdikten sonra, kendi mental ve/veya fiziksel sağlığına getireceği potansiyel zararı azaltmak için hangi baş etme stratejilerini kullanacağına karar vermektedir. Böylece, baş etme stresörün etkisinde moderatör etkiye sahip olmaktadır.

Her baş etme stratejisi uyuma yönelik değildir. Çocuklarını yetiştirme stresiyle baş etmede kaçma-kaçınma stratejilerini kullanan ebeveynlerin

daha fazla stres düzeyi ve mental sağlık problemleri yaşadığı; pozitif çerçeveselendirme stratejisini kullananların ise düşük stres düzeyleri bildirdikleri gösterilmiştir (Dunn ve ark., 2001; Hastings ve Johnson, 2001).

Otistik çocukların ebeveynlerinin kullandıkları baş etme yöntemleri konusunda literatürde oldukça kısıtlı sayıda çalışma mevcut bulunmaktadır. Gray (1994), çalışmasında bu ebeveynlerin sosyal kurumsal destek, aile desteği, sosyal geri çekilme, din, normalizasyon, kişiselleştirme gibi çeşitli baş etme yöntemlerini kullandığına dikkat çekmiştir.

Bu ebeveynlerin baş etme yöntemlerinin diğer durumlara sahip çocukların ebeveynlerinden farklı olması beklenebilir. Çünkü baş etme kontekste bağlı olarak değişmektedir (Carver ve ark., 1989).

Stresin doğasının yanı sıra, kişiye ait faktörler, stres ve çevrenin etkileşimi baş etme yöntemlerinin gelişimini etkilemektedir. Bir başka ifadeyle; ağır işlev kaybına sahip bir çocuğun ebeveynlerinin sosyal destek ağının az olması bu alandaki baş etme yöntemlerinin gelişememesine neden olacaktır. Stres yaratan durum ve baş etme yöntemleri zamanla değişkenlik gösterdiği (Gray, 2002) bildirilmişse de Hastings ve arkadaşları (2005) kesitsel çalışmalarıda baş etme yöntemlerinin otistik çocuğun yaşından yani aile yaşam döngüsünün evresinden etkilendiğini gösterememiştir. Araştırmalarda bildirilen diğer bir bulgu ise otistik çocukların anne ve babaların farklı baş etme yöntemleri gösterdikleridir (Hastings, 2003; Heller ve ark., 1997).

Bazı baş etme yöntemlerinin kişinin uyumunda olumlu etkiye sahip olduğu öne sürölmektedir. Travmatik ve stresli olayı pozitif yeniden yorumlama pozitif baş etme yöntemlerinden biridir. Bu baş etme yöntemi, stresörün etkisini direkt olarak azaltmanın zor olduğu aşırı uç durumlarda etkili baş etme stratejilerinden biri olabilmektedir.

Otistik çocukların ebeveynleriyle yapılan çalışmalara bakıldığında hiçbir baş etme stratejisinin ebeveynin uyumunda diğerlerine göre daha iyi olmadığı bildirilmişse de (Gray, 1994), Hastings ve Taunt (2002), ebeveynlerin otistik çocuklarının durumu hakkında pozitif algısının yüksek düzeydeki stres ile baş etmelerinde uyuma yönelik olabileceğini öne

sürmektedir. Hastings ve arkadaşları (2005) çalışmalarında bu görüşü destekleyen sonuçlar elde etmiştir; otistik çocuğun hem anne hem babalarında pozitif baş etme yöntemlerinin varlığı, düşük depresyon düzeyleri ile ilişkili yani uyuma yöneliktir, daha düşük stres düzeyi ve daha az mental sağlık problemleri ile ilişkilidir. Bu araştırma sonucunda bulunan diğer bir sonuç ise aktif kaçınmanın hem anne hem de babalarda daha fazla stres ve mental sağlık problemleri ile ilişkili olduğu yani uyuma yönelik olmadığıdır. Dini inanç yöntemlerinin stres ve depresyonu azaltabileceğini öne süren (Tarakeshwar ve Pargament, 2001) çalışmalar varsa da uyumda işlevinin olmadığını gösteren çalışmalar da vardır (Hastings ve ark., 2005).

Kişinin baş etme yaklaşımlarının, içinde bulunduğu ailenin diğer bireylerinin uyumu üzerinde de etkili olduğu bildirilmektedir. Kothick ve arkadaşları (1996) özellikle ebeveynlerden birinin (özellikle annenin) “kaçınma” baş etme yöntemine sahip olmasının, çocuklarda hem içselleştirici hem de dışsallaştırıcı problemlerin artışı ile ilişkili olduğunu, öyle ki bu ilişkinin çocuğun kendi kaçınma baş etme yöntemi ile kendi uyumu arasındaki ilişkiden daha kuvvetli olduğunu bildirmektedir.

Bütün bu bilgiler; özellikle anneler olmak üzere ebeveynlerin baş etme yöntemleri ve bununla ilişkili olan sosyal desteklerinin, kardeşlerin psikososyal uyumunda ne denli önemli role sahip olduğunu düşündürmektedir.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Örneklemi

3.1.1. Çalışma Grubu

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatri Polikliniği' nde yapılan çalışma, fakültenin etik kurulu tarafından 04.07.2008 tarihinde MAR-YÇ-2008-0144 protokol numarası ile onaylanmıştır (Ek-14).

Çalışma grubuna poliklinikten Yaygın Gelişimsel Bozukluk (YGB) tanısı ile takip edilmekte olan çocukların 8-18 yaş aralığındaki kardeşlerinin dâhil edilmesi planlanmıştır.

Bu amaçla Temmuz 2007' de poliklinik arşivindeki dosyalar tarandı ve kardeşi 8-18 yaşında olan YGB tanılı çocuklar bulundu. Aileler, telefon ile aranarak çalışmanın amaç ve içeriği hakkında bilgilendirildi.

Ebeveyn ve kardeşin çalışmaya katılmayı kabul etmesi durumunda, YGB tanılı çocuğun güncel tanısının değerlendirilmesi amacıyla aileye görüşme randevusu verildi. Bu görüşmede araştırmacı, YGB tanısı ile takip edilmekte olan çocuğu DSM-IV' e dayalı klinik görüşme ile değerlendirdi ve çocuğun güncel tanısı YGB şemsiyesi altında olması durumunda, kardeşi çalışmaya dâhil edildi.

YGB tanılı çocuğun görme özürülü olması ve ailedeki çocuklardan birinde psikiyatrik olmayan herhangi bir kronik hastalık olması durumunda bu aileler çalışmaya dâhil edilmedi.

Çalışmanın dâhil edilme ve dışlanma ölçütlerine göre şu basamaklar geçilerek çalışma grubuna ulaşıldı;

Taranan poliklinik dosyaları arasında 8-18 yaş aralığında kardeşe sahip çocukların sayısı 87 idi. Bu ailelerden; 13' ü kayıtlı telefondan ulaşılamadığı için, 11' i şehir dışında oturduğu için; 1' i YGB tanılı çocuğun görme engeli olduğu için; 1' i güncel tanısı YGB şemsiyesi dışında olduğu için araştırmaya dâhil edilmedi.

Diğer ailelerden; 7' si çalışmaya katılmak istemedi. Katılmayı kabul eden ailelerden 2' si randevularına gelmedi. 2' si ebeveyn nedenli sağlık problemlerini mazeret göstererek çalışmaya katılmadı.

Çalışmaya dâhil edilen 73 kardeşten 3' ü, ölçek veya psikiyatrik değerlendirmelerinde eksiklikler bulunması nedeniyle değerlendirme dışı bırakıldı.

Nihai çalışma grubunu, 47 aileden gelen 70 kardeş oluşturdu.

3.1.2. Kontrol Grubu

Marmara Üniversitesi Pediatrik Endokrinoloji Polikliniği' nden tip 1 DM tanılı çocukların 8-18 yaş aralığındaki kardeşlerinin araştırmaya dâhil edilmesi planlandı.

Bu amaçla pediatrik endokrinoloji polikliniği hasta kayıtlarına ulaşıldı. 8-18 yaş aralığında kardeşi bulunan hasta çocukların aileleri telefon ile aranarak çalışma hakkında bilgi verildi. Araştırmaya katılmayı kabul eden ebeveyn ve kardeşlerin ailelerine, araştırmacı tarafından değerlendirilmek üzere randevu verildi.

MR, YGB veya Gelişimsel Dil Gecikmesi gibi gelişimsel bir bozukluğu olan Tip 1 DM tanılı çocukların kardeşleri çalışmaya dâhil edilmedi.

Dahil edilme ve dışlanma kriterlerine göre aşağıdaki basamaklar geçilerek kontrol grubuna ulaşıldı;

Endokrin polikliniği tarafından takip edilmekte olan tip 1 DM tanılı çocukların sayısı 115 idi. Bu çocukların; 12' sinin telefon kayıtları eksikti, 17' sine ise kayıtlı telefonlarından ulaşılamadı.

Ulaşılan çocuklardan, 8-18 yaş aralığında kardeşi olanların sayısı 55 idi. Bu çocuklardan 1' inin YGB tanısı olduğu için, diğer 2' sinin ise kardeşlerinde de DM tanısı olduğu için, kardeşleri araştırmaya alınmadı.

Araştırmanın dahil edilme kriterlerine uygun olan 52 ailenin; 16' sı çalışmaya katılmayı kabul etmedi, 7' si randevularına gelmedi.

Nihai kontrol grubunu; 29 aileden gelen toplam 45 kardeş oluşturdu.

3.2. Araştırmanın Deseni

Araştırma kesitsel bir çalışma olarak tasarlandı.

3.3. Kullanılan Ölçek, Anket ve Değerlendirmeler

Çalışma grubunu oluşturan YGB tanılı çocukların kardeşlerine ve kontrol grubunu oluşturan Tip 1 DM tanılı çocukların kardeşlerine ait demografik bilgiler araştırmacı tarafından ebeveynlerinden alındı ve takip formlarına kaydedildi (Ek 1).

Araştırmacı, psikiyatrik tanılarını değerlendirmek için bu kardeşlere Çocuklar için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam boyu Versiyonu-Türkçe Versiyonunu (ÇGDŞ-ŞY-T) uyguladı. ÇGDŞ-ŞY-T' te, YGB ve Mental Retardasyon tanıları taranmadığından, bu tanıların varlığı DSM-IV' e dayalı klinik görüşmede değerlendirildi. Klinik Mental Retardasyon şüphesinde tanı WISC-R testi ile teyit edildi.

Gruplardaki kardeşlere kendilerini değerlendirmeleri için;

Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ), Çapa Çocuk ve Ergenler için Sosyal Fobi Ölçeği (ÇESFÖ), Piers Haris Öz-Kavram ölçeği ve yaşlarına uygun olacak şekilde Çocuklar için Durumluluk-Sürekli Kaygı Envanteri (ÇDSKE) ile Durumluluk-Sürekli Kaygı Envanteri (DSKE) verildi.

Annelere;

Çocuklarını derecelendirmek için; Çocuk ve gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği (ÇDDÖ) ve Sosyal Cevaplılık Ölçeği (SCÖ) (Social Responsiveness Scale),

Kendilerini değerlendirmek için; Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formu (ÇBSDÖ) ve Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (*COPE*) verildi.

Sadece çalışma grubunda; YGB tanılı çocuk ve en az bir ebeveyninin katıldığı bir görüşmede YGB' nin şiddetini değerlendirmek amacıyla

araştırmacı tarafından Çocukluk Otizmi Derecelendirme Ölçeği (CARS) kullanıldı.

3.3.1 Sosyodemografik Bilgi Formu

Ebeveynlerden en az birinin katıldığı görüşmede, her iki ebeveyn, hasta çocuk ve çalışmaya katılan kardeşlerine ait sosyodemografik özellikler, araştırmacı tarafından geliştirilen form kullanılarak elde edildi. Bu form aşağıdaki bilgileri içermekteydi;

-Ebeveynlerle ilgili bilgiler; anne ve babanın yaşları, eğitim düzeyleri ve iş durumları ile annenin psikiyatrik başvuru varlığı ve ihtiyacını içeriyordu. Hasta çocukla ilgili bilgiler; yaş, cinsiyet, tanı yaşı, tanıdan bu yana geçen zaman ve klinik özelliklerini içeriyordu.

-Kardeşle ilgili bilgiler; yaş, cinsiyet, gelişim basamakları (ilk kelime, ilk cümle, yürüme, tuvalet eğitimi), daha önce psikiyatrik başvuru varlığı, medikal hastalık varlığı, okuma yazmayı öğrenme zamanı ve okul başarısını içeriyordu.

-Psikiyatrik soy geçmiş; YGB tanılı çocuk baz alınarak, ebeveynlerden alınan bilgiler doğrultusunda elde edildi. Sorgulanan durumlar veya bozukluklar; Geç konuşma, Duygu Durum Bozuklukları, Obsesif Kompulsif Bozukluk, Obsesif Kompulsif Semptomatoloji, YGB, SAB, Diğer Anksiyete Bozuklukları, DEHB, Psikotik Bozukluklar, Tik Bozuklukları, MR idi. Spesifik psikiyatrik tanımlar DSM-IV temel alınarak sorgulandı.

Ailede psikiyatrik öykü varlığı, 1. derece (ebeveynler ve kardeşler) ve daha uzak (ebeveyn ve kardeşler dışında kalan ve hasta çocukla kan bağına sahip tüm akrabalar= 2. derece veya daha uzak) olarak kaydedildi.

3.3.2. Çocuklar için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam boyu Versiyonu-Türkçe Versiyonu (ÇGDŞ-ŞY-T):

Yarı-yapılandırılmış bir görüşme olan ÇDŞG-ŞY-T, Kauffman ve arkadaşları (1996) tarafından DSM-III-R ve DSM-IV tanı ölçütlerine göre 6-18 yaş arasındaki çocuk ve ergenlerde, psikopatoloji taramak amacıyla geliştirilmiş olup, Öğrenme Güçlüğü, Gelişimsel Bozukluklar ve Negatif Semptomlu Şizofreni dışında birçok psikiyatrik bozuklukları tarar. ÇDŞG-ŞY-T' nin Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Gökler ve arkadaşları (2004) tarafından yapılmıştır.

3.3.3. Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ):

Kovacs (1980) tarafından Beck depresyon ölçeği esas alınarak hazırlanan kendi kendini değerlendirme ölçeğidir. Ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Öy (1991) tarafından yapılmıştır. Depresif belirtilerin şiddetini değerlendiren bu ölçek, 6-17 yaş aralığındaki çocuk ve ergenlerde kullanılmaktadır. 27 maddeden oluşan bu ölçekte, her madde belirtinin şiddetine göre 0, 1 ya da 2 puan alır. En üst toplam puan 54' tür. Kesim puanı 19 olarak önerilmektedir.

3.3.4. Çapa Çocuk ve Ergenler için Sosyal Fobi Ölçeği (ÇESFÖ)

Demir (1997) tarafından çocuk ve ergenler için sosyal fobi düzeyini belirlemek amacıyla geliştirilmiş olan likert tipi bir ölçektir. Toplam 25 maddeden oluşmaktadır.

Öğrenciler arasında kullanılacağı düşünüldüğünden, ölçekte özellikle okul ve sınıfta ortaya çıkabilecek sosyal fobik durumlara ağırlık verilmiştir.

Ölçek maddeleri, bir kısmı doğrudan okul ve sınıf ortamındaki durumlar olmak üzere sosyal fobiye yol açabilecek çeşitli durumları ve bunlara verilen tepkileri içermektedir. Ölçekten alınan yüksek puanlar sosyal fobi belirtilerinin fazlalığına işaret etmektedir. Ölçeğin yazar tarafından bildirilen güvenirlik katsayısı (Cronbach = .82) oldukça yüksektir.

ÇESFÖ; hem ifadelerin basit ve anlaşılır olması, hem de daha geniş bir yaş grubuna hitap edebilmesi amaçlanarak hazırlanmıştır. Ölçeğin geçerliliği ve güvenirliği Demir ve arkadaşları (1999) tarafından saptanmıştır.

3.3.5. Piers Haris Öz-Kavram ölçeği:

9-20 yaş aralığındaki bireylerin kendilerine yönelik duygu, düşünce ve tutumlarını değerlendirmeyi amaçlayan 80 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir.

Ölçeği oluşturan maddeler “evet” ya da “hayır” şeklinde yanıtlanır. Bireylerin zihinsel özellikleri, okul durumları, fiziksel görünüşleri ve özellikleri, kaygı düzeyleri, sosyal beğenilirlik ya da gözde olma durumlarıyla ilgili neler hissettikleri değerlendirilmektedir. Elde edilen puanlar kuramsal olarak 0-80 arasında değişmektedir. Yüksek puanlar olumlu, düşük puanlar ise olumsuz öz kavramın (benlik saygısı) varlığına işaret etmektedir. Ülkemizde geçerlilik ve güvenirlik çalışması Öner (1996) tarafından yapılmıştır.

3.3.6. Çocuklar için Durumluluk-Sürekli Kaygı Envantörü (ÇDSKE):

Spielberg (1973) tarafından geliştirilmiş olan bu ölçeğin durumluk ve sürekli kaygı için 20 'şer soruluk çoktan seçmeli iki alt ölçeği bulunmaktadır. Her madde belirtinin şiddetine göre 1, 2 ya da 3 olarak puanlanmaktadır. Kaygı ölçeğinden alınabilecek en düşük toplam puan 20, en yüksek toplam puan ise 60' tır. 30 puan ve üzeri, yüksek olarak kabul edilmiştir. Durumluk kaygı; bireyin belirli bir zamanda, belirli şartlar içinde hissettiği kaygıyı tanımlamakta ve dış etkenlere göre değişim gösterebilmektedir. Sürekli kaygı ölçeği ise

bireyin genel olarak ne hissettiğini tanımlamakta; anksiyeteye yatkınlığının yanı sıra bireysel farklılıkları ölçmeyi amaçlamaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Özusta (1993) tarafından yapılmıştır.

3.3.7. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (DSKE)

Her biri Likert tipi, 1-4 arasında puanlanan 20 maddelik Durumluk Kaygı Ölçeği ve 20 maddelik Sürekli Kaygı Ölçeği olmak üzere iki ölçekten oluşur (Spielberger ve ark 1970). Her iki ölçekte de ters ve düz yönde soru ifadeleri yer alır. Puanlama her bir ölçek için 20-80 arasında değişir ve yüksek puanlar anksiyete seviyesinin yüksekliğine işaret eder. Türkçeye 1977 yılında çevrilmiş olan bu ölçek pek çok araştırmada kullanılmıştır (Öner ve Le Compte, 1985).

3.3.8. Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği (ÇDDÖ)

Ölçek, 4-18 yaş grubundaki çocukların ve gençlerin sosyal yeterlilik alanlarını ve sorun davranışlarını anne babalardan elde edilen bilgiler doğrultusunda değerlendirmek amacıyla, Achenbach ve Edelbrock (1983) tarafından geliştirilmiştir.

Çocukların davranış sorunlarını tanımlayan 118 ana maddeden ve sosyal yeterlilik ile ilgili 20 ek maddeden oluşan bu ölçekte, sorunlar, bakım veren kişi tarafından 0-2 arasında puanlanır. Ölçekten, İç Dönük ve Dışa Dönük olmak üzere iki ayrı davranış puanı elde edilmektedir. Sosyal içe dönüklük (8 madde), somatik yakınmalar (4 madde) ve kaygı/depresyon (13 madde) İç Dönük Davranış grubu problemleri puanını; kurallara karşı davranışlar (17 madde) ve saldırgan davranışlar (18 madde) alt ölçeklerinin toplamı ise Dışa Dönük Davranış grubu problemleri puanını oluşturmaktadır. Bu iki temel grup dışında kalan diğer alt ölçekler ise sosyal sorunlar, düşünce sorunları ve dikkat sorunlarıdır.

Ölçeğin Türkçe test-tekrar test güvenilirliği; toplam yeterlikte 0,78; toplam problemde ise 0,84 olarak saptanmış ve korelasyonların yüksek olduğu belirlenmiştir (Erol, Arslan ve Akçakın, 1995). Cronbach alfa katsayıları; içe dönükte 0,82; dışa dönükte 0,81; toplam yeterlilikte 0,70; toplam problemde ise 0,88 olarak saptanmıştır (Erol ve Şimşek, 1997).

3.3.9. Sosyal Cevaplılık Ölçeği (SCÖ) (*Social Responsiveness Scale=SRS*)

İlk oluşturulduğunda “Sosyal Karşılıklılık Ölçeği” (*Social Reciprocity Scale*) olarak adlandırılan bu ölçek Constantino (2000) tarafından geliştirilmiştir.

Gözlenebilir karşılıklı sosyal davranış ile ilgili 39, dilin sosyal kullanımı ile ilgili 6 ve patognomonik otistik davranışlar ile ilgili 20 olmak üzere toplam 65 maddeden oluşur. Her bir madde, 0-3 arası likert tipi puanlama ile cevaplanır. Bazı maddeler terstir.

Yüksek skorlar yüksek sosyal bozulmaya işaret eder ve klinik örneklemede ölçek puanlarının zeka düzeylerinden bağımsız olduğu gösterilmiştir (Constantino ve ark., 2000). Ölçekten elde edilen toplam puan, sosyal eksikliklerin ağırlığını yansıtır. YGB spektrum bozukluklarına sahip çocuklarda SRS toplam puanlarının, DEHB dahil diğer psikiyatrik bozukluklara sahip olanlardan daha yüksek olduğu gösterilmiştir (Constantino ve ark., 2000).

Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği olmamakla birlikte bu ölçek, daha önce okul çağı çocuklarında yapılan büyük örneklemlerle bir çalışmada Ünal ve arkadaşları (2008) tarafından kullanılmıştır.

3.3.10. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE):

Carver, Scheier ve Weintraub tarafından 1989` da geliştirilen *COPE*, başa çıkma tutumlarını değerlendiren ve yaygın olarak kullanılan bir ölçektir.

60 sorudan oluşan ölçek, 1-4 arası likert tipi puanlama ile cevaplanır. Her biri dörder sorudan oluşan toplam 15 alt ölçekten oluşmuştur. Bu alt ölçeklerin her biri ayrı bir başa çıkma tutumu hakkında bilgi verir. Bu 15 başa çıkma tutumu ya da alt ölçek şunlardır: 1. Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, 2. Zihinsel boş verme, 3. Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, 4. Yararlı sosyal destek kullanımı, 5. Aktif başa çıkma, 6. İnkâr, 7. Dini olarak başa çıkma, 8. Şakaya vurma, 9. Davranışsal olarak boş verme, 10. Geri durma, 11. Duygusal sosyal destek kullanımı, 12. Madde kullanımı, 13. Kabullenme, 14. Diğer meşguliyetleri bastırma, 15. Plan yapma.

Alt ölçeklerden alınacak puanların yüksekliği kişinin hangi başa çıkma yöntemlerini daha çok kullandığı hakkında yorum yapma olasılığı verir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği, Ağargün ve arkadaşları (2005) tarafından yapılmıştır.

3.3.11 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formu:

Zimet ve arkadaşları tarafından 1988' de oluşturulan Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği; üç farklı kaynaktan alınan sosyal desteğin yeterliliğini öznel olarak değerlendiren, kullanımı kolay, kısa bir ölçektir. Önerilen alt ölçek yapısı; aile, arkadaş ve özel bir insandan alınan desteği içermektedir.

Ölçeğin ve alt ölçeklerin iç tutarlılığı (Zimet ve ark., 1988; Eker ve Arkar, 1995) ve test-tekrar test korelasyonları (Zimet ve ark., 1988) yeterlidir.

Ölçeğin Türkçe formunun faktör yapısı, güvenilirliği ve yapı geçerliliği ülkemizde kullanımı açısından, genel olarak tatmin edici bulunmuştur (Eker ve Arkar, 1995). Ancak, "özel bir insan" alt ölçeğinin yapı geçerliliği açısından zayıf ölçek olduğu gösterilmiştir. Bu nedenle, Eker ve arkadaşları (2001), ülkemizde oldukça özel bir anlama sahip olan "özel bir insan" terimini çıkararak, onun yerine özel bir insan dışlama yoluyla tanımlanmış "ailenin ve arkadaşların dışında olan kişi" (örneğin; flört, nişanlı, akraba, komşu, doktor) tanımını getirmiştir.

3.3.12. Çocukluk Otizmi Derecelendirme Ölçeği (*Childhood Autism Rating Scale=CARS*):

Davranışların gözlemlenmesine dayanan, 15 maddeden oluşan ve her bir maddenin 1-4 puan arası değerlendirildiği likert tipi bir ölçektir. Çocukların diğer insanlarla ilişkileri, beden ve nesne kullanımları, değişikliğe uyumları, sözlü ve sözel olmayan iletişim ve taklit becerilerinin yanı sıra duyuşal özellikleri, korkuları ve etkinlik düzeyleri profesyoneller tarafından puanlanır. Bir puan normal davranışları tanımlarken, dört puan anormal uygunsuz davranışları tanımlamaktadır.

CARS' da 38-60 arası puan alanlar şiddetli belirtiler gösteren otistik grubu, 30-38 arası puan alanlar hafif-orta belirtiler gösteren otistik grubu, 15 ile 29 arası puan alanlar ise otistik belirtisi olmayan grubu oluşturmaktadır.

Ölçek, Schopler ve arkadaşları tarafından 1980 yılında otizm tanısında yardımcı bir araç olarak geliştirilmiştir. *CARS*' ın DSM-III ve DSM-III-R ile yüksek korelasyonu olduğu gösterilmiştir (Schopler ve ark., 1980) ve DSM-IV ile büyük oranda korele olduğu düşünülmektedir.

Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması bulunmamakla birlikte *CARS* Türkiye'de otizmle ilgili daha önce yapılan araştırmalarda kullanılmıştır (Aşan ve ark., 2006).

3.4. İstatistiksel Değerlendirme:

Bu çalışmada, istatistiksel analizler SPSS-15.0 paket programı ile yapılmıştır. Kategorik verilerin karşılaştırmasında Ki-kare, sürekli verilerin değerlendirilmesinde Student-T Testi, değişkenlerin birbirleri ile ilişkilerini belirlemede Pearson Korelasyon Testi kullanılmıştır.

İstatistiksel anlamlılık düzeyi olarak $p < 0.05$ kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Olgular, Ebeveynler ve Hasta Çocukların Genel Özellikleri

4.1.1. Olguların Demografik Özellikleri

KARD-YGB grubunda 47 aileden gelen 70 olgu, KARD-DM grubunda 29 aileden gelen 45 olgu bulunmaktaydı.

Gruplar, olguların yaş ortalamaları ve cinsiyet dağılımları açısından birbirine benzerdi ($p>0,05$) (Tablo 1).

Tablo 1: Gruplarda yaş ortalamaları ve cinsiyet dağılımları

		KARD-YGB		KARD-DM		
Yaş (ay)	Ortalama	149,61±35,49		148,84±36,16		p= 0,91
	Dağılım (ay)	96-214		96-206		
Cinsiyet	Kız (n ve %)	39	%55,7	26	%57,8	χ²:0,047 p= 0,828
	Erkek(n ve%)	31	%44,3	19	%42,2	

KARD-YGB grubu, olguların çocuk sırası (en büyük, en küçük ve ortanca olma) bakımından KARD-DM grubuna benzerdi ($p>0,05$). Ancak KARD-YGB grubundaki olguların ailedeki hasta çocuktan yaşça daha büyük olanların oranı (%81,4) KARD-DM grubuna (%51,1) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla idi ($p<0,05$) (Tablo 2).

TABLO 2: Gruplardaki olguların çocuk sırası ve doğum sırası (hasta çocuğa göre yaşının küçük-büyük olması) dağılımı

		KARD-YGB n - %		KARD-DM n - %		
Çocuk sırası	En Büyük	35	%50,0	13	%28,9	$\chi^2:5,02$ $p=0,081$
	Orta	24	%34,3	22	%48,9	
	En Küçük	11	%15,7	10	%22,2	
Doğum sırası	Büyük	57	%81,4	23	%51,1	$\chi^2:11,89$ $p=0,001$
	Küçük	13	%18,6	22	%48,9	

4.1.2. Aile – Ebeveynlerin Demografik Özellikleri

Aileler, ailede çocuk sayısı dağılımları, anne-baba arasında akrabalık varlığı dağılımları, ebeveynlerin yaş ortalamaları ve eğitim düzeylerinin dağılımı bakımından benzerdi ($p > 0,05$) (Tablo 3, Tablo 4 ve Tablo 5).

Tablo 3: Ailedeki çocuk sayısı ve Anne baba arasındaki akrabalık varlığı

		KARD-YGB n - %		KARD-DM n - %		
Ailedeki çocuk sayısı	İki	22	%46,8	16	%31,0	$\chi^2:1,848$ $p=0,174$
	Üç ve üzeri	25	% 53,2	13	%69,9	
	Toplam	47	%100	29	%100	
Anne ve baba arasında akrabalık durumu	Yok	35	%74,5	22	%75,9	$\chi^2:0,108$ $p=0,948$
	Var 2.Derece	6	%12,8	4	%13,8	
	Var 3 ve Sonrası	6	%12,8	3	%10,3	
	Toplam	47	%100	29	%100	

Tablo 4: Anne ve babaların yaş ortalamaları

Gruplardaki ebeveynlerin yaş ortalamaları	KARD-YGB ort±ss	KARD-DM ort±ss	T	p
Anne Yaş (yıl)	36,53±4,96	36,83±5,15	-0,25	0,804
Baba Yaş (yıl)	41,3±5,58	41,28±5,29	0,02	0,986

Tablo 5: Anne ve Babanın eğitim düzeylerinin dağılımı

		KARD-YGB n - %		KARD-DM n - %		
Annenin Eğitim Durumu	OY Yok	1	%2,1	2	6,9	$\chi^2:1,67$ $p=0,795$
	İlk	32	%68,1	18	%62,1	
	Orta	3	%6,4	1	%3,4	
	Lise	6	%12,8	5	%17,2	
	Üniversite veya yüksek eğitim	5	%10,6	3	%10,3	
	Toplam	47	%100	29	%100	
Babanın Eğitim Durumu	İlk	22	%46,8	16	%55,2	$\chi^2:3,81$ $p=0,282$
	Orta	8	%17,0	1	%3,4	
	Lise	11	%23,4	6	%20,7	
	Üniversite veya yüksek eğitim	6	%12,8	6	%20,7	
	Toplam	47	%100	29	%100	

4.1.3. YGB ve Tip 1 DM Tanılı Çocukların Özellikleri

KARD-YGB grubundaki olguların hasta olan kardeşlerinin (YGB tanılı çocuklar) %78,7' si, KARD-DM grubundaki olguların hasta olan kardeşlerinin (Tip 1 Diabet tanılı çocuklar) %48,3' ü erkek idi. Aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($p<0,05$).

YGB tanılı çocukların yaş ortalaması (98,96 ay), DM tanılı çocukların yaş ortalamasından (139,41) istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha küçüktü ($P<0,05$).

YGB tanılı çocuklarda tanı konduktan sonra geçen süre ortalaması, Tip 1 DM tanılı çocuklardakine göre daha yüksekti ve bu yükseklik istatistiksel olarak anlamlıydı ($p < 0,05$) (Tablo 6).

Tablo 6: YGB ve Tip1 DM tanısı olan çocukların cinsiyet dağılımları ile yaş ve tanı konduktan sonra geçen süre ortalamaları

Hasta Çocuk		KARD-YGB	KARD-DM	
Cinsiyet	Kız % (n)	% 21,30 (10)	%51,70 (15)	X²:7,53 P=0,006
	Erkek % (n)	%78,70 (37)	%48,30 (14)	
	Toplam % (n)	%100 (47)	%100 (29)	
Yaş (ay) (ort±ss)		98,96±47,76	139,41±44,93	p=0,0001
Tanı konduktan sonra geçen süre (ay) (ort±ss)		55,59±41,401	36,66±35,434	p= 0,045

CARS' a göre yapılan değerlendirmede, YGB tanılı çocukların %42,6'sının (n=20) hafif-orta seviyede, %57,4'ünün (n=27) ise ağır seviyede bozukluk şiddetine sahip oldukları saptandı (Tablo 7).

Tablo 7: KARD-YGB grubundaki YGB tanılı çocuğun bozukluk şiddeti

YGB tanısı olan hastalar		n	%
Bozukluk Şiddeti	Hafif Orta Derecede Otistik	20	%42,6
	Aşırı Derecede Otistik	27	%57,4
	Toplam	47	%100

4.2. Psikiyatrik Soygeçmiş

KARD-YGB grubundaki ailelerde Geç Konuşma, OKB ve/veya Obsesif Özellikler, SAB görülme oranları istatistiksel olarak kontrol grubuna göre daha fazla idi ($p < 0,05$).

Obsesif Kompulsif Bozukluk, Yaygın Gelişimsel Bozukluklar, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, diğer Anksiyete Bozuklukları ve Tik Bozuklukları KARD-YGB grubunun aile öyküsünde daha fazla olmakla birlikte bu fark istatistiksel anlamlılık düzeyinde değildi ($p > 0,05$) (Tablo 8).

Tablo 8: Ailelerde psikiyatrik soy geçmiş varlığı oranları

AİLEDE PSİKİYATRİK ÖYKÜ VARLIĞI		KARD-YGB % (n)	KARD-DM % (n)	
Geç Konuşma	Yok	% 46,8 (22)	% 75,9 (22)	$\chi^2:7,702$ $p=0,021$
	Var 1.Derece	% 23,4 (11)	%3,4 (1)	
	Var 2.Derece ve daha uzak	% 29,8 (14)	%20,7 (6)	
Major Depresyon/ Distimi	Yok	% 36,2 (17)	% 41,4 (12)	$\chi^2:1,235$ $p=0,539$
	Var 1.Derece	% 46,8 (22)	% 34,5 (10)	
	Var 2.Derece ve daha uzak	% 17,0 (8)	% 42,1 (7)	
Obsesif Kompulsif Bozukluk	Yok	% 46,8 (22)	%69,0 (20)	$\chi^2:4,03$ $p=0,133$
	Var 1.Derece	%19,1 (9)	%6,9 (2)	
	Var 2.Derece ve daha uzak	%34,0 (16)	%24,1 (7)	
OKB veya Obsesif Özellikler	Yok	%23,4 (11)	%51,7 (15)	$\chi^2:6,56$ $p=0,038$
	Var 1.Derece	%38,3 (18)	%20,7 (6)	
	Var 2.Derece ve daha uzak	% 38,3 (18)	%27,6 (8)	
Yaygın gelişimsel Bozukluklar (YGB)	Yok	%76,6 (36)	%93,1 (27)	$\chi^2:3,83$ $p=0,147$
	Var 1.Derece	% 6,4 (3)	% 0,0 (0)	
	Var 2.Derece ve daha uzak	%17,0 (8)	%6,9 (2)	
Sosyal Anksiyete Bozukluğu (SAB)	Yok	% 70,2 (33)	% 96,6 (28)	$\chi^2:8,177$ $p=0,017$
	Var 1.Derece	% 12,8 (6)	% 3,4 (1)	
	Var 2.Derece ve daha uzak	% 3,4 (8)	% 0,0 (0)	
Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB)	Yok	% 38,3 (18)	% 51,7 (15)	$\chi^2:1,849$ $p=0,397$
	Var 1.Derece	% 27,7 (13)	% 27,6 (8)	
	Var 2.Derece ve daha uzak	% 34,0 (16)	%27,6 (21)	

Diğer Anksiyete Bozuklukları	Yok	% 57,4 (27)	%65,5 (19)	$\chi^2:2,84$ $p=0,241$
	Var 1.Derece	%21,3 (10)	%27,6 (8)	
	Var 2.Derece ve daha uzak	%21,3 (10)	%6,9 (2)	
Tik Bozuklukları	Yok	%72,3 (34)	%82,8 (24)	$\chi^2:4,09$ $p=0,129$
	Var 1.Derece	%8,5 (4)	%13,8 (4)	
	Var 2.Derece ve daha uzak	%19,1 (9)	%3,4 (1)	
Psikotik Bozukluklar	Yok	%91,5 (43)	%89,7 (26)	$\chi^2:0,133$ $p=0,936$
	Var 1.Derece	%2,1 (1)	%3,4 (1)	
	Var 2.Derece ve daha uzak	%6,4 (3)	% 6,9 (2)	
İntihar Girişimi	Yok	%87,2 (41)	%82,8 (24)	$\chi^2:0,312$ $p=0,856$
	Var 1.Derece	%2,1 (1)	%3,4 (1)	
	Var 2.Derece ve daha uzak	%10,6 (5)	%13,8 (4)	
Mental Retardasyon (MR)	Yok	%80,90 (38)	%82,80 (24)	$\chi^2:0,857$ $p=0,651$
	Var 1.Derece	%8,50 (4)	%3,40 (1)	
	Var 2.Derece ve daha uzak	%11 (5)	%13,80 (4)	

4.3. Gelişim Basamakları, Psikiyatrik Özgeçmiş, Şimdi ve Yaşam Boyu Tanılar ve Ölçek Puanları

4.3.1. Gelişim Basamakları ve Okul Başarısı

KARD-YGB grubundaki olguların ilk kelime (11,87 ay), ilk cümle (18,12 ay) ve tuvalet eğitimini kazanma yaşı ortalamaları (25,3 ay), kontrol grubundan (sırasıyla 10,91 ay, 16,07 ay, 23,98 ay) yüksekti ancak gözlenen bu fark istatistiksel anlamlılık düzeyinde değildi ($p > 0,05$) (Tablo 9).

Tablo 9: Olguların gelişim basamaklarını kazandıkları yaş ortalamaları

Gelişim basamakları	KARD-YGB ort±ss	KARD-DM ort±ss	T	p
İlk cümle (ay)	18,12±7,4	16,07±5,59	1,59	0,116
İlk kelime (ay)	11,87±3,6	10,91±3,96	1,34	0,184
Yürüme zamanı (ay)	12,69±2,36	13,2±4,51	-0,8	0,425
Tuvalet eğitimi kazanma yaşı (ay)	25,30±10,02	23,98±7,22	0,76	0,44

Kesim noktası olarak KARD-DM grubunun Gelişim Basamaklarının ortalaması dikkate alındığında; iki grupta WC eğitimi kazanma oranları benzer iken; KARD-YGB grubunda ilk cümle (%40) ve ilk kelimeyi (%32) kazananlar, KARD-DM grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha azdı ($p<0,05$) (Tablo 10).

Tablo 10: KARD-DM grubunun gelişim basamakları ortalaması kesim noktası alındığında, gruplarda gelişim basamaklarını kazanma oranları

			KARD-YGB	KARD-DM	Toplam	
Cümle	Kazanmış	n	28	27	55	$\chi^2:4,391$ $p=0,036$
		%	%40	%60	%47,8	
	Kazanmamış	n	42	18	60	
		%	%60	%40	%52,2	
Kelime	Kazanmış	n	23	24	47	$\chi^2:4,752$ $p=0,029$
		%	%32,9	%53,3	%40,9	
	Kazanmamış	n	47	21	68	
		%	%67,1	%46,7	%59,1	
WC eğitimi	Kazanmış	n	20	18	38	$\chi^2:1,617$ $p=0,204$
		%	%28,6	%40	%33	
	Kazanmamış	n	50	27	77	
		%	%71,4	%60	%67	

Okul başarısı açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$). Ancak istatistiksel anlamlılık düzeyinde olmasa da okul başarısı düşük olanların oranı KARD-YGB grubunda (%10), KARD-DM grubuna (%2,2) göre daha yüksekti ($p>0,05$). (Tablo 11).

Tablo 11: Okul başarılarının dağılımı

Okul başarısı	KARD-YGB n - %		KARD-DM n - %		
Düşük	7	%10	1	%2,2	$\chi^2:6,19$ $p=0,185$
Orta	16	%22,9	12	%26,7	
İyi	33	%47,1	17	%37,8	
Çok İyi	13	%18,6	15	%33,3	
Okula Gidemiyor	1	%1,4	0	%0,0	
Toplam	70	%100	45	%100	

4.3.2. Psikiyatrik Özgeçmiş, Şimdi ve Yaşam Boyu Psikiyatrik Tanılar

KARD-YGB grubunda geçmişte psikiyatriye başvuru oranı (%12,9), KARD-DM grubuna (% 6,7) göre daha yüksek olmakla birlikte bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0,289$) (Tablo 12).

Tablo 12: Olgularda geçmişte psikiyatri başvurusu varlığı

Daha önceki Psikiyatrik Başvuru Varlığı	KARD-YGB n - %		KARD-DM n - %		
Yok	61	%87,1	42	%93,3	$\chi^2:1,12$ $p=0,289$
Var	9	%12,9	3	%6,7	
Toplam	70	%100	45	%100	

Yapılan klinik değerlendirmeler sonucunda; KARD-YGB grubundaki yaşam boyu psikiyatrik tanı varlığı oranının (% 59) KARD-DM grubuna göre (% 44) daha yüksek olduğu ancak bu farkın istatistiksel anlamlılık düzeyinde olmadığı bulundu (P= 0,138) (Tablo 13).

Tablo 13: Olgularda Yaşam Boyu Psikiyatrik Tanı varlığı

Yaşam boyu psikiyatrik tanı varlığı	Yok % (n)	Var % (n)	Toplam	
KARD-YGB	%41 (29)	%59 (41)	%100 (70)	χ^2 : 2,195 p= 0,138
KARD-DM	%56 (25)	%44 (20)	%100 (45)	

Gruplarda saptanan yaşam-boyu psikiyatrik tanılar Tablo 14' te sunulmuştur.

Tablo 14: Yaşam-boyu psikiyatrik tanılar

	KARD-YGB % (n)	KARD-DM % (n)
Major Depresyon/Distimi	%10 (7)	%9 (4)
SAB	%9 (6)	%0 (0)
OKB	% 3 (2)	%0 (0)
Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB)	% 3 (2)	%0 (0)
DEHB	%19 (13)	% 16 (7)
Tik Bozuklukları	%3 (2)	%0 (0)
Dışa Atım Bozuklukları	%20 (14)	%16 (7)
MR	%4 (3)	%2 (1)
YGB	%3 (2)	%0 (0)
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	%3 (2)	%2 (1)
Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu	%3 (2)	%4 (2)
Basit Fobiler	%1 (1)	%0 (0)
Kekemelik/Artikülasyon Bozukluğu	%1 (1)	% 2 (1)
Bipolar Afektif Bozukluk	%0 (0)	% 2 (1)

KARD-YGB grubunda şimdiki psikiyatrik tanı varlığı (%44) KARD-DM grubundan (% 29) daha yüksek olmakla birlikte bu fark istatistiksel anlamlılık düzeyinde değildi (p= 0,09) (Tablo 15).

Tablo 15: Şimdiki Psikiyatrik Tanılar

		KARD-YGB % (n)	KARD-DM % (n)	Toplam % (n)	
Şimdiki tanı varlığı	Yok	% 56 (39)	%71 (32)	% 62 (71)	χ^2 : 2,749 p= 0,09
	Var	% 44 (31)	% 29 (13)	% 38 (44)	
Afektif Bozukluklar	Yok	% 94 (66)	% 93 (42)	% 94 (108)	χ^2 : 0,043 p= 0,83
	Var	% 6 (4)	% 7 (3)	% 6 (7)	
Anksiyete Bozukluğu	Yok	% 86 (60)	% 98 (44)	% 90 (104)	χ^2: 4,608 p= 0,03
	Var	% 14 (10)	% 2 (1)	% 10 (11)	
Yıkıcı Davranım Bozuklukları	Yok	% 83 (58)	% 87 (39)	% 84 (97)	χ^2 : 0,301 p= 0,58
	Var	% 17 (12)	% 13 (6)	% 16 (18)	
Dışa Atım Bozuklukları	Yok	% 97 (68)	% 91 (41)	% 95 (109)	χ^2 : 2,015 p= 0,155
	Var	% 3 (2)	% 9 (4)	% 5 (6)	
Gelişimsel Bozukluklar	Yok	% 93 (65)	% 98 (44)	% 95 (109)	χ^2 : 1,341 p= 0,246
	var	% 7 (5)	% 2 (1)	% 5 (6)	
Tik Bozuklukları	yok	% 97 (68)	% 100 (45)	% 98 (113)	χ^2 : 1,308 p= 0,25
	var	% 3 (2)	% 0 (0)	% 2 (2)	

4.3.3. Ebeveyn Bildirimli Ölçek Değerlendirmesi (ÇDDÖ)

KARD-YGB grubu olguların ÇDDÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları bakımından KARD-YGB grubundan farklılığa sahip değildi (p>0,05) (Tablo 16).

Tablo 16: Gruplardaki olguların ÇDDÖ total ve alt ölçek T skorları ortalamaları

ÇDDÖ	KARD-YGB ort±ss	KARD-DM ort±ss	T	p
Toplam	53,27±10,49	54,31±11,55	-0,54	0,591
İçe dönüklük	55,43±10,54	55,64±12,12	-0,10	0,92
Dışa dönüklük	50,2±9,4	50,22±11,74	-0,01	0,991
Geri çekilme	56,17±7,27	56,2±8,19	-0,02	0,984
Somatik sorunlar	55,8±7,39	56,38±9,08	-0,37	0,709
Anksiyete	57,56±7,73	58,78±7,56	-0,83	0,406
Sosyal Sorunlar	54,81±6,17	54,04±6,15	0,65	0,515
Düşünce sorunları	55,79±7,15	58,07±8,71	-1,53	0,128
Dikkat sorunları	55,64±6,6	57,58±8,54	-1,37	0,175
Suç'a yönelik davranış	53,54±5,58	53,29±5,94	0,23	0,817
Saldırgan davranışlar	54,07±5,81	55,31±7,86	-0,97	0,334

ÇDDÖ toplam ve alt ölçeklerinden alınan puanlara göre eşik altı veya klinik seviyede olma oranları her iki grupta benzerdi. Ancak ÇDDÖ toplam ve ÇDDÖ dışa dönüklük alt ölçeğinde klinik seviyede olma oranı KARD-DM grubunda KARD-YGB grubuna göre yüksek olmakla birlikte bu farkların her iki de istatistiksel anlamlılık seviyesinde değildi (her biri için $p>0,05$) (Tablo 17).

Tablo 17: Gruplarda olguların ÇDDÖ' ne göre klinik ve subklinik durumda olma oranları

			KARD-YGB	KARD-DM	
ÇDDÖ Toplam	Nonklinik ^a	n	45	28	$\chi^2:4,158$ $p=0,125$
		%	% 64,3	%62,2	
	Subklinik ^b	n	12	3	
		%	%17,1	%6,7	
	Klinik ^c	n	13	14	
		%	%18,6	%31,1	
ÇDDÖ İçer Dönüklük Alt ölçeği	Nonklinik ^a	n	42	27	$\chi^2:0,001$ $p=1$
		%	% 60	%60	
	Subklinik ^b	n	11	7	
		%	% 15,7	%15,6	
	Klinik ^c	n	17	11	
		%	24,3	%24,4	
ÇDDÖ Dışa Dönüklük Alt ölçeği	Nonklinik ^a	n	57	35	$\chi^2: 1,578$ $p=0,454$
		%	%81,4	%77,8	
	Subklinik ^b	n	7	3	
		%	%10	%6,7	
	Klinik ^c	n	6	7	
		%	%8,6	%15,5	

a. Nonklinik=T skoru <60
b. Subklinik= T skoru 60-63
c. Klinik= T skoru >63

Olgularda şimdiki tanı varlığı anne bildirimli ÇDDÖ puanları arasındaki ilişki incelendi.

KARD-YGB grubunda; olguların şimdiki tanı varlığı ile ÇDDÖ toplam ve ÇDDÖ dışa dönüklük alt ölçeği arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon gözlemlendi ($p<0,05$).

KARD-DM grubunda olguların şimdiki tanı varlığı ile ÇDDÖ toplam puanı arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı korelasyon gözlemlendi ($p< 0,05$).

Her iki grupta da ÇDDÖ içe dönüklük alt ölçek puanları ile şimdiki tanı varlığı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir korelasyon gözlenmedi ($p > 0,05$) (tablo 18).

Tablo 18: Şimdiki tanı ile ÇDDÖ toplam ve alt ölçek puanları arasındaki korelasyon

			ÇDDÖ Toplam	ÇDDÖ içe dönüklük	ÇDDÖ dışa dönüklük
Şimdiki tanı varlığı	KARD-YGB	r	0,273	0,187	0,273
		p	0,021	0,119	0,021
	KARD-DM	r	0,360	0,227	0,276
		p	0,015	0,132	0,065

4.3.4. Psikiyatrik Tanı Varlığı ve ÇDDÖ Puanlarının, Demografik Faktörler ve Hasta Çocuğun Hastalık Şiddeti ile İlişkisi

Olgularda tanı varlığı ve ÇDDÖ puanları ile cinsiyet, ailedeki çocuk sayısı ve doğum sırası arasında bir ilişki gözlenmedi ($p > 0,05$) (Tablo 19).

Tablo 19: Şimdiki tanı varlığı ve ÇDDÖ toplam ile cinsiyet, ailedeki çocuk sayısı (2 – 3 ve üzeri) ve doğum sırası (hasta çocuktan yaşça küçük veya büyük olma) arasındaki ilişki

		KARD-YGB			KARD-DM		
		Cinsiyet	Çocuk sayısı	Doğum sırası	Cinsiyet	Çocuk sayısı	Doğum sırası
ÇDDÖ Toplam	r	0,026	0,016	0,124	0,024	-0,165	0,016
	p	0,834	0,892	0,305	0,876	0,279	0,916
Şimdiki tanı varlığı	r	0,074	-0,069	0,185	0,15	0,086	0,063
	p	0,544	0,56	0,124	0,325	0,572	0,679

KARD-YGB grubunda; olguların yaşam boyu tanı varlığı ile YGB tanıli çocuğun bozukluk şiddeti (CARS toplam puanı) arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon gözlemlendi ($p<0,05$) (Tablo 20).

Tablo 20: YGB şiddetinin, KARD-YGB deki psikiyatrik tanı varlığı ve duygusal-davranışsal problemler ile ilişkisi

		Şimdiki tanı varlığı	Yaşam boyu tanı varlığı	ÇDDÖ Toplam	ÇDDÖ içe dönüklük	ÇDDÖ dışa dönüklük
YGB Bozukluk şiddeti	r	0,218	0,277	-0,018	-0,098	-0,05
	p	0,068	0,02	0,88	0,42	0,69

4.3.5. Öz Bildirime Dayalı Ölçek Değerlendirmeleri

KARD-YGB grubunda benlik saygısı ortalaması (54,57), KARD-DM grubuna (50,93) göre daha yüksek olmakla birlikte bu fark istatistiksel anlamlılık düzeyinde değildi ($p>0,05$).

İki grup arasında, Çapa Sosyal fobi ölçeği (ÇSFÖ), Çocuklar için durumluk kaygı envantörü (ÇDKE), Çocuklar için sürekli kaygı envantörü (ÇSKE), Durumluk kaygı envantörü (DKE) ve Sürekli kaygı envantörü skorları bakımından fark gözlenmedi ($p>0,05$) (Tablo 21)

Tablo 21: Gruplarda sosyal fobi, depresif semptom ve kaygı puanları ortalamaları

Ölçekler	KARD-YGB Ort±ss	KARD-DM Ort±ss	p
Benlik saygısı	54,57±9,21	50,93±9,98	0,052
ÇSF Toplam	49,18±12,86	51,36±14,36	0,405
ÇDÖ Toplam	7,34±6,3	7,05±3,85	0,779
ÇDKE Toplam	34,64±5,4	33,89±3,67	0,524
ÇSKE Toplam	31,36±5,98	34,1±6,6	0,07
DKE Toplam	41,38±5,2	42,33±5,65	0,591
SKE Toplam	48,17±6,35	47,71±7,25	0,841

KARD-YGB grubundaki olgularda benlik saygısı ile yaş arasında negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki gözlenirken; cinsiyet, doğum sırası, aile büyüklüğü, okul başarısı benlik saygısı arasında bir ilişkisi yoktu ($p>0,05$).

KARD-DM grubunda benlik saygısı ile bu demografik faktörler arasında ilişki gözlenmedi ($p>0,05$).

KARD-YGB grubunda benlik saygısı, YGB tanılı çocuğun bozukluk şiddetiyle ilişkili değildi ($p>0,05$) (Tablo 22).

Tablo 22: Benlik saygısı ile cinsiyet, yaş, okul başarısı ile ilişkisi

Benlik saygısı		Cinsiyet	Yaş	Doğum sırası	Aile büyüklüğü	Okul başarısı	YGB Bozukluk şiddeti
KARD-YGB	r	-0,03	-0,31	0,04	0,055	0,19	-0,032
	p	0,76	0,01	0,7	0,661	0,11	0,796
KARD-DM	r	0,08	-0,06	0,05	-0,072	-0,01	-
	p	0,56	0,65	0,74	0,648	0,92	-

Olgularda benlik saygısı ile şimdiki tanı varlığı ve ÇDDÖ puanları arasındaki ilişki incelendi.

KARD-YGB grubunda;

Benlik saygısı; şimdiki psikiyatrik tanı varlığı ile anlamlı bir korelasyona sahip değilken, ÇDDÖ puanları ile istatistiksel açıdan anlamlı ters korelasyon gösteriyordu ($p<0,05$).

KARD-DM grubunda;

Benlik saygısı, şimdiki tanı ve ÇDDÖ puanları ile istatistiksel olarak anlamlı ters korelasyona sahipti ($p<0,05$) (Tablo 23).

Tablo 23: Benlik saygısı ile şimdiki tanı ve ÇDDÖ toplam puanları arasındaki ilişki

Benlik saygısı		Tanı	ÇDDÖ toplam puanı
	r	-0,21	-0,258
KARD-YGB	p	0,08	0,035
KARD-DM	r	-0,35	-0,405
	p	0,01	0,006

4.3.6. Sosyal Karşılıklılık Problemlerinin Değerlendirilmesi

KARD-YGB grubunun Sosyal Cevaplılık Ölçeği (SCÖ) (*Social Responsiveness Scale*) ortalaması (42,61) kontrol grubunun ortalamasından (36,44) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksekti ($p= 0,031$). Her iki grupta da kız olguların SCÖ puan ortalaması istatistiksel anlamlılık düzeyinde olmasa da erkeklerinkine göre daha yüksekti ($p>0,05$) (Tablo 24).

Tablo 24: Gruplardaki olguların SCÖ puan ortalamaları

	KARD-YGB ort±ss	KARD-DM ort±ss	T	p
SCÖ*	42,61±15,34	36,44±13,84	2,19	0,031

* SCÖ' den alınan yüksek puanlar, sosyal karşılıklıdaki problemlerin yüksekliğine işaret eder.

Her iki grupta SCÖ ile ilk kelime yaşı ve ilk cümle yaşı ile pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon gözlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 25).

Tablo 25: Olgularda SCÖ puanları ile ilk cümle ve ilk kelime çıkış zamanı arasındaki ilişki

SCÖ puanı			KARD-DM	KARD-DM
	İlk cümle (ay)	r	0,367	0,348
		p	0,002	0,019
	İlk kelime (ay)	r	0,268	0,409
		p	0,026	0,005

Her iki grupta da SCÖ puanları kız ve erkekler arasında farklılığa sahip değildi ($p>0,05$). SCÖ ortalamaları; KARD-YGB grubundaki kızlarda $43\pm16,52$, erkeklerde $41,2\pm10,16$; KARD-DM grubundaki kızlarda $40\pm17,37$ ve erkeklerde $37\pm13,67$ idi.

KARD-YGB grubunda;

Olguların sosyal cevaplılık problemleri ile kendi cinsiyetleri, ailedeki YGB tanıli çocuğun cinsiyeti, doğum sırası ve bozukluk şiddeti arasında bir ilişki gözlenmedi ($p>0,05$) (Tablo 26).

Ancak; istatistiksel anlamlılık düzeyinde olmasa da bozukluk şiddeti aşırı derecede olan YGB tanıli çocukların kardeşlerinin SCÖ ortalaması (44,6), YGB şiddeti hafif/orta olanların kardeşlerinininkine (39,3) göre daha yüksekti ($p>0,05$).

Tablo 26: KARD-YGB grubunda SCÖ toplam puanlarının olgunun cinsiyeti, YGB tanılı çocuğun cinsiyeti, doğum sırası ve bozukluk şiddetiyle ilişkisi

SCÖ Toplam Puanı		Cinsiyet	YGB tanılı Çocuğun Cinsiyeti	YGB doğum sırası	OTİZM Şiddeti
	r	-0,006	0,049	0,042	0,167
	p	0,962	0,690	0,72	0,167
	n	70	70	70	70

4.4. Annelerde Psikiyatrik Özgeçmiş, Sosyal Destek ve Baş Etme yöntemleri

4.4.1. Annelerin Psikiyatrik Özgeçmişleri

KARD-YGB grubunda şimdiye kadar psikiyatrik yardım alma ihtiyacı duymuş annelerin oranı (% 64) KARD-DM grubundan (%52) daha yüksek olmakla birlikte aradaki bu fark istatistiksel anlamlılık düzeyinde değildi ($p > 0,05$) (Tablo 27).

Tablo 27: Annelerin şimdiye kadar psikiyatrik yardım alma ihtiyacı duymuş olma oranları

Annelerin psikiyatrik yardım alma ihtiyacı	Yok % (n)	Var % (n)	Toplam	
KARD-YGB	% 36 (17)	% 64 (30)	100 (47)	χ^2 : 1.088 p: 0,297
KARD-DM	% 48 (14)	% 52 (15)	100 (29)	

KARD-YGB grubunda geçmişte psikiyatrik başvurusu olan annelerin oranı (%34) KARD-DM grubundaki annelerinkinden (%29) daha yüksek olmakla birlikte aradaki bu fark istatistiksel anlamlılık düzeyinde değildi ($p > 0,05$) (Tablo 28).

Tablo 28: Annelerin geçmişte psikiyatrik yardım başvurusu varlığı dağılımı

Annenin psikiyatri başvuru varlığı		Yok	Var	Toplam	
KARD-YGB	n	31	16	47	χ^2 : 3,792 p: 0,51
	%	% 66	% 34	100	
KARD-DM	n	25	4	29	
	%	% 86	% 14	100	

4.4.2. Annelerdeki Sosyal Destek Düzeyleri ve Bunların Olgulardaki Psikiyatrik Tanı ve Problem Düzeyleri ile İlişkisi

KARD-YGB grubundaki annelerin algıladıkları toplam sosyal destek (SD), aileden alınan SD, arkadaştan alınan SD ve özel kişiden alınan SD algıları KARD-DM grubundaki annelerinkine göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha yüksekti ($p<0,05$) (Tablo 29).

Tablo 29: Annelerin Sosyal Destek Algısı puanlarının ortalamaları

Sosyal destek (SD)	KARD-YGB ort±ss	KARD-DM ort±ss	T	p
SD-Toplam	46,62±15,68	65,96±14,06	-5,37	0,0001
SD-Aile	19,09±6,92	25,07±4,51	-4,09	0,0001
SD-Arkadaş	14,49±6,92	20,89±7,13	-3,83	0,0001
SD-Özel Kişi	13,04±6,19	20±7,59	-4,32	0,0001

KARD-YGB grubunda annenin sosyal desteği ile hasta çocuğun yaşı ve bozukluk şiddeti arasında bir ilişki gözlenmedi ($p>0,05$) (Tablo 30).

Tablo 30: Annenin sosyal destek algısı puanları ile YGB tanılı çocuğu yaş ve bozukluk şiddeti arasındaki ilişki

Sosyal Destek (SD)		YGB tanılı çocuğun yaşı	YGB tanılı çocuğun Bozukluk şiddeti
SD-Toplam	r	0,038	-0,035
	p	0,802	0,818
SD-Aile	r	0,061	0,049
	p	0,683	0,745
SD-Arkadaş	r	-0,079	-0,117
	p	0,596	0,435
SD-Özel kişi	r	0,116	-0,011
	p	0,438	0,939

KARD-YGB grubunda;

Annenin sosyal desteği ile olgulardaki şimdiki tanı varlığı, yaşam boyu tanı varlığı, ÇDDÖ problem seviyesi arasında anlamlı bir korelasyon gözlenmedi (her biri için $p > 0,05$).

KARD-DM grubunda ise;

Annenin toplam sosyal desteği; olgunun yaşam boyu ve şimdiki tanı varlığı ve ÇDDÖ toplam problem seviyesi ile istatistiksel olarak anlamlı ters korelasyona sahipti ($p < 0,05$).

Annenin aileden aldığı sosyal destek ile şimdiki tanı ve yaşam boyu tanı arasında; arkadaştan aldığı sosyal destek ile şimdiki tanı varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönde ilişki gözlemlendi ($p < 0,05$)

Annelerdeki sosyal desteğin benlik saygısı ilişkisi incelendi;

KARD-YGB grubunda, olguların benlik saygısı ile annelerinin sosyal desteği arasında ilişki gözlenmezken;

KARD-DM grubunda, olguların benlik saygısı annenin arkadaştan, aileden ve toplamda aldığı sosyal destek ile pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişkiye sahipti ($p < 0,05$) (Tablo 31).

Tablo 31: Gruplarda annenin SD puanları ile olgulardaki tanı varlığı ve ÇDDÖ puanları arasındaki ilişki

			Şimdiki tanı varlığı	Yaşam boyu tanı varlığı	ÇDDÖ toplam	Benlik saygısı
KARD-YGB	SD-Toplam	r	-0,05	-0,023	0,028	-0
		p	0,68	0,85	0,82	0,7
	SD-Aile	r	-0,052	-0,03	-0,04	-0
		p	0,668	0,79	0,73	0,9
	SD-Arkadaş	r	0,0006	-0,03	0,14	-0,1
		p	0,996	0,806	0,24	0,5
	SD-Özel kişi	r	-0,066	0,014	-0,05	-0
		p	0,59	0,9	0,7	1
KARD-DM	SD-Toplam	r	-0,3	-0,3	-0,3	0,3
		p	0,027	0,04	0,047	0,045
	SD-Aile	r	-0,37	-0,39	-0,18	0,4
		p	0,01	0,008	0,22	0,004
	SD-Arkadaş	r	-0,31	-0,2	-0,23	0,3
		p	0,036	0,15	0,127	0,027
	SD-Özel kişi	r	-0,1	-0,13	-0,24	0,9
		p	0,501	0,39	0,11	43

4.4.3. Annelerdeki Baş Etme Yöntemleri ve Bunların Olgulardaki Psikiyatrik Tanı ve Problem Düzeyleri ile ilişkisi

Her iki gruptaki anneler; “Pozitif Yeniden Yapılanma”, “Soruna Odaklanma ve Duyguları Açığa Vurma”, “Yararlı Sosyal Destek Kullanımı”, “Aktif Başa Çıkma”, “Dini Olarak Başa Çıkma”, “Kabullenme” ve “Plan Yapma” yöntemlerini, diğer yöntemlere göre daha fazla kullanılıyordu.

Ancak YGB tanısı olan çocukların anneleri yukarıda tanımlanan bu yöntemlere ek olarak; “Geri Durma” ve “Diğer Meşguliyetleri Bastırma” yöntemlerini de sık kullanılmaktaydı.

KARD-YGB grubunda; annelerin “Pozitif Yeniden Yapılanma”, “Aktif Başa Çıkma”, “Geri Durma” ve “Diğer Meşguliyetleri Bastırma” yöntemlerini kullanma dereceleri ortalamaları, kontrol grubundaki annelere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksekti ($p<0,05$) (Tablo 32).

Tablo 32: Gruplarda annelerin baş etme yöntemlerini kullanma dereceleri ortalamaları

	KARD-YGB	KARD-DM	T	p
Pozitif Yeniden Yapılanma	13,6±2,06	12,46±2,38	2,17	0,033
Zihinsel Boş verme ^a	9,02±2,4	8,29±2,59	1,25	0,217
Soruna Odaklanma Ve Duyguları Açığa Vurma	12,68±2,61	11,86±2,77	1,29	0,201
Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	12,32±2,22	11,36±2,57	1,71	0,091
Aktif Başa Çıkma	13,74±4,52	11,89±2,51	1,99	0,05
İnkar	7,06±3,16	5,96±1,86	1,68	0,098
Dini Olarak Başa Çıkma	14±2,53	14,25±2,32	-0,43	0,671
Sakaya Vurma ^b	6,09±2,6	7,04±2,49	-1,56	0,124
Davranışsal Boş Verme ^c	6,64±2,8	7,54±3,11	-1,29	0,202
Geri Durma ^d	11,3±6,25	8,75±2,07	2,09	0,04
Duygusal Sosyal Destek	12,04±2,89	11,54±2,99	0,73	0,47
Madde Kullanımı	4,47±1,95	4,43±1,23	0,10	0,924
Kabullenme	11,47±2,47	11,64±1,77	-0,33	0,744
Diğer Meşguliyetleri Bastırma ^e	11,38±2,33	9,64±4,23	2,30	0,024
Plan Yapma	11,98±2,4	12,36±2,2	-0,68	0,498

a= Örnek madde; “Sorun olan şeyleri aklımdan atmak için bir şeyler yapmaya ya da başka türlü meşguliyetlere yönelirim.”

b=Örnek madde;“İçinde bulunduğum sorunla ilgili olarak gülerim”

c= Örnek madde; “İstediğimi elde etmeye uğraşmayı bırakırım”

d= Örnek madde; “Sorun el verinceye kadar herhangi bir şey yapmayı ertelerim”

e= Örnek madde; “Soruna odaklanabilmek için diğer meşguliyetlerimi bir tarafa bırakırım”

KARD-YGB grubunda;

ÇDDÖ İçe dönüklük puanları; annenin “Davranışsal Boş Verme” yöntemini kullanma derecesi ile pozitif korelasyona sahipken, “Aktif Baş Etme” yöntemini kullanma derecesi ile ters korelasyon gösteriyordu ($p<0,05$).

ÇDDÖ dışa dönüklük puanları; annenin “Şakaya Vurma” yöntemini kullanma derecesi ile pozitif korelasyona sahipti ($p<0,05$).

KARD-DM grubunda ise;

Şimdiki tanı varlığı; annenin “Zihinsel Boş Verme”, “Aktif Başa Çıkma” ve “Plan Yapma” yöntemlerini kullanma derecesi ile ters korelasyona sahipti ($p<0,05$).

ÇDDÖ toplam puanları; annenin “İnkâr”, “Davranışsal Boş Verme”, “Geri Durma” ve “Diğer Meşguliyetleri Baskılama” yöntemlerini kullanma derecesi ile pozitif korelasyona sahipti ($p<0,05$).

ÇDDÖ içe dönüklük puanları; annenin “Davranışsal Boş Verme”, “Geri Durma”, “Kabullenme” ve “Diğer Meşguliyetleri Baskılama” yöntemlerini kullanması ile pozitif korelasyona sahipti ($p<0,05$).

ÇDDÖ dışa dönüklük puanları; “İnkâr” ve “Davranışsal Boş Verme” yöntemlerini kullanma derecesi ile pozitif korelasyona sahipti ($p<0,05$) (Tablo 33).

Tablo 33: Olguların; şimdiki tanı, yaşam boyu tanı varlığı, ÇDDÖ toplam ve alt ölçek puanları ile annelerinin kullandıkları baş etme yöntemleri arasındaki ilişki

Baş etme yöntemleri		KARD-YGB				KARD-DM			
		Tanı	ÇDDÖ Total	ÇDDÖ içe dönüklük	ÇDDÖ dışa dönüklük	Tanı	ÇDDÖ toplam	ÇDDÖ içe dönüklük	ÇDDÖ dışa dönüklük
Pozitif yeniden yapılanma	r	-0,05	-0,1	-0,2	-0,1	-0,3	-0,3	0	-0,3
	p	0,66	0,4	0,2	0,7	0,1	0,1	0,8	0,1
Zihinsel boş verme	r	0,18	0	-0,1	0	-0,3	-0	0,1	-0
	p	0,11	0,8	0,4	0,9	0,038	0,9	0,4	0,8
Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	r	0,07	0,1	0	0,2	-0,2	-0	0,2	-0,1
	p	0,53	0,4	0,9	0,2	0,2	0,9	0,1	0,5
Yararlı sosyal destek kullanımı	r	0,03	0,2	0,1	0,2	-0,1	0	0,2	-0
	p	0,77	0,2	0,5	0,1	0,6	1	0,2	0,9
Aktif başa çıkma	r	-0,07	-0,1	-0,2	-0,1	-0,3	-0,1	0,1	-0,1
	p	0,52	0,3	0,04	0,4	0,04	0,5	0,6	0,5
İnkar etme	r	0,01	0,1	0	0,2	0,3	0,4	0,3	0,3
	p	0,94	0,4	1	0,2	0,1	0,01	0,1	0,05
Dini olarak başa çıkma	r	0,001	-0	0	-0,1	0,1	-0,1	-0,2	-0,1
	p	0,9	0,9	0,8	0,5	0,6	0,6	0,2	0,6
Şakaya vurma	r	-0,03	0,2	0,1	0,3	-0,2	0,1	0,2	0,1
	p	0,76	0,1	0,6	0,025	0,2	0,3	0,3	0,3
Davranışsal boş verme	r	0,12	0,2	0,3	0,1	0	0,4	0,4	0,3
	p	0,29	0,1	0,027	0,5	0,9	0,01	0,005	0,04
Geri durma	r	-0,02	-0,1	-0,2	-0,1	0	0,3	0,4	0,3
	p	0,82	0,4	0,2	0,4	0,8	0,02	0,01	0,1
Duygusal sosyal destek verme	r	0,003	0	-0,1	0,1	-0,1	0	0,2	0
	p	0,97	0,9	0,4	0,4	0,4	0,8	0,3	0,8
Madde kullanımı	r	0,21	0,1	0	0,1	-0	0,2	0,2	0,1
	p	0,07	0,5	1	0,6	0,9	0,2	0,1	0,4
Kabullenme	r	-0,03	0	0,1	-0,1	-0,1	0,2	0,4	0,1
	p	0,8	1	0,5	0,6	0,6	0,3	0,009	0,7
Diğer meşguliyetleri bastırma	r	-0,035	0,1	-0,1	0,1	-0	0,4	0,5	0,2
	p	0,77	0,6	0,5	0,5	0,9	0,01	0,0006	0,2
Plan yapma	r	0,08	-0,1	-0,2	-0,1	-0,4	-0,1	0,2	-0,1
	p	0,5	0,5	0,2	0,6	0,01	0,6	0,3	0,5

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, YGB tanılı hastaların kardeşlerinde (KARD-YGB); psikopatoloji, duygusal-davranışsal sorunlar, benlik saygısı ve sosyal karşılıklılık problemlerinin düzeyleri incelendi. Elde edilen sonuçlar psikiyatrik bozukluklar için genetik yüklülüğü olmayan ancak kronik bir hastalık olması nedeniyle ailede olumsuz etkilere neden olan tip 1 DM tanılı çocukların kardeşleriyle (KARD-DM) karşılaştırıldı.

Örneklem grupları; cinsiyet, yaş ortalamaları ve hasta çocuğa (ailedeki YGB/Tip 1 DM tanılı çocuk) göre “en büyük, ortanca veya en küçük olma” durumu bakımından benzerdi. Ancak “hasta çocuğa göre yaş durumu” oranları gruplarda birbirinden farklıydı. Literatürdeki bir çok araştırmada grupların bu demografik özellikler bakımından eşleştirilmediği görülmektedir (Macks ve Reeve, 2007; Rodrigue ve ark., 1999; Constantino ve ark., 2006).

Her iki grup; aile büyüklüğü (ailedeki çocuk sayısı), anne-baba arasında akrabalık varlığı oranları ve anne-baba eğitim seviyeleri bakımından benzerdi. Gruplarda bu özelliklerin benzer olması ve hasta çocukların aynı hastaneden takip edilmekte olmaları nedeniyle grupların benzer sosyoekonomik özelliklere sahip olduğu düşünülmektedir.

Gruplar; hasta çocuğun cinsiyet oranları bakımından birbirinden farklıydı. YGB tanılı hastaların çoğunluğu erkek iken tip 1 DM tanılı hastalarda erkek-kız cinsiyet oranları benzerdi. Bu bulgular bu hastalıkların cinsiyet oranları ile örtüşmektedir. Bazı araştırmalarda otizm tanısı olan çocuğun erkek olmasının, annenin uyumunda negatif etkiye sahip olduğuna işaret edilmekle birlikte (Sunay ve ark., 2002) bilginiz dahilinde hasta çocuğun cinsiyetinin kardeşlerin psikososyal uyumu üzerindeki etkisi konusunda literatür eksiktir.

YGB tanılı çocukların bozukluk şiddeti %42,6’ında hafif-orta, %57,4’ünde ise ağır seviyedeydi.

Gruplarda Psikiyatrik Aile Öyküsü incelendiğinde; YGB tanılı çocukların ailelerinde, geç konuşma, Obsesif Semptomatoloji ve Sosyal Anksiyete Bozukluğu öyküsünün daha fazla olduğu bulundu ($p<0,05$). Ayrıca

istatistiksel anlamlılık düzeyinde olmamakla birlikte; OKB, YGB, DEHB, diğer Anksiyete Bozuklukları ve Tik Bozuklukları YGB tanılı çocuğun aile öyküsünde daha sıkı ($p>0,05$). YGB tanılı çocuğun ailesinde tik bozuklukları dışındaki tüm atipik durum veya bozuklukların özellikle 1. derece akrabalarda daha sık görüldüğü saptandı. Elde edilen bu bulgular YGB olan ailelerde ebeveyn ve kardeş çalışmalarından elde edilen sonuçlarla tutarlılık göstermektedir (Bailey ve ark., 1998; Mouridsen ve ark., 2007).

Gruplarda gelişim basamakları incelendiğinde; KARD-YGB grubunun ilk kelime ve ilk cümle çıkış yaşı ortalamasının, KARD-DM grubuna göre bir miktar daha yüksek (yani; daha geç yaşta) olduğu görüldü. Kesim noktası olarak KARD-DM grubunun gelişim basamaklarının ortalamaları kullanıldığında ise, bu aylarda KARD-YGB grubunda hem ilk cümle (%40) hem de ilk kelime (%32,9) çıkış oranlarının, KARD-DM grubuna göre (sırasıyla %60, %53,3) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu saptandı ($p<0,05$).

Elde edilen bu bulgular, KARD-YGB' nin dil alanında gelişimsel gecikme riskine sahip olduğunu bildiren takip çalışmaları sonuçları ile tutarlılık göstermektedir (Iverson ve Wozniak, 2007; Gamliel ve ark., 2007; Ozonoff, Rogers ve Sigman, 2005).

Araştırmalar normal gelişim sürecinde motor ve oral/vokal sistemlerin doğumdan itibaren birbirleriyle etkileşime girdiklerine dikkat çekmektedir. (Iverson ve Thelen, 1999). Dahası YGB tanılı çocukların; hipotoni, denge anormallikleri, sakarlık, postüral instabilite, atipik postür, sıralı koordine hareketlerde zorlanma gibi bir dizi motor problemlere sahip oldukları bildirilmektedir (Hauck ve Dewey, 2001; Vernazza-Martin ve ark., 2005).

Çalışmamızda, yürüme zamanı ve tuvalet eğitimini kazanma yaşları ortalamaları bakımından iki grup arasında bir farklılık bulunmadı. Çalışmamızın bu bulgusu, KARD-YGB' nin motor gelişim basamaklarını inceleyen tek araştırma olan Iverson ve Wozniak' ın (2007) çalışma sonucu ile örtüşmemektedir. Bunun bir nedeni, çalışmamızda gelişimle ilişkili bu verilerin hatırlama yanlılığına neden olabilecek geriye dönük sorgulama yolu ile toplanmış olması olabilir. Belki de YGB tanılı çocuğu olan ebeveynler, bu

kardeşlerin gelişim basamaklarını YGB tanılı çocuklarınınki ile kıyaslıyor ve böylece yanlış olarak olduklarından daha iyi gelişim gösterdiklerini hatırlıyor olabilirler. Dahası bu ebeveynler, YGB' nin temel semptom kümeleri olan iletişim ve etkileşim becerilerine daha fazla odaklanarak, bu bilgileri daha iyi hatırlayıp motor gelişimlerini daha az hatırlıyor da olabilirler. Diğer bir olası neden ise KARD-YGB' nin motor alanda gelişimsel gecikme veya problemlere sahip olmadığıdır. Nitekim bu alanda literatürdeki çalışmaların çok az sayıda olması, tekrar çalışmalarına ihtiyaç olduğuna işaret etmektedir.

Çalışmamızda; olgularda yarı yapılandırılmış standardize klinik görüşmeler sonucunda; KARD-YGB grubunda hem yaşam boyu (%59) hem de şimdiki psikiyatrik tanı varlığının (%44) istatistiksel olarak anlamlı olmasa da KARD-DM grubuna (sırasıyla %44 ve %29) göre daha yüksek olduğu saptandı.

YGB' nin karmaşıklık, belirsizlik, nedeninin açıklanamazlığı ve neden olduğu problemlerin birçok alanda ağır ve yaygın oluşu özelliklerine sahip olması nedeniyle, aile üyelerinin diğer durumlardaki ailelere göre daha fazla psikososyal zorluk yaşadığı bildirilmektedir (Glasberg, 2000; Rodrigue ve ark., 1993). Bu bağlamda araştırmamızdan elde ettiğimiz bu bulgu literatür bilgisiyle örtüşmektedir.

Gruplarda gelişimsel bozukluklar incelendi. KARD-YGB grubunda YGB tanısı alan 2 kişinin varken, KARD-DM grubunda bu tanıya rastlanmadı. Psikiyatrik aile öyküsünde de KARD-YGB grubunda YGB tanısı varlığı (%23,4), KARD-DM grubuna göre (%6,9) daha yüksekti.

Bu bulgumuz YGB' nin, genetik etiyolojisinin gösterildiği aile ve ikiz çalışmalarıyla tutarlılık göstermektedir. Tek yumurta ikizlerinde; otizm konkordansının %60, otizm ve diğer bir YGB konkordansının ise %90' dan fazla olduğu bildirilmektedir (Veenstra ve ark., 2003). Otistik bir çocuğun ikiz olmayan kardeşinde ise otizm görülme sıklığının en az 22 kat artarak %2-7' lere ulaştığı (Rutter, 2005), herhangi bir YGB tanısı görülme sıklığının ise normal topluma göre en az 200 kat daha fazla olduğu (Zwaigenbaum ve ark., 2005) bildirilmektedir.

Gruplar; olgularda ve psikiyatrik aile öyküsünde MR varlığı bakımından birbirine benzerdi. KARD-YGB olgularının %4'ünde (n:3), KARD-DM olgularının ise %2'inde (n:1) MR tanısı vardı. Olguların okul başarılarının da benzer olması, iki grubun kognitif açıdan benzer olduklarını desteklemektedir. Bu bulgumuz; Yaygın Gelişimsel Bozukluğu olan çocukların kardeşlerinde, tipik gelişim gösteren çocukların kardeşlerine göre MR sıklığının artmadığını gösteren Gillberg ve arkadaşları (1992) ile Boutin ve arkadaşlarının (1997) yaptığı çalışmalar ile tutarlılık göstermektedir.

August ve arkadaşları (1981), Down Sendromlu çocukların kardeşleriyle kıyaslandıklarında, otistik çocukların kardeşlerinde; okuma ve heceleme bozukluklarını içeren bir dizi kognitif eksiklik ve/veya mental retardasyonun görülme sıklığının daha fazla olduğunu bildirmişlerdir. Ancak sonraki yıllarda yapılan detaylı çalışmalarda; otistik çocukların kardeşlerinde kognitif problemlerin görülme sıklığının özellikle erken yaşlarda belirgin olduğu, ilerleyen yaşlarda (4,5-5 yaş civarında) bu farkın ortadan kalktığı gösterilmektedir (Pilowsky ve ark., 2007; Gamliel ve ark., 2007). Literatürdeki çalışmaların sonuçları arasındaki tutarsızlık, kullanılan örneklemelerin yaş gruplarının farklı olmasından kaynaklanıyor olabilir (Gamliel ve ark., 2007).

Bu bilgiler dikkate alındığında; çalışmamıza katılan olguların yaşlarının daha büyük olması (8-18y), aslında bu olguların gelişimlerinin erken dönemlerinde var olan olası kognitif problemleri kaçırmış olmamıza neden olmuş olabilir.

Ayrıca; her ne kadar istatistiksel olarak anlamlı olmasa da KARD-YGB grubunda olguların MR olması (%4) ve okul başarılarının düşük olması (%10) oranları KARD-DM grubuna göre (sırasıyla %2,2 ve %2,2) daha yüksekti. Bu farkların istatistiksel anlamlılık seviyesine ulaşamaması, örneklem büyüklüklerinin küçük olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Bir diğer nokta ise, çalışmamızda okul başarısı ile ilgili bilgi, sadece ebeveyn ve kardeşin kendisinden alınmıştır. Oysa ki, okul kayıtları ve öğretmenden alınacak bilgilerin de değerlendirilmesi daha optimal bir değerlendirme sağlayacaktır. Bütün bu nedenlerden ötürü; bu kardeşlerin sahip oldukları olası gelişimsel ve kognitif problemleri aydınlatmada; büyük

örneklemleri ve yaşça küçük kardeşlerin detaylı çalışmalarla değerlendirilmesi daha faydalı olacaktır.

Gruplar, olgularda Major Depresyon varlığı bakımından incelendiğinde; iki grubun şimdi ve yaşam boyu Major depresyon/Distimi tanı oranları bakımından benzer olduğu görüldü.

Çocukluk çağı depresyonlarının, stresli yaşam olaylarının genetik yatkınlık ile etkileşimi sonucunda ortaya çıktığı ve ayrıca depresyonun etiyolojisinde çevresel risk faktörlerinin; bozukluğun ortaya çıkmasında en az genetik yatkınlık kadar önemli olduğu bildirilmektedir (Scourfield ve ark., 2003). Bu çevresel risk faktörlerinden bazıları: başta anneninki olmak üzere ebeveyn depresyonu varlığı, aile birliktelik ve bütünlüğünün olmaması ve ebeveyn-çocuk ayrılığıdır (Brent ve Weersing, 2007). Bütün bu risk faktörleri, kronik hastalık varlığında ailede gözlenebilecek olumsuz değişimlerdendir. Bu nedenlerden ötürü kronik bir hastalığı olan bir çocuğun kardeşinde depresyon görülme sıklığında artışın görülmesi beklenen bir bulgudur.

Çocukluk çağı kronik hastalıkları; etiyoloji, başlangıç yaşı, işlevsellik üzerine olumsuz etkileri ve prognozları açısından farklılık göstermektedir. Daha ağır olanların; hasta çocuğun kendi aktivitelerinin daha fazla kısıtlanmasına ve hatta aile üyelerinin aile içi ve toplum yaşantısında daha fazla zorluklarla karşılaşmasına neden olması muhtemeldir (Patterson, 1988).

Çalışmamızda, her iki grupta; olgularda (KARD-YGB= %10 (n:7); KARD-DM= %9 (n:4)) ve 1. derece akrabalarda (KARD-YGB=% 46,8; KARD-DM=% 34,5) Major Depresyon (MD) oranları yüksek ve birbirine benzerdi. Bu yüksek ve benzer oranların varlığı, Mebane' nın (2000) "Birçok kronik hastalık benzer psikolojik ve davranışsal etkilere neden olur" görüşüyle örtüşmektedir.

Otistik çocukların ebeveynlerinin standardize klinik görüşmeler ile değerlendirildiği kısıtlı sayıdaki çalışmalarda, depresyon oranlarının kontrollere göre daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Daniels ve ark. 2008; Piven ve ark., 1991; Piven ve Palmer 1999; Smalley ve ark 1995).

Bizim çalışmamızda da, her ne kadar istatistiksel anlamlılık düzeyinde olmasa da KARD-YGB grubunda 1. derece akrabalarda MD/Distimi varlığının (% 46,8), KARD-DM grubundan (%34,5) daha fazla olduğu saptandı.

Çalışmalarda; otistik çocukların ebeveynlerinde, depresyonun hasta çocuğun doğumundan önce de sık görülüyor olmasının, bozukluğun neden olduğu artmış stresten bağımsız olduğuna işaret edilmektedir. Bu nedenle otizm ve ilişkili bozukluklarla depresyon etiyolojisinde benzer gen veya genler rol oynuyor olabilir (Daniels ve ark., 2008).

Gruplar, Anksiyete Bozuklukları bakımından incelendiğinde: KARD-YGB grubunda 2 kardeşin YAB, 6 kardeşin SAB ve 2 kardeşin OKB tanısını aldığı görüldü. Bu tanıların hiçbirinin KARD-DM grubunda olmayışı dikkat çekicidir. Ayrıca, psikiyatrik aile öyküsünde; özellikle birinci derece akrabalarda; Obsesif Semptomatoloji ve Sosyal Anksiyete Bozukluğu varlığı KARD-YGB grubunda daha sık olduğu saptandı ($p<0,05$).

Elde edilen bu bulgular, otistik çocukların birinci derece akrabalarında, özellikle Sosyal Anksiyete Bozukluğu ve obsesif özelliklerin görülme sıklığının arttığını bildiren çalışma sonuçlarıyla örtüşmektedir (Mouridsen ve ark., 2007, Yirmiye ve Shaked, 2005; Hollander ve ark., 2003, Piven ve Palmer, 1999). Ancak her ne kadar Sosyal Anksiyete Bozukluğunun, bu popülasyonda arttığı bildirilse de (Smalley, McCracken ve Tanguay, 1995), bu bozukluğun semptomlarının, GOF' nin belirtileri ile örtüşebileceği akılda tutulmalıdır (Piven ve Palmer, 1999).

Otizm ve ilişkili bozukluklarda, OKB (Ghaziuddin ve ark., 1992; Leyfer ve ark. 2006) ve obsesif-kompulsif belirtilerin (Dekker ve Koot, 2003) görülme sıklığı yüksektir. OKB' nin etiyolojisinde genetik etkenlerin rolü aile çalışmalarında gösterilmektedir. Bu bağlamda, otizm tanısı varlığında ailenin diğer üyelerinde OKB veya obsesif-kompulsif belirtileri görülme sıklığının artması beklenen bir bulgudur. Ancak çalışmamızda YGB tanılı çocuğun psikiyatrik komorbiditesi değerlendirilmediğinden, ailelerde görülen OKB veya obsesif-kompulsif belirtilerin YGB tanılı çocuklardaki OKB eş tanısı ile ilişkili olup olmadığı incelenemedi.

Gruplar olgulardaki Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) oranları bakımından benzerdi (KARD-YGB=%19; KARD-DM=%16). DEHB, çok nadir de olsa erken çocukluk döneminde YGB ile karışarak, yanlış tanı almaya neden olabilmekte ve dahası YGB ile sık birliktelik göstermektedir (Roeyers ve ark., 1998). Bazı araştırmacılar, bu iki bozukluğun ortaya çıkmasında, ortak genetik temellerin rol aldığını öne sürmektedir (Smalley ve ark., 2002; Pehlivan Türk ve ark., 2003). Her iki bozukluğun da genetik kalıtım göstermesi ve artmış birliktelik göstermesi (Ghazuddin ve Greden 1998; Leyfer ve ark., 2006) araştırmamızdan elde ettiğimiz KARD-YGB grubunda artmış DEHB sıklığına açıklama getirmektedir.

Literatür bilgisi Tip 1 DM ve DEHB birlikteliği konusunda eksiktir. Bu çalışmada saptanan KARD-DM grubunda artmış DEHB sıklığı ise örneklem grubunun seçiminden kaynaklanıyor olabilir. Çalışmamızda kontrol grubu olarak tanımlanan KARD-DM olgularının; psikiyatrik yardım ihtiyacından ötürü bu çalışmaya katılmaya gönüllü olmuş olma ihtimalleri, saptanan yüksek DEHB sıklığına neden olmuş olabilir.

Olguların daha önce psikiyatrik başvuru varlığı, KARD-YGB grubunda %12,9 ve KARD-DM grubunda %6,7 idi. Bu oranlar, psikiyatrik tanısı olan olguların yarıdan fazlasının psikiyatrik bir yardım almadığına işaret etmektedir. Çünkü yaşam boyu en az bir psikiyatrik tanı alma oranları KARD-YGB grubunda %59, KARD-DM grubunda ise %44 oranındaydı. Her iki grupta da psikiyatrik yardım için başvuru varlığı ile psikiyatrik tanı varlığı arasında belirgin farkın olması, kronik hastalığı olan çocukların kardeşlerinin psikiyatri servislerinden ne kadar az faydalandığını akla getirmektedir. Bunun bir nedeni, ebeveynlerin zamansal ve maddi kaynaklarının önemli bir bölümünü hasta çocuğa yönelik kullanılıyor olması olabilir (Macks ve Reeve, 2007). Diğer bir olası neden ise, ebeveynlerin diğer çocuklarının psikolojik gelişim veya durumlarını hasta çocuğa göre göreceli olarak 'daha iyi' görüyor olmaları olabilir.

Gruplar ebeveyn bildirimli ÇDDÖ' ye dayalı duygusal davranışsal problem seviyeleri ortalamaları bakımından benzerdi. Olguların ÇDDÖ' ye

göre klinik seviyede probleme sahip olma durumu (T skorlarının 63 puandan yüksek olması durumu) incelendiğinde: KARD-YGB grubunun %18,6' sının toplam problemler, %24,3' ünün içe dönüklük problemleri ve %8,6' sının dışa dönüklük problemleri açısından anneleri tarafından klinik seviyede derecelendirildiği görüldü. Bu oranlar KARD-DM grubunda sırasıyla %31,1, %24,4 ve %15,5'tir. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırmasında (6-18 yaş çocuklarda) ÇDDÖ değerlendirmesine göre klinik seviyede puan alma oranları; ÇDDÖ toplam problemler için %9, ÇDDÖ içe yönelim problemleri için %9,9 ve ÇDDÖ dışa yönelim problemleri için ise %6,9' dur (Erol ve Şimşek, 2000). Gruplarda ÇDDÖ toplam ve alt ölçek puanlarının klinik seviyede olma oranlarının Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması (Erol ve Şimşek, 2000) verilerine göre daha yüksek olması ve iki grup arasında farklılık göstermemesi genel olarak kronik hastalıkların benzer psikososyal problemlere neden olduğu görüşü ile örtüşmektedir (Vessey ve Mebane, 2000).

Gruplarda psikiyatrik tanı ile ebeveyn bildirimli ÇDDÖ değerlendirmesinden elde edilen duygusal davranışsal problem seviyeleri arasındaki ilişki incelendi. Her iki grupta da tanı varlığı ile ebeveyn bildirimli toplam problem skorları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu bulundu ($p<0,05$). Bu bulgumuz ÇDDÖ' nün çocuk ve ergenlerde psikiyatrik tanı taramada güvenilir bir ölçek olduğu bilgisi ile örtüşmektedir (Biederman ve ark., 2005). KARD-DM grubunda ebeveyn bildirimli ÇDDÖ' ye göre klinik seviyede puan alma oranları (%31,1) ile psikiyatrik tanı (şimdiki) alma oranları (%29) birbirine yakındı. Ancak bu oranların KARD-YGB grubunda birbirinden farklı olduğu görüldü; ebeveyn bildirimli ölçeğe dayalı değerlendirmede klinik seviyede puan alma oranı %18,6 iken psikiyatrik tanı (şimdiki) alma oranının %44. Bu bulgumuz otistik çocukların kardeşlerinin ölçeğe dayalı değerlendirmelerde ebeveynleri tarafından daha olumsuz (Mack ve Reeve, 2007), daha agresif, depresif ve daha yüksek genel patoloji seviyesine sahip olarak (Gold, 1990) derecelendirildiğini bildiren çalışmalar ile örtüşmemektedir. YGB tanılı çocuklarına oldukça fazla zaman harcamaları, bu ebeveynlerin diğer

çocuklarının sosyal ve duygusal işlevselliklerini doğru değerlendirememelerine neden oluyor olabilir (Gold, 1990). Belki de ebeveynler ölçekleri doldururken bu kardeşleri, birçok alanda yaygın ve belirgin problemleri olan hasta çocuklarıyla kıyaslıyor ve “göreceli olarak daha iyi” olduklarını düşünerek derecelendirme yapıyor olabilirler.

Olgularda demografik faktörlerin psikopatoloji üzerine etkisi incelendi. Her iki grupta da şimdi-yaşam boyu tanı varlığı ve duygusal davranışsal problem düzeyleri; olgunun cinsiyeti, doğum sırası ve ailesinin büyüklüğünden bağımsızdı ($p>0,05$). Bu bulgumuz kronik hastalık varlığında aile büyüklüğü, cinsiyet ve doğum sırasının kardeşlerin psikososyal uyumunda etkili olabileceğini bildiren çalışma sonuçlarıyla (Mates, 1990; Steiner, 1997; Wassermann, 1990) uyum göstermemektedir. Ancak çalışmamızdan elde ettiğimiz bu bulguya benzer şekilde, bu faktörlerin kardeşin uyumunda etkisinin olmadığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (Gold, 1993; Mates, 1990; Rodrigue ve ark., 1993).

Çalışmamızda her ne kadar tanı varlığının cinsiyetten bağımsız olduğu bulunmuşsa KARD-YGB grubunda, YGB tanısı alan 2 olgu da erkekti. Bu bulgumuz, erkek cinsiyette YGB sıklığının daha yüksek olması ile tutarlılık göstermektedir (Volkmar ve ark., 2007).

KARD-YGB grubunda kardeşlerdeki psikopatoloji ile YGB bozukluk şiddeti arasındaki ilişki incelendi. Kardeşlerin yaşam boyu psikiyatrik tanı varlığının, YGB tanılı çocuğun bozukluk şiddeti ile pozitif korelasyona sahip olduğu saptandı ($p<0,05$). Bu bulgumuz kronik hastalık varlığında; hasta çocuğun sahip olduğu problemin doğası, mortalite riski, şiddeti, neden olduğu günlük işlevsellik kaybı gibi faktörlerin, kardeşlerin psikososyal uyumunda etkili olabileceğini bildiren araştırmalar ile örtüşmektedir (Wassermann, 1990; Sharpe ve Rossiter, 2002).

Bozukluğun şiddeti, işlevsellikteki kayıp ile ilişkilidir ve artan işlevsellik kaybı hasta çocuğun ebeveynlerine daha fazla bağımlı hale gelmesine (Blacher ve ark., 1987) ve sahip olduğu kaynakların daha fazla tüketilmesine neden olabilmektedir. Azalan ebeveyn kaynakları ise diğer çocukların bunlardan daha az faydalanması anlamına gelmektedir. Macks ve Reeve

(2007), bu kardeşlerin psikososyal yönden olumsuz yönde etkilenmesinin, belki de en önemli nedeninin; otistik çocuğun her iki ebeveynin de zaman, enerji ve kaynaklarının önemli bir bölümünü tüketiyor olması olduğunu öne sürmektedir.

Çalışmamızdan elde ettiğimiz, “daha ağır şiddeti olan YGB tanılı çocukların kardeşlerinde psikopatoloji görülme sıklığının arttığı” bulgusu; bu kardeşlerde genetik kalıtım ve tanımlanan bu çevresel etkenlerin birbiriyle etkileşime girerek yaşam boyu psikiyatrik tanı riskinde artışa neden olduğu bilgisini desteklemektedir.

Bununla birlikte, çevresel faktörlerin etkisi ihmal edildiğinde, genetik etkenler tek başına artmış psikopatolojiye neden oluyor olabilir. Nitekim tam tablo otizmin etiolojisinde birden fazla genetik etkenin rol oynadığı (Constantino ve ark., 2003) ve otistik bozuklukların içinde farklı genetik alt grupların olabileceği; davranışsal olarak benzer olanların etioloji bakımından da benzer olabileceği öne sürülmektedir (Willemsen-Swinkels ve Buitelaar, 2002). Bu bilgilere dayanarak; daha ağır şiddetteki YGB’ nin, daha farklı ve çoklu genetik faktörlere sahip olabileceği ve bozukluk şiddeti daha ağır olan çocukların kardeşlerinin, bu çoklu genetik etkenlerden ötürü en azından bazı psikiyatrik durumlar için artmış riske sahip olabilecekleri düşünülebilir.

Olgular öz bildirime dayalı ölçeklerin ortalamaları bakımından incelendiğinde; iki grubun sosyal fobi, depresif belirtiler ve kaygı belirtileri ortalamalarının benzer olduğu görüldü. **Benlik saygısının**, KARD-YGB grubunda istatistiksel anlamlılık düzeyinde olmasa da KARD-DM grubuna göre daha yüksek olduğu gözlemlendi ($p=0,052$). Bazı çalışmalarda, bu kardeşlerin benlik saygısının daha olumsuz olduğu gösterilmişse de, daha olumlu benlik saygısına sahip olduklarını bildiren çalışmalar da vardır. Daha olumlu benlik saygısına sahip olmalarının olası nedenlerinden biri, bu kardeşlerin yüksek olgunluk düzeylerine sahip olmalarıdır (Gray, 1998; Macks ve Reeve, 2007). Bir diğer olası neden ise; ölçekleri doldururken kendilerini otistik kardeşleri ile karşılaştırıyor olmaları ve kendilerini onlardan daha iyi durumda görmelerinden ötürü benlik saygısı (Macks ve Reeve,

2007) ölçeklerini ve hatta diğer öz bildirime dayalı ölçekleri daha olumlu şekilde dolduruyor olmaları olabilir.

Macks ve Reeve (2007), bu kardeşlerde benlik saygısının sadece tek bir risk faktörü ile ilişkili olmadığını, sahip olunan risk faktörlerinin artması ile değişebileceğini bildirmektedirler. Çalışmamızda her iki grupta da benlik saygısı ile olgunun cinsiyeti, aile büyüklüğü, doğum sırası ve okul başarısı arasında bir ilişki gözlenmedi. Ancak KARD-YGB grubunda olgunun yaşıyla benlik saygısı arasında negatif yönde bir ilişki bulunması ($p<0,05$) ve olumsuz benlik saygısının psikopatoloji gelişiminde rol oynayabilmesi; yaşça büyük kardeşlerin psikososyal uyum için daha fazla risk taşıyor olabileceklerini akla getirebilir.

Her iki grupta da benlik saygısı; ölçeklere dayalı duygusal davranışsal problemlerin düzeyleri ile ters korelasyona sahipti ($p<0,05$). Bu bulgu, duygusal davranışsal problemlerin, kişinin benlik saygısı üzerinde olumsuz etkileri olduğu bilgisini desteklemektedir. Ancak KARD-YGB grubunda, benlik saygısı düzeylerinin herhangi bir psikiyatrik tanıya sahip olmaktan ve ailedeki YGB tanılı çocuğun hastalık şiddetinden bağımsızdı. Bu bulgu ise; YGB tanılı çocukların kardeşlerindeki benlik saygısının üzerinde etkili olabilecek sosyoekonomik durum, olgunluk seviyesi gibi olası diğer faktörlerin varlığını akla getirmektedir.

Olgularda sosyal karşılıklılık problemleri bakımından incelendiğinde, bu problemlerin KARD-YGB grubunda (ortalama=42,61), KARD-DM grubuna göre (ortalama=36,44) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla olduğu saptandı ($p= 0,031$). Bu bulgumuz literatür bilgisiyle örtüşmektedir.

Sosyal karşılıklılık problemleri, Geniş Otizm Fenotipi (GOF) ile ilişkilidir. Çalışmalarda; özellikle YGB tanılı çocukların kardeşlerinde; YGB, GOF ve GOF ile ilişkili sosyal karşılıklılık problemlerinin, genel popülasyona ve hatta YGB dışı psikiyatrik bozukluklara sahip çocukların kardeşlerine göre daha sık görüldüğü bildirilmektedir (Constantino ve ark., 2000; Constantino ve ark., 2006; Cassel ve ark., 2007)

Çalışmamızda; bozukluk şiddeti aşırı derecede olan YGB tanılı çocukların kardeşlerinin sosyal karşılıklılık problemleri (SCÖ) ortalaması (44,6), bozukluk şiddeti hafif-orta olanların kardeşlerinininkine (39,3) göre istatistiksel anlamlılık düzeyinde olmasa da daha yüksekti ($p>0,05$). Bu bulgu, daha önceki çalışmalarla tutarlılık göstermektedir. Bailey ve arkadaşları (1998), GOF riskinin hasta çocuğun bozukluk şiddeti ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Araştırmalar; oldukça fazla genetik kalıtıma sahip olduğu ve zeka seviyesinden bağımsız olduğu gösterilen (Constantino ve ark., 2003) karşılıklı sosyal davranışların, ailesinde birden çok otizm olan kardeşlerde; ailesinde sadece bir kişide herhangi bir YGB tanısı olan kardeşlere göre daha fazla olduğunu bildirmektedir (Constantino ve ark., 2006). Çalışmamızda saptanan bu farkın istatistiksel anlamlılık seviyesine ulaşmamasının nedeni, örneklem grubunun büyüklüğünden kaynaklanıyor olabilir.

Otistik çocuğun cinsiyetinin ve doğum sırasının, kardeşteki YGB riski için önemli olabileceğine dair yayınlar vardır. Ritvo ve arkadaşları (1989); otistik çocuğun kız olması durumunda, bir sonraki kardeşte otizm görülme riskinin (%14,5), otistik çocuğun erkek olması halindeki riske (%7) göre daha yüksek olduğunu bildirmektedir. Otizm görülme oranları, erkeklerde kızlara göre 3-4 kat daha fazladır. GOF riskinin, özellikle erkek cinsiyetteki akrabalarda daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Bailey ve ark., 1998).

Bu bilgilerden yola çıkılarak KARD-YGB grubunda YGB tanılı çocuğun cinsiyetinin sosyal karşılıklılık problemleri ile ilişkisi incelendi ancak bir ilişki bulunamadı. Araştırmamızın bu bulgusu, cinsiyetin YGB şemsiyesi altındaki tanılar için önemli iken (çünkü KARD-YGB grubunda YGB tanısı alan 2 kardeş de erkek idi), eşik altı durumlarda önemli olmadığına işaret ediyor olabilir. Nitekim Goldberg ve arkadaşları (2005), otistik çocukların kardeşleriyle yaptığı çalışmalarında, GOF' nin cinsiyetten bağımsız olduğunu göstermiştir.

Sosyal karşılıklılık problemleri düzeyleri ile cinsiyet arasında bir ilişkinin bulunamamış olmasının nedenlerinden bir diğeri; örneklem büyüklüğünün yetersiz olması olabilir.

Bolte ve arkadaşları (2007), otistik çocukların ebeveynlerinde görülen GOF' nin nedeninin sadece genetik yüklülüğe atfedilemeyeceğini, bu derecede ağır bir bozukluğun yarattığı yükün de bu duruma katkıda bulunabileceğini öne sürmektedir. Bu hipotez kardeşler için de geçerli olabilir. Nitekim çalışmamızda her iki grupta da erkek ve kızlarda tanı varlığı ve duygusal-davranışsal sorunların ortalamaları benzerdi. Bu bilgi dikkate alındığında; her iki grupta da sosyal karşılıklılık problemlerinin düzeylerinin cinsiyetten bağımsız olması, genel bir grup olarak kronik hastalıkların kız ve erkekler üzerinde benzer etkilere neden olabileceği (yani GOF' nin çevresel etkeni olarak ailede kronik hastalık olması durumu) anlamına geldiği düşünülebilir. Sosyal karşılıklılık ve ilişkili GOF' nin genetik-çevresel etkenlerinin aydınlatılmasında, 2. bir kontrol grubu olarak, tipik gelişim gösteren ancak kronik bir pediatrik hastalığı olmayan çocukların kardeşlerinin incelenmesi, faydalı olacaktır.

Her iki grupta sosyal karşılıklılık problem düzeyleri ile; ilk kelime yaşı, ilk cümle yaşı arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlemlendi. Bu durum özellikle risk grubu olan YGB tanılı çocukların kardeşlerinde erken gelişimsel basamakların takip edilmesinin önemine dikkat çekmektedir (Iverson ve Wozniak., 2007). Nitekim araştırmamızda erken gelişim basamaklarındaki gecikme, ancak daha sonraki yıllarda gözlenebilecek sosyal karşılıklılık problemlerinin yüksekliği ile ilişkili bulunmuştur. Bu nedenle YGB çocukların kardeşlerinin erken gelişimsel basamaklar yönünden takip edilmesi, erken dönemde GOF ve hatta YGB' nin tanılanmasında ve erken müdahalelerin uygulanabilmesinde faydalı olacaktır.

Gruplarda, annelerin sosyal destek düzeyleri ve baş etme yöntemleri incelendi. KARD-YGB grubunda toplam, aileden alınan, arkadaştan alınan ve özel kişiden alınan sosyal desteğin, KARD-DM grubuna göre anlamlı derecede daha az olduğu bulundu ($p<0,05$).

Literatürde Yaygın Gelişimsel Bozukluğu olan çocukların ebeveynlerinin, diğer kronik hastalık veya ciddi yeti kaybına sahip çocukların ebeveynlerine göre daha düşük sosyal ilişkilendirme ve desteğe sahip olduğu bildirilmektedir (Karakavak ve Çınar, 2006; Mugno ve ark., 2006). Bu

bağlamda, çalışmamızın KARD-YGB grubunda annelerin sosyal desteğinin daha az olduğu bulgusu, literatür bilgisiyle örtüşmektedir.

YGB' de problemlerin birçok alanda ağır ve yaygın oluşu, ebeveynin zaman, enerji ve kaynaklarının önemli bir bölümünü tüketir. Bu nedenlerden ötürü aile üyelerinin diğer durumlardaki ailelere göre daha fazla psikososyal zorluk yaşadığı öne sürülmektedir (Glasberg, 2000; Rodrigue ve ark., 1993).

Sosyal desteğin az olması, ebeveynlerin kendilerinden kaynaklanan nedenlerle de ilişkili olabilir. Bildirildiği üzere bu ebeveynlerde GOF' nin görülme sıklığında artış vardır (Bolte ve ark., 2007). Bu ebeveynler genetik ve çevresel etkenlerden ötürü sosyal iletişim ve etkileşim zorluklarına; bu özellikleri nedeniyle de diğer ebeveynlere göre daha düşük sosyal destek sistemine sahip olabilirler.

Bütün bu etkenlerin yanı sıra YGB tanılı çocuğun sahip olduğu özellikle dışa dönüklük problemleri diğer insanların bu aileden uzak durmalarına neden oluyor olabilir.

Çalışmamızda YGB tanısı olan çocukların annelerinin sosyal desteklerinin, hasta çocuğun bozukluk şiddeti ve yaşından (ki bu maruz kaldıkları stresin süresine işaret eder) bağımsız olduğu bulundu. Bu bulgumuz Boyd (2002)' un gözden geçirme yazısındaki "Otistik çocukların bozukluk şiddetinin, annelerinin sosyal destek ağının kısıtlanması üzerinde etkisi yoktur" bulgusu ile örtüşmektedir. YGB şemsiyesi altındaki bozuklukların her birinde, sosyal iletişim ve/veya etkileşim alanlarında işlev kaybı belirgin olduğundan bu bozuklukların her biri annelerin sosyal desteği üzerinde benzer olumsuz etkilere neden oluyor olabilir.

Çalışmamızda annelerin şimdiye kadar psikiyatrik yardım alma ihtiyacı duyma oranları (KARD-YGB=% 64; KARD-DM=%52) her iki grupta da yüksek olmakla birlikte birbirine benzerdi. Her iki grupta da psikiyatrik yardım ihtiyacı duyan annelerin sadece yaklaşık olarak yarısının psikiyatrik yardım başvurusunda bulunduğu görüldü (KARD-YGB=%34; KARD-DM=%29). Bu durum; ebeveynlerin zaman, enerji ve maddi kaynaklarının önemli bir bölümünü hasta çocuklarına yönelik kullanmasından, kendilerine ayırabilecekleri kaynakların kısıtlı olmasından kaynaklanıyor olabilir. Tam da

bu nokta da ihtiyaç duyulurken sosyal desteğin olmaması ebeveynleri psikopatoloji için artan risk altına sokmaktadır. Çünkü kişinin psikopatoloji gelişiminde sosyal desteğin koruyucu etkisi vardır (Steiner, 1997).

Yapılan analizlerde, annelerdeki sosyal destek ile olgulardaki şimdiki psikiyatrik tanı varlığı, duygusal-davranışsal problemlerin seviyesi ve benlik saygısı arasındaki ilişki incelendi. KARD-YGB grubunda bu durumların annenin sosyal desteğinden bağımsız olduğu gözlemlendi.

Çalışmamızda YGB tanılı çocukların annelerinin sosyal desteğinin; Tip 1 DM tanılı çocukların annelerine göre anlamlı derecede daha düşük olması ve KARD-YGB' lerin psikososyal uyumu üzerinde bir etkiye sahip olmaması, YGB tanılı çocukların kardeşlerinin psikososyal uyumlarında rol oynayabilecek başka mekanizma veya faktörlerin varlığını akla getirmektedir. Bu nedenle özellikle kardeşlerin alternatif çıkış mekanizmaları, kendi baş etme becerileri ve sosyal destek mekanizmalarının araştırılması bu konuda bilginin artmasını sağlayacaktır.

KARD-DM grubunda ise; annenin sosyal desteği azaldıkça olguda tanı varlığının, toplam ve dışa dönüklük problem skorlarının arttığı ve benlik saygısı seviyesinin azaldığı gözlemlendi ($p<0,05$). Bu durum kronik hastalıklarda annelerin sosyal desteğinin, bu kardeşlerin psikososyal uyumlarının önemli bir öngörücüsü olduğu bilgisiyle örtüşmektedir (Cohen ve ark., 1995).

Kişinin sahip olduğu sosyal desteği, kendi stres seviyelerinde azalmaya neden olmaktadır. Ebeveynlerdeki artan stres seviyelerinin çocukların uyumu üzerinde olumsuz etkiye sahip olduğu düşünülmektedir. Nitekim Tip 1 DM tanılı çocukların kardeşlerindeki uyum problemlerinin, ebeveynlerdeki yüksek stres seviyeleri ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (Daniels ve ark., 1987). Ferrari, (1984) diabetli çocukların ebeveynleri ve kardeşleri ile yaptığı çalışmada; maternal sosyal desteğin yüksek olmasının, diabetli çocukların kardeşlerinde benlik saygısının daha yüksek ve davranış problemlerinin daha düşük olması ile ilişkili olduğuna dikkat çekmektedir. Araştırmamızın kontrol grubundan elde ettiğimiz bu bulgu bildirilen bu çalışma sonucu ile örtüşmektedir.

Çalışmamızda olguların duygusal-davranışsal problemlerinde etkili olabileceği düşünülerek incelenen diğer bir faktör annelerin baş etme yöntemleriydi.

YGB dâhil birçok farklı kronik hastalığa sahip çocukların ailelerinin, karşılaşılan zorluklara başarılı bir şekilde uyum sağlayabildikleri görülmektedir. Bu süreçte kullandıkları baş etme becerileri psikososyal uyumlarında rol oynamaktadır.

Çalışmamızda, her iki gruptaki annelerde; pozitif yeniden yapılanmanın, soruna odaklanma ve duyguları açığa vurmanın, yararlı sosyal destek kullanımının, aktif başa çıkmanın, dini olarak başa çıkmanın, kabullenme ve plan yapma yaklaşımlarının daha fazla kullanıldığı gözlemlendi. Ancak YGB tanısı olan çocukların annelerinde bunlara ek olarak geri durma ve diğer meşguliyetleri bastırma da sık kullanıldığı saptandı.

Karşılaştırma analizleri sonucunda, KARD-YGB grubundaki annelerin; pozitif yeniden yapılanma, aktif başa çıkma, geri durma ve diğer meşguliyetleri bastırmayı, kontrol grubundaki annelere göre daha fazla kullandığı bulundu ($p<0,05$). Elde edilen bu bulgular; Carver ve arkadaşlarının (1989), kullanılan baş etme stratejilerinin, içinde bulunulan duruma bağlı değiştiği, baş etme stratejilerinin gelişiminde stresin doğası yanı sıra stres-çevre etkileşiminin de rol oynadığı görüşüyle örtüşmektedir.

Kişinin baş etme yaklaşımlarının, içinde bulunduğu ailenin diğer bireylerinin uyumu üzerinde de etkili olduğu öne sürülmektedir (Kothick ve ark., 1996). Bu nedenle, çalışmamızda annelerin kullandıkları baş etme becerileri ile olguların şimdiki psikiyatrik tanı varlığı ve içe dönüklük-dışa dönüklük davranışsal problemleri arasındaki ilişki incelendi.

KARD-YGB grubunda, olgunun ÇDDÖ dışa dönüklük problemleri ile annenin şakaya vurma stratejisi arasında; ÇDDÖ içe dönüklük puanları ile annenin davranışsal boş vermesi arasında ve ÇDDÖ içe dönüklük puanları ile annenin aktif başa çıkması arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptandı ($p<0,05$).

KARD-DM grubunda ise; şimdiki tanı varlığı ile annenin zihinsel boş verme, aktif başa çıkma ve plan yapma stratejileri arasında ters; ÇDDÖ

toplam ile inkâr, davranışsal boş verme, geri durma ve diğer meşguliyetleri baskılama arasında pozitif; ÇDDÖ içe dönüklük ile davranışsal boş verme, geri durma, kabullenme ve diğer meşguliyetleri baskılama arasında ters ve ÇDDÖ dışa dönüklük ile inkâr ve davranışsal boş verme arasında pozitif korelasyon gözlemlendi ($p<0,05$).

Bilindiği üzere her baş etme stratejisi uyuma yönelik değildir. Kothick ve arkadaşları; (1996) özellikle ebeveynlerden birinin (ancak özellikle annenin) “kaçınma” baş etme stratejisine sahip olmasının, çocuklarda hem içselleştirici hem de dışsallaştırıcı problemlerin artışı ile ilişkili olduğunu, öyle ki bu ilişkinin çocuğun kendi kaçınma baş etme yöntemi ile kendi uyumu arasındaki ilişkiden daha kuvvetli olduğunu bildirmektedir.

Çalışmamız KARD-YGB grubunda, annelerin davranışsal boş verme ve şakaya vurma yöntemlerini kullanma derecelerinin, olguların psikososyal uyumları üzerinde olumsuz; aktif başa çıkma yöntemini kullanma derecelerinin ise olumlu etkilere sahip olduğuna işaret etmektedir. Daha önceden de belirtildiği üzere bu gruptaki anneler şakaya vurma yöntemini sık kullanmaktaydılar. Bu nedenden ötürü, KARD-YGB grubundaki kardeşlerin psikososyal uyum için artmış riske sahip oldukları düşünülebilir.

KARD-DM grubuna ait bulgular ise; bu annelerdeki inkâr, davranışsal boş verme, geri durma, kabullenme ve diğer meşguliyetleri bastırma yöntemlerini kullanma derecelerinin, kardeşlerin psikososyal uyumları üzerinde olumsuz; aktif başa çıkma, plan yapma ve zihinsel boş verme yöntemlerini kullanma derecelerinin ise olumlu etkilere neden olacağına işaret etmektedir. KARD-DM grubundaki annelerin problemli baş etme becerilerinden kabullenmeyi sık kullanıyor olmaları ise bu kardeşlerin risk altında olduğunu akla getirmektedir.

Elde edilen bu sonuçlar annelerin baş etme becerilerinden en azından bazılarının, çocuklarının psikososyal uyumları üzerinde etkiye sahip olduğuna dikkat çekmektedir.

6. SONUÇLAR

Çalışmamızda, Yaygın Gelişimsel Bozukluğu olan çocukların 8-18 yaş aralığındaki kardeşlerinde (KARD-YGB); psikopatoloji, duygusal-davranışsal problem düzeyleri, benlik saygısı, sosyal karşılıklılık problemleri düzeyleri incelendi ve elde edilen sonuçlar yine bir kronik hastalık olan Tip 1 DM tanılı çocukların kardeşleriyle (KARD-DM) kıyaslandı.

Sonuç olarak, iki kronik hastalık varlığında da kardeşlerin psikiyatrik tanı ve duygusal davranışsal problem düzeylerinin yüksek olduğu bulundu. KARD-YGB olgularının dil gelişimlerinin KARD-DM grubuna göre daha geç yaşta olduğu saptandı. KARD-DM grubuyla kıyaslandığında KARD-YGB grubunda; YGB, Sosyal Anksiyete Bozukluğu, OKB, MR, YAB tanıları daha sıklıkla, sosyal karşılıklılık problemleri anlamlı derecede daha fazlaydı ve benlik saygıları ise bir miktar daha yüksekti. Her iki kronik hastalık durumunda da, kardeşlerde Depresyon/Distimi ve DEHB tanılarının benzer oranlarda sık olduğu görüldü.

Her iki grupta psikiyatrik problemlerin sıklığı; cinsiyet, doğum sırası, aile büyüklüğünden bağımsızdı.

KARD-YGB grubunda, bozukluk şiddeti aşırı derecede olan YGB tanılı çocukların kardeşlerinde, bozukluk şiddeti hafif-orta olanların kardeşlerine göre, yaşam boyu en az bir psikopatoloji varlığına sahip olma riski belirgin derecede daha yüksekti ve sosyal karşılıklılık problemleri ise bir miktar daha fazlaydı.

KARD-YGB grubunda; annelerin sosyal destek düzeyleri, KARD-DM grubuna göre anlamlı derecede daha düşüktü. Dahası yine bu grupta, kardeşlerdeki şimdiki psikiyatrik tanı varlığı, duygusal-davranışsal problemleri ve benlik saygısı düzeyleri, annelerinin sosyal destek düzeylerinden bağımsızdı.

Her iki grupta, kardeşlerdeki psikososyal problemler, annelerin baş etme yöntemlerinden bazıları ile ilişkililiydi. Kardeşlerin psikososyal uyumunda olumlu etkilere sahip olan yöntemler; aktif başa çıkma (her iki grupta), plan yapma ve zihinsel boş verme (KARD-DM); olumsuz etkiye sahip

olanlar ise “şakaya vurma” (KARD-YGB), “davranışsal boş verme” (her iki grupta), “inkâr”, “geri durma”, “kabullenme” ve “diğer meşguliyetleri bastırma” (KARD-DM) yöntemleri idi.

Her iki grupta da psikiyatrik tanı varlığının yüksek olmasına rağmen geçmiş psikiyatrik başvuru varlığının oldukça az olması ve özellikle KARD-YGB grubunda ebeveynlerin bu kardeşleri ölçeğe dayalı değerlendirmelerde daha olumlu derecelendirmeleri kronik hastalığı olan çocukların kardeşlerinin olası ruhsal sorunlarının ebeveynleri tarafından göz ardı edilmiş olabileceğini akla getirmektedir.

6.1. Öneriler

Çalışmamızdan elde edilen bulguların da desteklediği gibi kronik hastalığı olan çocukların kardeşleri, psikososyal uyum problemleri için risk altındadır. Kronik hastalık aile üzerindeki stresi arttırarak bütün aile üyelerinin bu durumdan etkilenmesine neden olabilmektedir.

YGB durumunda ise, bozukluğun aile üzerine getirdiği yükün yanı sıra mevcut genetik yatkınlık sonucunda kardeşlerde psikopatoloji sıklığının arttığı görülmektedir. Diğer yandan YGB tanılı çocukların annelerinin Tip 1 DM gibi psikiyatri dışı kronik bir hastalığı olan çocukların annelerine göre, belirgin derecede daha düşük sosyal desteğe sahip olmaları, bu annelerin de psikopatoloji yönünden risk altında olduğunu akla getirmektedir.

Tüm bunlar dikkate alındığında, ailede çocuklardan birinde kronik bir hastalık varlığında, hele de bu hastalık YGB ise, hasta çocuk yanı sıra, kardeşlerinin de bir “vaka” gibi ele alınması ve psikiyatrik değerlendirmelerinin yapılması ihmal edilmemelidir. Bu bağlamda ebeveynleri de içeren aile temelli müdahale yaklaşımlarında bulunulmalıdır.

Bu müdahaleler, risk altındaki kardeşlerin psikiyatrik açıdan yakından gözlenmesine fırsat sağlayacak ve bu bağlamda hem koruyucu müdahaleleri hem de olası psikiyatrik problemlerin görülmesi durumunda erken müdahaleleri mümkün kılacaktır.

İleri çalışmalarda, YGB tanılı çocukların kardeşlerinin erken yaşlarda takibe alınması ve gelişim basamakları ve psikiyatrik hastalıkların standardize araçlar ile uzunlamasına incelenmesi, bizlere bu kardeşler hakkında daha optimal bilgi sağlayacaktır.

6.2. Kısıtlılıklar

Örneklem seçimi, sadece çalışmaya katılmaya gönüllü olma esasına dayanıyordu. Tip 1 DM tanılı çocukların ailelerinde daha fazla olmak üzere her iki örneklemde de çalışmaya katılmayı reddeden aileler vardı. Çalışmaya katılan aileler belki de zaten psikiyatrik yardıma ihtiyaç duyan ailerdi.

Kullandığımız kontrol grubu tipik gelişim gösteren ancak kronik bir hastalığı olan çocukların kardeşleriydi. Bu nedenle bu grupta, psikiyatrik tanılar ve duygusal-davranışsal problem düzeylerinde her hangi bir hastalığı olmayan çocukların kardeşlerine göre artış beklenmekteydi. Dahası hastalığın ağır yükünün GOF' ye katkıda bulunabileceği varsayıldığında, 2. bir kontrol grubu olarak tipik gelişim gösteren ve kronik bir hastalığı olmayan sağlıklı çocukların kardeşlerinin dâhil edilmesi, kronik hastalığı olan çocukların kardeşlerinde artan psikiyatrik hastalık, duygusal davranışsal sorunlar ve sosyal karşılıklılık problemleri düzeylerinin değerlendirilmesinde daha açıklayıcı olacaktır.

Gelişim basamaklarıyla ilgili bilgiler hatırlama yanlılığına neden olabilecek geriye dönük sorgulama yoluyla elde edildiğinden, takibe bebeklik döneminden itibaren başlanılan ve gözleme dayalı çalışmalar, KARD-YGB' lerin gelişimleri hakkında bizlere daha optimal bilgi sağlayacaktır.

Katılımcıların zekâ düzeyleri, WISC-R gibi standardize araçlar ile değerlendirilmemiştir ve okul başarısı ile ilgili bilgi sadece ebeveyn ve çocuktan elde edilmiştir. Bu olguların WISC-R incelemelerinin yapılması kognitif kapasitelerinin değerlendirilmesinde daha faydalı olacaktır.

7. KAYNAKLAR

- Akçakın M, Erden G. Otizm tanısı konmuş çocukların anne ve babalarındaki ruhsal belirtiler. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi. 2001;8(1):2-10
- Asperger H. Autistic personality disorders in childhood. Archive für Pschiatric und Nervenkrankheiten. 1944; 117:76-136.
- August GJ, Stewart MA ve Tsai L. The incidence of cognitive disabilities in the siblings of autistic children. British Journal of Psychiatry. 1981; 13: 416–422.
- Bailey A, Phillips W, Rutter M. Autism: Towards an integration of clinical, genetic, neuropsychological and neurobiological perspectives. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 1996;37(1): 89-126
- Akçakın M, Erden G. Otizm tanısı konmuş çocukların anne ve babalarındaki ruhsal belirtiler. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi. 2001;8(1):2-10
- Bailey A, Palferman S, Heavey L ve ark. Autism: The phenotype in relatives. J Autism Dev Disord. 1998; 28(5): 369-392.
- Bagenholm A ve Gillberg C. Psychosocial effects on siblings of children with autism and mental retardation: A population-based study. Journal of Mental Deficiency. 1991; 35: 291–307.
- Baranek G. Autism during infancy: A retrospective video analysis of sensory-motor and social behaviors at 9–12 months of age. Journal of Autism and Developmental Disorders. 1999;29: 213–224.
- Biederman J, Monuteaux M, Kendrick E, Klein K, Faraone S. The CBCI as a screen for psychiatric comorbidity in pediatric patients with ADHD. Arch Dis Child. 2005; 90(10):1010-1015
- Blacher J, Nihira K, Meyers CE. Characteristics of home environment of families with mentally retarded children: comparison across levels of retardation. Am J Ment Defic. 1987; 91: 313-20.
- Brent DA ve Weersing VR. Depresif disorders in Mood disorders. In Lewis Child and Adolescent Pschiatry. 4.edition. Martn A an Volkmar FR (edits).2007.Lippincott Williams and Volkmar,London.
- Bryson SE. Epidemiology of autism: Overview and issues outstanding. Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders, 2. baskı, DJ Cohen, FR Volkmar (Ed), John Wiley ve Sons, 1997; s.41-46.
- Bolte S, Susan Knecht S ve Poustka F. A Case–Control Study of Personality Style and Psychopathology in Parents of Subjects with Autism. J Autism Dev Disord. 2007; 37:243–250
- Boyd BA. Examining the Relationship BetWeen Stress and Lack of Social Support in Mothers of Children With Autism. Focus on Autism and Other Developmental Disabilities. 2002; 17(4), 208-215

- Boutin P, Maziade M, Merette C, Mondor M, Be'tard C ve Thivierge M. Family history of cognitive disabilities in first-degree relatives of autistic and mentally retarded children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 1997; 27: 165–176.
- Carver CS, Scheier MF ve Weintraub JK 'Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1989; 56: 267–83
- Cassel TD, Messinger DS, Ibanez LV, Haltigan JD, Acosta SI, Buchman AC Early Social and Emotional Communication in the Infant Siblings of Children with Autism Spectrum Disorders: An Examination of the Broad Phenotype *J Autism Dev Disord*. 2007; 37:122–132
- Chakrabarti S ve Fombonne E. Pervasive developmental disorders in preschool children: confirmation of high prevalence. *Am. J. Psychiatry*. 2005;162:1133–1141.
- Constantino JN, Przybeck T, Friesen D, Todd RD. Reciprocal social behavior in children with and with out pervasive developmental disorders. *J Dev Behav Pediatr* 2000a; 21:2-11
- Constantino JN ve Todd RD. Genetic structure of reciprocal social behavior. *American J of Psychiatry* 2000b; 157: 12; health module
- Constantino J ve Todd RD. Autistic traits in the general population: A twin study. *Archives of General Psychiatry*. 2003; 60: 5824–5530.
- Constantino J, Lajonchere C, Lutz M, Gray T, Abbacchi A, McKenna K ve ark. Autistic social impairment in the siblings of children with pervasive developmental disorders. *The American Journal of Psychiatry*. 2006; 163: 294–296.
- Cook EH. Genetics of autism. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2001; 10:333-350
- Courchesne E, Redcay E, Kennedy DP. The autistic brain: Birth through adulthood. *Current Opinion in Neurology*. 2004; 17(4):489–496.
- Daniels JL, Forssen U, Hultman CM, Cnattingius S, Savitz DA, ve ark. Parental Psychiatric Disorders Associated With Autism Spectrum Disorders in the Offspring. *Pediatrics*. 2008;121;1357-1362.
- Dekker MC ve Koot HM. DSM-IV disorders in children with borderline to moderate intellectual disability I: Prevalence and impact. *Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry*. 2003;42; 915–922.
- Dumas JE, Wolf LC, Fisman SN ve Culligan A. 'Parenting Stress, Child Behavior Problems and Dysphoria in Parents of Children with Autism, Down Syndrome. *Behavior Disorders and Normal Development*', *Exceptionality*. 1991; 2: 97–110.
- Dunn ME, Burbine T, Bower CA ve Tantleff-Dunn S. 'Moderators of Stress in Parents of Children with Autism', *Community Mental Health Journal*. 2001; 37: 39–52.
- Firat S, Somer RD, Avci A ve Seydaoglu G. Comparison of Psychopathology in the Mothers of Autistic and Mentally Retarded Children *J Korean Med Sci* 2002; 17: 679-85
- Folkman S ve Lazarus RS. An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*. 1980;21: 219-239.

- Fombonne E. Epidemiological studies of pervasive developmental disorders, In: Handbook of autism and pervasive developmental disorders, vol. 1. Volkmar FR, Klin A, Paul R, Cohen DJ (eds): Hoboken, Wiley. 2005; 42–69.
- Folstein SE ve Rosen-Sheidley B. Genetics of autism: complex aetiology for a heterogeneous disorder. *Nat. Rev. Genet.* 2001; 2: 943–955.
- Gamliel I, Yirmiya N, Sigman M. The Development of Young Siblings of Children with Autism from 4 to 54 Months. *J Autism Dev Disord.* 2007; 37:171–183
- Ghaziuddin M, Tsai L ve Ghaziuddin N. Comorbidity of autistic disorder in children and adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry.* 1992;1: 209–213.
- Ghaziuddin M ve Greden J. Depression in children with autism/PDD: a case control family history study. *Journal of autism developmental and disorders.* 1998; 28:111-115.
- Gillberg C, Gillberg IC ve Steffenburg S. Siblings and parents of children with autism: A controlled population- based study. *Developmental Medicine and Child Neurology.* 1992; 34: 389–398
- Glasberg BA. The development of siblings' understanding of autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders.* 2000; 30(2):143–156.
- Goldberg AW, Jarvis KL, Osann K, Laulhere TM, Straub C ve ark. Brief Report: Early Social Communication Behaviors in the Younger Siblings of Children with Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders.* October 2005;35(5):657-664
- Gray DE. Coping with autism: stresses and strategies. *Sociology of Health & Illness.* 1994; 16(3): 0141-9889
- Gray DE. Autism and the family: Problems, prospects and coping with the disorder. Springfield, Illinois: Charles C. Thomas, Publisher. 1998
- Gray DE. 'Ten Years On: A Longitudinal Study of Families of Children with Autism', *Journal of Intellectual and Developmental Disability.* 2002; 27: 215–22.
- Gold N. Depression and social adjustment in siblings of boys with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders.* 1993; 23: 147–163
- Hastings RP ve Johnson E. 'Stress in UK Families Conducting Intensive Home-Based Behavioral Intervention for Their Young Child with Autism'. *Journal of Autism and Developmental Disorders.* 2001; 31: 327–36.
- Hastings RP ve Taunt HM. 'Positive Perceptions in Families of Children with Developmental Disabilities', *American Journal on Mental Retardation.* 2002; 107: 116–27.
- Hastings RP. 'Child Behaviour Problems and Partner Mental Health as Correlates of Stress in Mothers and Fathers of Children with Autism', *Journal of Intellectual Disability Research.* 2003; 47: 231–7.
- Hastings RP, Kovshoff H, Brown T, Ward NJ, Espinosa FD Remington B (2005) Coping strategies in mothers and fathers of preschool and school-age children with autism *The National Autistic Society Vol 9(4) 377–391*
- Hauck JA ve Dewey D. Hand preference and motor functioning in children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders.* 2001;31: 265–277.

- Heler T, Hsieh K ve Rowitz L. 'Maternal and Paternal Caregiving of Persons with Mental Retardation across the Lifespan', *Family Relations*. 1997; 46: 407–15.
- Hollander E, King A, Delaney K, Smith CJ, Silverman JM. Obsessive–compulsive behaviors in parents of multiplex autism Families *Psychiatry Research*. 2003; 117: 11–16
- Hughes C, Plumet MH ve Leboyer M. Towards a cognitive phenotype for autism: Increased prevalence of executive dysfunction and superior spatial span amongst siblings of children with autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, (1999). 40, 705–718.
- Iverson JM ve Thelen E. Hand, mouth, and brain: The dynamic emergence of speech and gesture. *Journal of Consciousness Studies*. 1999; 6: 19–40.
- Iverson JM, Wozniak RH. Variation in Vocal-Motor Development in Infant Siblings of Children with Autism *J Autism Dev Disord*. 2007; 37:158–170
- Kaminsky L ve Dewey D. Psychosocial adjustment in siblings of children with autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2002; 43(2): 225–232.
- Karabekiroğlu K, Akbaş S. Kafa çevresi farkı otizmde neden ve ne zaman başlıyor? *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2008; 9(1):31-38
- Karakavak G, Çırak Y. Kronik hastalıklı çocuğu olan annelerin yaşadığı duygular. *Eğitim Fakültesi Dergisi Cilt. Güz 2006; 7(12):95-112*
- Klin A, Jones W, Schultz R, Volkmar F, Cohen D: Defining and quantifying the social phenotype in autism. *American Journal of Psychiatry*. 2002; 159(6):895–908.
- Konstantareas M ve Homatidis S. Assesing child symptom severity and stres in parents of autistic children. *Journal of child psychology and psychiatry and allied disiplines*. 1989;30:459-470.
- Kothick BA, Forehand R, Armistead L, Klein K ve Wierson M. Coping with illness: interrelationships across family members and predictors of psychological adjustment. *Journal of family psychology*. 1996; 10(3): 358.
- Kroeker R. Rhythmic behaviors in typically developing infants, and infants with later diagnosed autism or developmental delay. Unpublished doctoral dissertation. Department of Psychology, University of Washington. 2000.
- Lazarus RS ve Folkmar S. *Stress, Appraisal and Coping*. (1984) New York: Springer.
- Leyfer OT, Folstein SE, Bacalman S, Davis NO, Dinh E ve ark. Comorbid Psychiatric disorderse in children with Autism: interview development and rates of disorders. *Journal of autism developmental and disorders*. 2006; 36:849-861
- Macks RJ ve Reeve RE. The Adjustment of Non-Disabled Siblings of Children with Autism *J Autism Dev Disord*. 2007; 37:1060–1067.
- Mates TE. Siblings of autistic children: Their adjustment and performance at home and in school. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 1990; 20(4): 545–553.
- Micali N, Chakrabarti S, Fombonne E ve ark. The Broad Autism phenotype findings from an epidemiological survey. *Autism*, 2004; 8(1): 21-37.

- Minshew NJ, Sweeney JA, Bauman ML, Webb SJ: Neurologic aspects of autism, in Handbook of autism and pervasive developmental disorders, vol. 1. Volkmar FR, Klin A, Paul R, Cohen DJ. (eds): Hoboken, Wiley. 2005; pp. 453–72.
- Mugno D, Ruta L, D'Arrigo VG ve Mazzone L. Impairment of quality of life in parents of children and adolescents with pervasive developmental disorder. *Health and Quality of Life Outcomes* 2007, 5(22):1-9
- Narayan S, Moyes B ve Wolff S. Family characteristics of autistic children: A further report. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 1990; 20: 523–535.
- Mouridsen SE, Rich B, Isager T, Nedergaard NJ: Psychiatric disorders in the parents of individuals with infantile autism: a case-control study. *Psychopathology*. Feb 22-2007; 40(3):166-171.
- Quine L ve Pahl J. First diagnosis of severe handicap: a study of parental reactions. *Dev Med Child Neurol*. 1987; 29: 232-42
- Ozonoff S, Rogers SJ, Farnham JM ve Pennington BF. Can standard measures identify subclinical markers of autism? *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 1993;23: 429–441.
- Ozonoff S, Rogers S ve Sigman M. Infants at risk of autism: A longitudinal study. Atlanta, GA: Paper presented at the biennial meeting of the Society for Research in Child Development. 2005.
- Patterson JM Chronic illness in children and the impact on families. In Chilman CS, Nunnally EW ve Cox FM (Eds.), *Chronic illness and disability: Families in trouble series* (vol 2; pp. 69–107). 1988; Newbury Park, CA:Sage.
- Pehlivan Türk B, Bakkaloğlu B, Ünal F. Otistik bozukluk etiyolojisi: genetik etkenler. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 2003;10:88-96.
- Pickles A, Starr E, Kazak S, Bolton P, Papanikolaou K, Bailey A, Goodman R, Rutter M. Variable expression of the autism broader phenotype: findings from extended pedigrees. *J Child Psychol Psychiatry*. 2000; 41:491–502
- Pilowsky T, Yirmiya N, Shalev RS, Gross-Tsur V. Language abilities of siblings of children with autism *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2003; 44(6): 914–925
- Pilowsky T, Yirmiya N, Doppelt O, Gross-Tsur V, Shalev RS. Social and emotional adjustment of siblings of children with autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2004;45(4):855–865
- Pilowsky T, Yirmiya N, Gross-Tsur V, Shalev RS. Neuropsychological Functioning of Siblings of Children with Autism, Siblings of Children with Developmental language Delay, and Siblings of Children with Mental Retardation of Unknown Genetic Etiology. *J Autism Dev Disord*. 2007; 37:537–552
- Piven J, Landa R, Gayle J, Cloud D, Chase G, Folstein S. Psychiatric disorders in the parents of autistic individuals. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991; 30:471–478
- Piven J ve Palmer P. Psychiatric disorder and the broad autism phenotype: Evidence from a family study of multiple-incidence autism families. *Am J Psychiatry*. 1999;156:557–563.

- Powell TH ve Gallagher PA. Brothers and Sisters: a Special Part of Exceptional Families, 2nd edn. Paul H. Brookes Publishing Company, 1993, Baltimore, New York.
- Randall P ve Parker J. Supporting the families of children with autism. 1999; New York, NY: John Wiley & Sons.
- Ritvo ER, Freeman BJ, Pingree C, Mason-Brothers A ve ark.. The UCLA-university of Utah epidemiologic Survey of autism:prevelence. The American J Psychiatry. 1989; 146: 194-199
- Rodrigue JR, Morgan SB ve Geffken GR. Psychosocial adaptation of fathers of children with autism, down syndrome, and normal development. Journal of Autism and Developmental Disorders, 1992; 22: 249–264.
- Rodrigue JR, Geffken GR ve Morgan SB. Perceived competence and behavioral adjustment of siblings of children with autism. Journal of Autism and Developmental Disorders. 1993; 23(4): 665–674.
- Roeyers H, Keymeulen H, Buysse A. Differentiating attention deficit/hyperactivity disorder from pervasive developmental disorder not otherwise specified. J Learn Disabil. 1998; 31:565-571.
- Ross P ve Cuskelly M. Adjustment, sibling problems and coping strategies of brothers and sisters of children with autistic spectrum disorder Journal of Intellectual & Developmental Disability. June 2006; 31(2): 77–86
- Rutter M. Infantile Autism and other pervasive developmental disorders. In Rutter M, Hersow L (eds). Child and adolescent Psychiatry: Modern Approaches. Oxford: Blackwell science Ltd. 1985;545-564.
- Rutter M. Genetik influences and autism, in Handbook of autism and Pervasive developmental disorders, vol.1. Volkmar FR, Klin A, Paul R, Cohen DJ, (eds): Hoboken, Wiley; 2005:312-334.
- Sanders JL ve Morgan SB. 'Family Stress and Adjustment as Perceived by Parents of Children with Autism or Down Syndrome: Implications for Intervention', Child and Family Behavior Therapy 1997; 19: 15–32.
- Schultz RT, Gauthier I, Klin A, Fulbright RK, Anderson AW, Volkmar F. Abnormal ventral temporal cortical activity during face discrimination among individuals with autism and Asperger syndrome. Archives of General Psychiatry. 2000; 57(4):331–40.
- Schultz RT ve Robbins DL: Functional neuroimaging studies of autism: Spectrum disorders, in Handbook of autism and pervasive developmental disorders, vol. 1. Volkmar FR, Klin A, Paul R, Cohen DJ (eds): Hoboken, Wiley. 2005, pp. 515–33.
- Scourfield J, Rice F, Thapar A, Harold GT, Martin N, McGuffin P: Depressive symptoms in children and adolescents: Changing aetiological influences with development. J Child Psychol Psychiatry. 2003;44:968–976
- Seligman M. Handicapped children and their families. J Couns Dev 1985; 64: 274-7.

- Sharpe D ve Rossiter L. Siblings of children with a chronic illness: A meta-analysis. *Journal of Pediatric Psychology*. 2002; 27(8): 699–710.
- Smalley SL, McCracken K ve Tanguay P. Autism, affective disorders, and social phobia. *American Journal of Medical Genetics*. 1995; 60: 19–26.
- Smalley SL, Kustanovich V, Minassian SL ve ark. Genetic linkage of attention-deficit/hyperactivity disorder on chromosome 16p13, in a region implicated in autism. *Am J Hum Genet*. 2002; 71: 959-963.
- Smith ME. Protective shield: A thematic analysis of the experience of having an adult sibling with insulin-dependent diabetes mellitus. *Issues in Mental Health Nursing*. 1998; 19:317–335.
- Stocker CM. Children's perceptions of relationships with siblings, friends, and mothers: Compensatory processes and links with adjustment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1994; 35: 1447–1459.
- Steiner H. Chronic Illness and Physical Disabilities. *Handbook of Child and Adolescent Psychiatry içinde* (Ed. Norman E. Alessi), 4. cilt. John Wiley & Sons, Inc. Canada, 1997; 251-273
- Szatmari, P., Jones, M. B., Tuff, L., Bartolucci, G., Fisman, S., & Mahoney, W. (1993). Lack of cognitive impairment in firstdegree relatives of children with pervasive developmental disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 1264–1273.
- Tarakeshwar N ve Pargament KI. 'Religious Coping in Families of Children with Autism', *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*. 2001; 16: 247–60.
- Teitelbaum P, Teitelbaum O, Nye J, Fryman J ve Maurer RG. Movement analysis in infancy may be useful for early diagnosis of autism. *Proceedings of the National Academy of Science*. 1998;95: 13982–13987.
- Toros F. Zihinsel ve/veya bedensel engelli çocukların annelerinin anksiyete, depresyon, evlilik uyumunun ve çocuğu algılama şeklinin değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi* 2002; 3(2):45-52
- Toth K, Dawson G, Meltzoff A N, Greenson J ve Fein D. Early Social, Imitation, Play, and Language Abilities of Young Non-Autistic Siblings of Children with Autism *J Autism Dev Disord*. 2007; 37:145–157
- Trevathan E, Shinnar S. Epidemiology of Autism, in Tuchman R,Rapin I (eds), *Autism: A neurological disorder of early brain development*. Mac Keith Press, London, 2006, pp.19-37.
- Veenstra-Vanderweele J ve Cook EHJ. Genetics of childhood disorders: XLVI. autism, part 5: Genetics of autism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2003; 42: 116–118.
- Vernazza-Martin S, Martin N, Vernazza A, Lepellec-Muller ve ark. Goal directed locomotion and balance control in autistic children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2005;35: 91–102.

- Vessey JA ve Mebane DJ. Chronic conditions and child development. In P. L. Jackson ve J. A. Vessey (Eds.), *Primary care of the child with a chronic condition* (3rd ed., pp. 20–49). 2000; St. Louis: Mosby.
- Volkmar F.R, Lord C, Klin A, Schultz R ve Cook E. H. Autism and the pervasive developmental Disorders. In Ed Martin A & Volkmar F. R. *Lewis Child and Adolescent Psychiatry* 4. edition. 2007; Lippincott Williams & Wilkins
- Wasserman AL. Principles of psychiatric care of children and adolescents with medical illnesses, in *psychiatric disorders in children and adolescents*.1990; 342-412
- Willemsen-Swinkels SHN ve Buitelaar JK. The autistic spectrum:subgrups, boundries and treatment. *Psychiatr Clin N Am*. 2002; 25:811-836.
- Williams, P. Siblings and pediatric chronic illness: Review of the literature. *Int. J. Nurs. Stud*. 1997;34: 312–323.
- Williams PD, Williams AR, Graff JC, Hanson S, Stanton A, Hafeman C, Liebergen A, Leuenberg K, Seter RK, Ridder L ve ark. interrelationships among variables affecting well siblings and mothers ,n families of children with chronic illness or disability. *Journal of behavioral medicine*. 2002; 25(5): 411
- Yirmiya N, Shaked M. Psychiatric disorders in parents of children with autism: a meta-analysis. *J Child Psychol Psychiatry*. 2005, 46(1):69-83.
- Yirmiya N, Shaked M ve Erel O. Comparison of siblings of individuals with autism and siblings of individuals with other diagnoses: An empirical summary. In: E. Schopler, N. Yirmiya, C. Shulman, & L. Marcus (Eds.), *The research basis for autism intervention*. (pp. 59-73). 2001; New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Yirmiya N, Gamliel I, Pilowsky T, Feldman R, Baron-Cohen S ve Sigman M. The development of siblings of children with autism at 4 and 14 months: Social engagement, communication, and cognition. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2006; 47: 511–523.
- Zwaigenbaum L. Preliminary results, from a prospective study by the High-Risk Baby Siblings Research Consortium; Annual International Meeting for Autism Research: Oral Presentation 151.2. May 2008; 15-17.
- Zwaigenbaum L, Bryson S, Rogers T, Roberts W, Brian J ve Szatmari P. Behavioral manifestations of autism in the first year of life. *International Journal of Developmental Neuroscience*. 2005;23:143–152.

Ek 1: SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Anne ile ilgili:

Adı:

Yaşı:

Mesleği:

EĞİTİM DURUMU: 1. Okur-yazar değil

2. Okula gitmemiş ama okur-yazar

3. İlk Okul mezunu

4. Ortaokul mezunu

5. Lise

6. Yüksek okul veya Üniversite

Baba ile ilgili:

Adı:

Yaşı:

Mesleği:

EĞİTİM DURUMU: 1- Okur yazar değil

2. Okula gitmemiş- okur yazar

3. İlk Okul mezunu

4. Ortaokul mezunu

5. Lise

6. Yüksek okul veya Üniversite

Çalışma durumu

1- Çalışıyor

2. hiç çalışmamış

3. çocuğunun tanı almasından sonra işi bırakmış

4. çocuğunun tanı almasından önce işi bırakmış

1. Çalışıyor

OTURDUKLARI SEMT:

Ulaşabileceğimiz telefon numarası:

Ailedeki toplam çocuk sayısı:

Buradan takip edilmekte olan çocuğunuzun:

Cinsiyeti : 1- Kız

2- Erkek

Yaşı:

Kaçıncı çocuk:

ŞU ANDA MUAYENESİ OLAN ÇOCUĞUNUZLA İLGİLİ BÖLÜM:

Cinsiyeti: 1- Kız

2- Erkek

Doğum tarihi:

Yaşı:

Kaçıncı çocuk:

Daha önce psikiyatrik başvuru:

1- var

2- yok

Başvurduysanız: Almış olduğu Psikiyatrik tanı:

Almış olduğu Tedavi:

Gelişim basamakları (ay olarak):

İlk kelimeler:

İlk cümle:

Yürüme:

Tuvalet eğitimi:

Yuva eğitimi: 1- aldı

2- almadı

Okul başarısı: O-Y ne zaman

Sınıf tekrarı: 1-var

2- yok

Medikal hastalık (sık ÜSYE, alerji dahil):

A-B akrabalık durumu:

Psikiyatrik aile öyküsü: Varsa kimde olduğu

- Geç konuşma
- İntihar girişimi
- DD bozukluğu
- OKB
- Anksiyete Bzk (YAB, Panik Bzk/Atak, SAB)
- Otistik Bzk
- Psikotik Bzk
- DEHB
- Tik Bzk
- Diğer:

Hasta çocuk ile ilgili:

Doğum tarihi:

Tanı kaç yaşında konuldu:

Varsa zeka testi/gelişim testi sonucu:

Özel eğitim alıyor mu: Evet: Devlet
Evet: Devlet + ek özel destek
Hayır

Kaç aylıkken başladı:

Dil gelişimi: 1- verbal 2- nonverbal
Hiperaktivite: 1-Var 2- Yok
Uyku sorunu: 1- Var 2- Yok
Agresyon 1- Var 2- Yok
Self mutilasyon/harm 1- Var 2- Yok
Klinik şiddet: (CARS puanı)
Aldığı ilaçlar:

ANNE ile ilgili:

Şimdiye kadar psikiyatrik başvuru varlığı veya ihtiyacı:
Varsa:
Çocuğunun tanısından önce/sonra/her ikisi
Aldığı psikiyatrik tanı:
Aldığı tedavi: 0- Yok 1- Var (adı)

Ek 2. Çocuklar için Depresyon Ölçeği

Adı Soyadı:

Tarih:

Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatle okuyunuz. Her grup için, bugün dahil son iki hafta içinde size en uygun olan cümlenin yanındaki numarayı daire içine alınız. Teşekkürler

- A) 1- Kendimi arada sırada üzgün hissedirim.
2- Kendimi sık sık üzgün hissedirim.
3- Kendimi her zaman üzgün hissedirim.
- B) 1- İşlerim hiçbir zaman yolunda gitmeyecek.
2- İşlerim yolunda gidip gitmeyeceğinden emin değilim.
3- İşlerim yolunda gidecek.
- C) 1- İşlerimin çoğunu doğru yaparım.
2- İşlerimin birçoğunu yanlış yaparım.
3- Her şeyi yanlış yaparım.
- D) 1- Birçok şeyden hoşlanırım.
2- Bazı şeylerden hoşlanırım.
3- Hiçbir şeyden hoşlanmam.
- E) 1- Her zaman kötü bir çocuğum.
2- Çoğu zaman kötü bir çocuğum.
3- Arada sırada kötü bir çocuğum.
- F) 1- Arada sırada başıma kötü birşeylerin geleceğini düşünüyorum.
2- Sık sık başıma kötü birşeylerin geleceğinden endişelenirim.
3- Başıma kötü şeyler geleceğinden eminim.
- G) 1- Kendimden nefret ederim.
2- Kendimi beğenmem.
3- Kendimi beğenirim.
- H) 1- Bütün kötü şeyler benim hatam.
2- Kötü şeylerin bazıları benim hatam.
3- Kötü şeyler genellikle benim hatam değil.
- I) 1- Kendimi öldürmeyi düşünmem.
2- Kendimi öldürmeyi düşünürüm ama yapmam.
3- Kendimi öldürmeyi düşünüyorum.
- İ) 1- Hergün içimden ağlamak gelir.
2- Birçok günler içimden ağlamak gelir.
3- Arada sırada içimden ağlamak gelir.
- J) 1- Herşey her zaman beni sıkır.
2- Herşey sık sık beni sıkır.
3- Herşey arada sırada beni sıkır.
- K) 1- İnsanlarla beraber olmaktan hoşlanırım.
2- Çoğu zaman insanlarla beraber olmaktan hoşlanmam.
3- Hiçbir zaman insanlarla beraber olmaktan hoşlanmam.
- L) 1- Herhangi bir şey hakkında karar veremem.
2- Herhangi bir şey hakkında karar vermek zor gelir.

- 3- Herhangi bir şey hakkında kolayca karar veririm.
- M) 1- Güzel / yakışıklı sayılırım.
2- Güzel / yakışıklı olmayan yanlarım var.
3- Çirkinim.
- N) 1- Okul ödevlerimi yapmak için her zaman kendimi zorlarım.
2- Okul ödevlerimi yapmak için çoğu zaman kendimi zorlarım.
3- Okul ödevlerimi yapmak sorun değil.
- O) 1- Her gece uyumakta zorluk çekerim.
2- Birçok gece uyumakta zorluk çekerim.
3- Oldukça iyi uyurum.
- Ö) 1- Arada sırada kendimi yorgun hissederim.
2- Birçok gün kendimi yorgun hissederim.
3- Her zaman kendimi yorgun hissederim.
- P) 1-Hemen hergün canım yemek yemek istemez.
2- Çoğu gün canım yemek yemek istemez.
3- Oldukça iyi yemek yerim.
- R) 1- Ağrı ve sızılardan endişe etmem.
2- Çoğu zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.
3- Her zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.
- S) 1- Kendimi yalnız hissetmem.
2- Çoğu zaman kendimi yalnız hissederim.
3- Her zaman kendimi yalnız hissederim.
- Ş) 1- Okuldan hiç hoşlanmam
2- Arada sırada okuldan hoşlanırım.
3- Çoğu zaman okuldan hoşlanırım.
- T) 1- Birçok arkadaşım var.
2- Birçok arkadaşım var ama daha fazla olmasını isterdim.
3- Hiç arkadaşım yok.
- U) 1- Okul başarımlarım iyi.
2- Okul başarımlarım eskisi kadar iyi değil.
3- Eskiden iyi olduğum derslerde çok başarısızım.
- Ü) 1- Hiçbir zaman diğer çocuklar kadar iyi olamıyorum.
2- Eğer istersem diğer çocuklar kadar iyi olurum.
3- Diğer çocuklar kadar iyiyim.
- V) 1- Kimse beni sevmez.
2- Beni seven insanların olup olmadığından emin değilim.
3- Beni seven insanların olduğundan eminim.
- Y) 1- Bana söyleneni genellikle yaparım.
2- Bana söyleneni çoğu zaman yaparım.
3- Bana söyleneni hiçbir zaman yapmam.
- Z) 1- İnsanlarla iyi geçinirim.
2- İnsanlarla sık sık kavga ederim.
3- İnsanlarla her zaman kavga ederim.

Ek 3. ÇAPA ÇOCUK ve ERGENLER İÇİN SOSYAL FOBİ ÖLÇEĞİ

Aşağıda bazı cümleler ve yanlarında da bazı seçenekler verilmiştir. Her cümleyi okuduktan sonra, son bir ayı düşünerek bu cümle için size en uygun gelen seçeneği işaretleyin. Cümlelerin size uygunluğuna göre o cümleye 1-5 arasında bir puan verin. Cümledeki ifade size hiç uymuyorsa 1, çok az uyuyorsa 2, bazen uyuyorsa 3, çoğu zaman uyuyorsa 4, daima uyuyorsa 5' i işaretleyin.

1= Hiçbir zaman 2= Çok az 3= Bazen 4= Çoğu zaman 5= Daima

	1	2	3	4	5
1. Tanımadığım kişilerle konuşmaktan çekinirim.					
2. Başkalarıyla konuşurken yüzüm kızarır.					
3. Başkalarının önünde yanlış bir şey yapacağım diye korkarım.					
4. İnsanlarla göz göze gelmekten çekinirim.					
5. Yazılı sınavlarda heyecanlanır ve sıkılırım.					
6. Sınıf arkadaşlarımla konuşmaktan çekinirim.					
7. Sınıfta tahtaya kalkmaktan rahatsız olurum.					
8. Bildiğim sorulara bile cevap vermekten kaçınırım.					
9. Başkalarının önünde yanlış bir şey söyleyeceğim diye korkarım.					
10. Başkalarıyla konuşurken kalbim hızlı çarpar.					
11. Öğretmenlerle konuşurken onlara soru sormaktan çekinirim.					
12. Başkalarının önünde yazı yazmak bana zor gelir.					
13. Başkalarıyla konuşurken sesim titrer.					
14. Bir şey satın almak, satıcıdan bir şey istemek bana zor gelir.					
15. Sınav sonuçları açıklanırken çok heyecanlanırım.					
16. Derse geç kaldığımda sınıfa girmek bana zor gelir.					
17. Yoklamalarda sıra bana gelirken heyecanlanırım.					
18. Beden eğitimi derslerinde ya da spor yaparken izlenmekten rahatsız olurum.					
19. Sınıfta yüksek sesle bir şey okumaktan rahatsız olurum.					
20. Okul tuvaletlerine gitmekten rahatsız olurum.					
21. Yaşıtlarımın konuşmalarına katılmaktan çekinirim.					
22. Başkalarının bana takılmasından, şaka yapmasından rahatsız olurum.					
23. Başkalarının önünde kötü duruma düşüneceğim diye korkarım.					
24. Başkalarının önünde bir şey yemekten ya da içmekten rahatsız olurum.					
25. Çevremdekiler sıkıntılı ya da sinirli olduğumu düşünecekler diye endişelenirim.					

Ek 4. KENDİM HAKKINDA DÜŞÜNCELERİM

Aşağıda 80 cümle var. Bunlardan sizi tanımlayanları EVET, tanımlamayanları ise HAYIR ile cevaplandırın. Bazı cümlelerde karar vermek zor olabilir. Yine de lütfen bütün cümleleri cevaplayın. Aynı cümleyi hem evet, hem hayır şeklinde işaretlemeyin. Unutmayın, cümledeki ifade genellikle sizi anlatıyorsa evet, genellikle sizi anlatmıyorsa hayır olarak işaretleyeceksiniz. Cümlelerin size uygun olup olmadığını en iyi siz kendiniz bilebilirsiniz. Bunun için kendinizi gerçekten nasıl görüyorsanız aynen öyle cevaplandırın. TEŞEKKÜRLER.

- | | | |
|---|---|--|
| E | H | 1- İyi resim çizerim |
| E | H | 2- Okul ödevlerimi bitirmem uzun sürer. |
| E | H | 3- Ellerimi kullanmada becerikliyimdir. |
| E | H | 4- Okulda başarılı bir öğrenciyim. |
| E | H | 5- Aile içinde önemli bir yerim vardır. |
| E | H | 6- Sınıf arkadaşlarım benimle alay ediyorlar. |
| E | H | 7- Mutluyum. |
| E | H | 8- Çoğunlukla neşesizim. |
| E | H | 9- Akıllıyım. |
| E | H | 10- Öğretmenler derse kaldırıncaya heyecanlanırım. |
| E | H | 11- Dış (fiziki) görünüşüm beni rahatsız ediyor. |
| E | H | 12- Genellikle çekingenim. |
| E | H | 13- Arkadaş edinmekte güçlük çekiyorum. |
| E | H | 14- Büyüdüğümde önemli bir kimse olacağım. |
| E | H | 15- Aileme sorun yaratırım. |
| E | H | 16- Kuvvetli sayılırım. |
| E | H | 17- Sınavlardan önce heyecanlanırım. |
| E | H | 18- Okulda terbiyeli, uyumlu davranırım. |
| E | H | 19- Herkes tarafından pek sevilen biri değilim. |
| E | H | 20- Parlak, güzel fikirlerim vardır. |
| E | H | 21- Genellikle kendi dediklerimin olmasını isterim. |
| E | H | 22- İstedğim bir şeyden kolayca vazgeçerim. |
| E | H | 23- Müzikte iyiyim. |
| E | H | 24- Hep kötü şeyler yaparım. |
| E | H | 25- Evde çoğu zaman huysuzluk ederim. |
| E | H | 26- Sınıfta arkadaşlarım beni sayarlar. |
| E | H | 27- Sinirli biriyim. |
| E | H | 28- Gözlerim güzeldir. |
| E | H | 29- Derse kalktığımda bildiklerimi sıkılmadan anlatırım. |
| E | H | 30- Derslerde sık sık hayal kurarım. |
| E | H | 31- (Kardeşiniz varsa) Kardeş(ler)ime sataşırım. |
| E | H | 32- Arkadaşlarım fikirlerimi beğenir. |
| E | H | 33- Başım sık sık belaya girer. |
| E | H | 34- Evde büyüklerimin sözünü dinlerim. |
| E | H | 35- Sık sık üzülür, meraklanırım. |
| E | H | 36- Ailem benden çok şey bekliyor. |
| E | H | 37- Halimden memnunum. |
| E | H | 38- Evde ve okulda pek çok şeyin dışında bırakıldığım hissine kapılırım. |
| E | H | 39- Saçlarım güzeldir. |
| E | H | 40- Çoğu zaman okul faaliyetlerine gönüllü olarak katılırım. |
| E | H | 41- Şimdiki halimden başka olmayı isterdim. |
| E | H | 42- Geceleri rahat uyurum. |

E	H	43- Okuldan hiç hoşlanmıyorum.
E	H	44- Arkadaşlar arasında oyunlara katılmak için bir seçim yapılırken, en son seçilenlerden biriyim.
E	H	45- Sık sık hasta olurum.
E	H	46- Başkalarına karşı iyi davranmam.
E	H	47- Okul arkadaşlarım güzel fikirlerimin olduğunu söylerler.
E	H	48- Mutsuzum.
E	H	49- Çok arkadaşım var.
E	H	50- Neşeliyim.
E	H	51- Pek çok şeye aklım ermez.
E	H	52- Yakışıklıyım/güzelim.
E	H	53- Hayat dolu bir insanım
E	H	54- Sık sık kavgaya karışırim.
E	H	55- Erkek arkadaşlarım arasında sevilirim.
E	H	56- Arkadaşlarım bana sık sık sataşırlar.
E	H	57- Ailemi düş kırıklığına uğrattım.
E	H	58- Hoş bir yüzüm var.
E	H	59- Evde hep benle uğraşırlar.
E	H	60- Oyunlarda ve sporlarda başı hep ben çekerim.
E	H	61- Ne zaman bir şey yapmaya kalksam her şey ters gider.
E	H	62- Hareketlerimde hantal ve beceriksizim.
E	H	63- Oyunlarda ve sporda, oynamak yerine seyrederim.
E	H	64- Öğrendiklerimi çabuk unuturum.
E	H	65. Herkesle iyi geçinirim.
E	H	66- Çabuk kızarım.
E	H	67- Kız arkadaşlarım arasında sevilirim.
E	H	68- Çok okurum.
E	H	69- Bir grupla birlikte çalışmaktansa tek başıma çalışmaktan hoşlanırım.
E	H	70- (Kardeşiniz varsa) Kardeş(ler)imi severim.
E	H	71- Vücutça güzel sayılırım.
E	H	72- Sık sık korkuya kapılırım.
E	H	73- Her zaman bir şeyler düşürür ve kırarım.
E	H	74- Güvenilir bir kimseyim.
E	H	75- Başkalarından farklıyım.
E	H	76- Kötü şeyler düşünürüm.
E	H	77- Kolay ağlarım.
E	H	78- İyi bir insanım.
E	H	79- İşler hep benim yüzümden ters gider.
E	H	80- Şanslı bir kimseyim.

Ek 5. NASIL HİSSEDİYORUM ANKETİ – 1

Kızların ve erkeklerin kendilerini anlattıkları bazı cümleler aşağıda verilmiştir. Her cümleyi dikkatle okuyun ve şu anda nasıl hissettiğinize karar verin. Daha sonra sizi en doğru anlatan ifadenin önündeki kutucuğa (x) işareti koyun. Yanlış ya da doğru cevap diye bir şey yok. Herhangi bir cümle üzerinde fazla zaman geçirmeyin. Tam BU ANDA, BU DAKİKADA nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan ifadeyi seçmeyi unutmayın.

Kendimi	☐	Çok sakın hissediyorum	☐	Sakin hissediyorum	☐	Sakin hissetmiyorum
Kendimi	☐	Çok öfkeli hissediyorum	☐	Öfkeli hissediyorum	☐	Öfkeli hissetmiyorum
Kendimi	☐	Çok huzurlu hissediyorum	☐	Huzurlu hissediyorum	☐	Huzurlu hissetmiyorum
Kendimi	☐	Çok sinirli hissediyorum	☐	Sinirli hissediyorum	☐	Sinirli hissetmiyorum
Kendimi	☐	Çok huzursuz hissediyorum	☐	Huzursuz hissediyorum	☐	Huzursuz hissetmiyorum
Kendimi	☐	Çok dinlenmiş hissediyorum	☐	Dinlenmiş hissediyorum	☐	Dinlenmiş hissetmiyorum
Kendimi	☐	Çok ürkmüş hissediyorum	☐	Ürkmüş hissediyorum	☐	Ürkmüş hissetmiyorum
Kendimi	☐	Çok rahatlamış hissediyorum	☐	Rahatlamış hissediyorum	☐	Rahatlamış hissetmiyorum
Kendimi	☐	Çok endişeli hissediyorum	☐	Endişeli hissediyorum	☐	Endişeli hissetmiyorum
Kendimi	☐	Çok hoşnut hissediyorum	☐	Hoşnut hissediyorum	☐	Hoşnut hissetmiyorum
Kendimi	☐	Çok korkmuş hissediyorum	☐	Korkmuş hissediyorum	☐	Korkmuş hissetmiyorum
Kendimi	☐	Çok mutlu hissediyorum	☐	Mutlu hissediyorum	☐	Mutlu hissetmiyorum
Kendimden	☐	Çok eminim	☐	Eminim	☐	Emin değilim
Kendimi	☐	Çok iyi hissediyorum	☐	İyi hissediyorum	☐	İyi hissetmiyorum
Kendimi	☐	Çok başım derte hissediyorum	☐	Başım derte hissediyorum	☐	Başım derte hissetmiyorum
Birşeylerin beni	☐	Çok rahatsız ettiğini hissediyorum	☐	Rahatsız ettiğini hissediyorum	☐	Rahatsız ettiğini hissetmiyorum
Kendimi	☐	Çok keyifli hissediyorum	☐	Keyifli hissediyorum	☐	Keyifli hissetmiyorum
Kendimi	☐	Çok dehşete kapılmış hissediyorum	☐	Dehşete kapılmış hissediyorum	☐	Dehşete kapılmış hissetmiyorum
Kafamda	☐	Herşeyi çok karmakarışık hissediyorum	☐	Herşeyi karmakarışık hissediyorum	☐	Herşeyi karmakarışık hissetmiyorum
Kendimi	☐	Çok neşeli hissediyorum	☐	Neşeli hissediyorum	☐	Neşeli hissetmiyorum

Ek 6. NASIL HİSSEDİYORUM ANKETİ – 2

Kızların ve erkeklerin kendilerini anlattıkları bazı cümleler aşağıda verilmiştir. Her cümleyi okuyun ve hangisinin sizin için en doğru olduğuna karar verin. 'Hemen hemen hiç' mi, 'bazen' mi yoksa 'sık sık' mı? Daha sonra sizi en doğru anlatan ifadenin önündeki kutucuğa (x) işareti koyun. Yanlış ya da doğru cevap diye bir şey yok. Herhangi bir cümle üzerinde fazla zaman geçirmeyin. GENELLİKLE NASIL HİSSETTİĞİNİZİ en iyi anlatan ifadeyi seçmeyi unutmayın.

Yanlış yapacağım diye endişelenirim	☐ hemen hemen hiç	☐ bazen	☐ sık sık
Ağlayacak gibi olurum	☐ hemen hemen hiç	☐ bazen	☐ sık sık
Kendimi mutsuz hissederim	☐ hemen hemen hiç	☐ bazen	☐ sık sık
Karar vermekte güçlük çekerim	☐ hemen hemen hiç	☐ bazen	☐ sık sık
Sorunlarımla yüz yüze gelmek bana zor gelir	☐ hemen hemen hiç	☐ bazen	☐ sık sık
Çok fazla endişelenirim	☐ hemen hemen hiç	☐ bazen	☐ sık sık
Evde sinirlerim bozulur	☐ hemen hemen hiç	☐ bazen	☐ sık sık
Utangacım	☐ hemen hemen hiç	☐ bazen	☐ sık sık
Sıkıntılıyım	☐ hemen hemen hiç	☐ bazen	☐ sık sık
Aklımdan engelleyemediğim önemsiz düşünceler geçer ve beni rahatsız eder	☐ hemen hemen hiç	☐ bazen	☐ sık sık
Okul beni endişelendirir	☐ hemen hemen hiç	☐ bazen	☐ sık sık
Ne yapacağıma karar vermekte zorluk çekerim	☐ hemen hemen hiç	☐ bazen	☐ sık sık
Kalbimin hızlı hızlı çarptığını farkederim	☐ hemen hemen hiç	☐ bazen	☐ sık sık
Nedenini bilmediğim korkularım var	☐ hemen hemen hiç	☐ bazen	☐ sık sık
Annem ve babam için endişelenirim	☐ hemen hemen hiç	☐ bazen	☐ sık sık
Ellerim terler	☐ hemen hemen hiç	☐ bazen	☐ sık sık
Kötü birşeyler olacak diye endişelenirim	☐ hemen hemen hiç	☐ bazen	☐ sık sık
Geceleri uykuya dalmakta güçlük çekerim	☐ hemen hemen hiç	☐ bazen	☐ sık sık
Karnımda bir rahatsızlık hissederim	☐ hemen hemen hiç	☐ bazen	☐ sık sık
Başkalarının benim hakkımda ne düşündükleri beni endişelendirir	☐ hemen hemen hiç	☐ bazen	☐ sık sık

Ek 7. Durumluk Kaygı Envanterü

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da **nasıl hissettiğinizi** ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirleyin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

	Hiç	Biraz	Çok	Tamamiyle
1.Şu anda sakinim	1	2	3	4
2.Kendimi emniyette hissediyorum	1	2	3	4
3.Şu anda sinirlerim gergin	1	2	3	4
4. Pişmanlık duygusu içindeyim	1	2	3	4
5. Şu anda huzur içindeyim	1	2	3	4
6 Şu anda hiç keyfim yok	1	2	3	4
7. Başıma geleceklerden endişe ediyorum	1	2	3	4
8. Kendimi dinlenmiş hissediyorum	1	2	3	4
9. şu anda kaygılıyım	1	2	3	4
10. Kendimi rahat hissediyorum	1	2	3	4
11. Kendime güvenim var.	1	2	3	4
12. Şu anda asabım bozuk	1	2	3	4
13. Çok sinirliyim	1	2	3	4
14. Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	1	2	3	4
15. Kendimi rahatlamış hissediyorum	1	2	3	4
16. Şu anda halimden memnunum	1	2	3	4
17. Şu anda endişeliyim	1	2	3	4
18. Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş gibi hissediyorum	1	2	3	4
19. Şu anda sevinçliyim	1	2	3	4
20. Şu anda keyfim yok	1	2	3	4

Ek 8. Sürekli Kaygı Envantörü

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da **genel olarak nasıl hissettiğinizi** ifadelerin sağ tarafındaki parentezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirleyin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

1: Hemen hiçbir zaman 2: Bazen 3:Çoğu zaman 4:Hemen her zaman

21. Genellikle keyfim yerindedir.	1	2	3	4
22. Genellikle çabuk yorulurum.	1	2	3	4
23. Genellikle kolay ağlarım.	1	2	3	4
24. Başkaları kadar mutlu olmak istiyorum.	1	2	3	4
25. Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıyorum.	1	2	3	4
26. Kendimi dinlenmiş hissedirim.	1	2	3	4
27. Genellikle sakın, kendime hakim ve soğukkanlıyım.	1	2	3	4
28. Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim.	1	2	3	4
29. Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim.	1	2	3	4
30. Genellikle mutluyum.	1	2	3	4
31. Her şeyi ciddiye alır ve etkilenirim.	1	2	3	4
32. Genellikle kendime güvenim yoktur.	1	2	3	4
33. Genellikle kendimi güvende hissedirim.	1	2	3	4
34. Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım.	1	2	3	4
35. Genellikle kendimi hüznü hissedirim.	1	2	3	4
36. Genellikle hayatımdan memnunum.	1	2	3	4
37. Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder.	1	2	3	4
38. Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam.	1	2	3	4
39. Akli başında ve kararlı bir insanım.	1	2	3	4
40. Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin eder.	1	2	3	4

Ek 9. 4 – 18 YAŞ ÇOCUK VE ERGENLER İÇİN DAVRANIŞ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Çocuğun adı soyadı:

Tarih:

Aşağıda çocukların özelliklerini tanımlayan bir dizi madde bulunmaktadır. Her bir madde çocuğunuzun şu andaki ya da son 6 ay içindeki durumunu belirtmektedir. Bir madde çocuğunuz için hiç doğru değilse (0), bazen ya da biraz doğru ise (1), çok ya da sıklıkla doğru ise (2) sayılarını yuvarlak içine alınız. Lütfen tüm maddeleri işaretlemeye çalışınız.

0:Doğru değil (bildiğiniz kadarıyla) 1: Bazen ya da biraz doğru 2: Çok ya da sıklıkla doğru

1- Yaşından daha küçük bir çocuk gibi davranır.	0	1	2
2- Alerjisi vardır. (yeme, koklama ile, tozlu bir yerde bulunmakla, kaşıntı, döküntü, göz yaşarması vs. olması)	0	1	2
3- Çok tartışır.	0	1	2
4- Astımı (nefes darlığı) vardır.	0	1	2
5- Karşı cinsten biri gibi davranır.	0	1	2
6- Kakası tuvaletten başka yerlere yapar.	0	1	2
7- Övünür, yüksekte atar, hava yapar.	0	1	2
8- Dikkatini uzun süre bir konu üzerinde toplayamaz.	0	1	2
9- Bazı düşünceleri kafasına takar ve bunları aklından çıkaramaz. Açıklayınız...	0	1	2
10- Yerinde rahat duramaz, çok hareketlidir.	0	1	2
11- Yetişkinlerin dizinin dibinden ayrılmaz, onlara çok bağımlıdır.	0	1	2
12- Yalnızlıktan yakınır.	0	1	2
13- Kafası karışıktır, şaşkın görünür.	0	1	2
14- Çok ağlar.	0	1	2
15- Hayvanlara eziyet eder.	0	1	2
16- Başkalarına eziyet eder, zalimce ve kötü davranır.	0	1	2
17- Hayale dalıp gider, kendini unuttur.	0	1	2
18- Bile bile kendine zarar verir ya da intihar girişiminde bulunur.	0	1	2
19- Hep dikkat çekmek ister.	0	1	2
20- Eşyalarına zarar verir.	0	1	2
21- Ailesine ya da başkalarına ait eşyalara zarar verir.	0	1	2
22- Evde söz dinlemez.	0	1	2
23- Okulda söz dinlemez.	0	1	2
24- İştahsızdır, az yemek yer.	0	1	2
25- Diğer çocuklarla geçinemez.	0	1	2
26- Yanlış davranışından dolayı suçlanmış gibi görünmez.	0	1	2
27- Genellikle kıskançtır.	0	1	2

28- Yenilip içilmeyecek şeyleri yer ya da içer. (kum,kil, kalem, silgi gibi) Açıklayınız....	0	1	2
29- Bazı hayvanlardan ve okul dışı ortamlardan ya da yerlerden korkar. Açıklayınız	0	1	2
30- Okula gitmekten korkar.	0	1	2
31- Kötü bir şey düşünmek ya da yapmaktan korkar.	0	1	2
32- Mükemmel olması gerektiğine inanır.	0	1	2
33- Kimsenin onu sevmediğine inanır ve bundan yakınır	0	1	2
34- Başkalarının ona zarar vereceğini, kötülük yapacağını düşünür.	0	1	2
35- Kendini değersiz hisseder.	0	1	2
36- Çok sık bir yerlerini incitir, başı kazadan kurtulmaz.	0	1	2
37- Çok kavga, dövüş eder.	0	1	2
38- Onunla çok alay edilir. (Arkadaşları onunla çok alay eder.)	0	1	2
39- Baş belada olan kişilerle dolaşır.	0	1	2
40- Olmayan sesler işitir. Açıklayınız...	0	1	2
41- Düşünmeden ya da aniden hareket eder.(Aklına eseni yapar.)	0	1	2
42- Başkalarıyla beraber olmaksızın yalnız kalmayı tercih eder.	0	1	2
43- Yalan söyler ve hile yapar.	0	1	2
44- Tırnaklarını yer.	0	1	2
45- Sinirli ve gergindir.	0	1	2
46- Kas seyirmeleri, tikleri vardır. Açıklayınız...	0	1	2
47- Gece kabusları, korkulu rüyaları vardır.	0	1	2
48- Diğer çocuklar tarafından sevilmez.	0	1	2
49- Kabızlık çeker.	0	1	2
50- Çok korkak ve kaygılıdır.	0	1	2
51- Baş dönmesi vardır.	0	1	2
52- Kendini çok suçlu hisseder.	0	1	2
53- Aşırı yemek yer.	0	1	2

54- Aşırı yorgundur.	0	1	2
55- Çok kiloludur.	0	1	2
56- Tıbbi nedeni bilinmeyen bedensel şikayetleri vardır:	0	1	2
a- Ağrılar, sızılar	0	1	2
b- Baş ağrıları	0	1	2
c- Bulantı, kusma hissi	0	1	2
d- Gözle ilgili şikayetler, açıklayınız...	0	1	2
e- Döküntüler ya da başka cilt sorunları	0	1	2
f- Mide, karın ağrısı ve kramplar	0	1	2
g- Kusma	0	1	2
h- Diğer, açıklayınız...	0	1	2
57- İnsanlara fiziksel saldırıda bulunur.	0	1	2
58- Burnuyla, cildiyle, vücudunun başka kısımlarıyla oynar ve yolar. Açıklayınız...	0	1	2
59- Herkesin ortasında cinsel organıyla oynar.	0	1	2
60- Cinsel organıyla çok fazla oynar.	0	1	2
61- Okul başarısı düşüktür.	0	1	2
62- Dengesiz ve sakardır.	0	1	2
63- Kendinden büyük çocuklarla olmayı tercih eder.	0	1	2
64- Kendinden küçük çocuklarla olmayı tercih eder.	0	1	2
65- Konuşmayı reddeder.	0	1	2
66- Bazı hareketleri tekrar tekrar yapar. Tanımlayınız...	0	1	2
67- Evden kaçır.	0	1	2
68- Çok bağırrır, çağırır.	0	1	2
69- Sır vermez, düşüncelerini kendine saklar.	0	1	2
70- Olmayan şeyleri görür. Açıklayınız...	0	1	2
71- Sıkılgan ve utangaçtır.	0	1	2
72- Yangın çıkarır.	0	1	2
73- Cinsel sorunları vardır. Açıklayınız...	0	1	2
74- Gösterişten hoşlanır, maskaralık yapar.	0	1	2
75- Çekingen ve ürkektir.	0	1	2
76- Çocukların çoğundan daha az uyur.	0	1	2
77- Çocukların çoğundan gece ve gündüz daha çok uyur. Açıklayınız...	0	1	2
78- Kakasıyla oynar ya da etrafa bulaştırır.	0	1	2
79- Konuşma güçlüğü vardır. Açıklayınız...	0	1	2
80- Boş gözlerle uzun uzun bakar.	0	1	2
81- Evden çalmaları vardır.	0	1	2
82- Evin dışında çalmaları vardır.	0	1	2

83- İhtiyacı olmayan nesneleri toplar, biriktirir. Tanımlayınız...	0	1	2
84- Acayip tuhaf davranışları vardır. Açıklayınız...	0	1	2
85- Acayip tuhaf düşünceleri vardır. Açıklayınız...	0	1	2
86- İnatçı, somurtkan ve rahatsız edicidir.	0	1	2
87- Duygudurumunda ani değişiklikler olur.	0	1	2
88- Çok sık küser.	0	1	2
89- Şüphedir.	0	1	2
90- Küfürlü ve açık saçık konuşur.	0	1	2
91- Kendini öldürmekten söz eder.	0	1	2
92- Uykuda yürür ve konuşur. Açıklayınız...	0	1	2
93- Çok fazla konuşur.	0	1	2
94- Başkalarıyla çok dalga geçer alay eder.	0	1	2
95- Öfke nöbetleri vardır, çok çabuk öfkelenir.	0	1	2
96- Cinsel konuları fazlaca düşünür.	0	1	2
97- İnsanları tehdit eder.	0	1	2
98- Parmak emer.	0	1	2
99- Temizliğe ve titizliğe aşırı düşkündür.	0	1	2
100- Uyku sorunu vardır.	0	1	2
101- Okuldan kaçır, dersini asar.	0	1	2
102- Hareketsiz ve yavaştır, enerjik değildir.	0	1	2
103- Mutsuz, üzgün, çökkün ve bezgindir.	0	1	2
104- Çok gürültücüdür.	0	1	2
105- Tıbbi amaç dışında alkol ya da ilaç kullanır.	0	1	2
106- Etrafındaki eşyalara amaçsız olarak zarar vermekten zevk alır.	0	1	2
107- Gündüz altını ıslatır.	0	1	2
108- Yatağını ıslatır.	0	1	2
109- Sızlanır, mızırdanır.	0	1	2
110- Karşı cinsten olmayı ister.	0	1	2
111- İçe kapanıktır, başkaları ile birlikte olmak istemez.	0	1	2
112- Evhamlıdır, herşeyi dert edinir.	0	1	2
113- Çocuğunuzun yukarıdaki listede belirtilmeyen başka sorunu varsa lütfen yazınız...	0	1	2

LÜTFEN TÜM MADDELERİ CEVAPLAYINIZ.

TEŞEKKÜRLER...

Ek 10. Sosyal Cevaplılık Ölçeği (SCÖ) (Social Responsiveness Scale=SRS)

Her cümle için, çocuğunuzun **son altı aydaki davranışlarını** en iyi tarif eden seçeneği işaretleyiniz.

* **Uygun değil seçeneği:** İlgili maddede anlatılan durumun çocuğunuz için gözlenmesi mümkün değil ise işaretleyiniz. Örneğin, **yaşı gereği** anlatılan durumu gözlemeniz mümkün değilse..Davranışın gözlenmesinin mümkün olduğu ancak çocuğunuzda gözlemediğiniz durumlarda ise “**doğru değil**” seçeneğini işaretleyiniz.

	A	Doğru değil	Bazen doğru	Genellikle doğru	Nerdeyse her zaman doğru	Uygun değil
1	Başkalarıyla birlikte olduğunda yalnız olduğu ortamlara oranla daha kıpır kıpır, huzursuz görünür.					
2	Yüz ifadesi sözleriyle pek uyumsuz					
3	Başkalarıyla ilişkilerinde kendine güveni var gibi görünür.					
4	Stres altındayken otomatik pilota bağlanmış gibi davranır; yapacakları konusunda değişkenlik göstermeye ikna olmaz; kafasına koyduğunu yapar.					
5	Birileri bir zaafından yararlanmak istediğinde pek farkına varmaz.					
6	Yalnız kalmayı başkalarıyla oynamaya tercih eder.					
7	Başkalarının ne düşündüğünün ya da ne hissettiğinin farkındadır.					
8	Başkaları tarafından ilginç ya da tuhaf olarak karşılanabilecek hareketleri vardır					
9	Erişkinlere yapışır, onlara bağımlı gibi görünür.					
10	Konuşmalarda kelimelerin altında yatabilecek farklı manaları anlamakta güçlük çeker; fazla mecazi konuşmalardan anlamaz.					
11	Kendine güveni tamdır.					
12	Başkalarıyla hislerini paylaşabilir.					

	B	Doğru değil	Bazen doğru	Genellikle doğru	Nerdeyse her zaman doğru	Uygun değil
13	Birileriyle beraberce bir şeyler yaparken (konuşurken, bir oyun oynarken) kendi sırasının ne zaman olduğunu kestirmekte zorlanır. (örneğin, konuşma esnasında karşıdakinin bir yanıt beklediğini)					

	anlayamaz.)					
14	Fiziksel aktivitelerde pek başarılı değildir; ellerini, ayaklarını düzgün ve uyumlu bir şekilde kullanamaz.					
15	İnsanların ses tonlarından ve yüz ifadelerinden ne ifade etmeye çalıştıklarını anlar.					
16	İnsanlarla göz göze gelmekten kaçınır ya da alışılmadık bir şekilde göz göze iletişim kurar.					
17	Bir konuda haksızlık yapıldığını hemen fark eder.					
18	Çok çabalasa da arkadaşlık kurmada zorlanır.					
19	Karşılıklı konuşmalarda oluşan fikirleri almakta güçlük yaşar.					
20	Oyuncaklarla oynayıp tarzı alışılacagelmışin dışındadır.					
21	Taklit yeteneği kuvvetlidir.					

	C	Doğru değil	Bazen doğru	Genellikle doğru	Nerdeyse her zaman doğru	Uygun değil
22	Yaşlılarıyla uygun oyunlar oynar.					
23	Zorunlu olmadıkça, grup aktivitelerine katılmaz.					
24	Alışkın olduğu düzende değişiklik olduğunda diğer çocuklara göre daha çok zorlanır.					
25	Başkalarıyla aynı frekansta (paralel düşünmek, hissetmek, davranmak gibi..) olmamaktan rahatsızlık duymaz.					
26	Üzüntülü olanları rahatlatmaya çalışır.					
27	Yeni biriyle sosyal bir ilişkiyi başlatan taraf olmaktan kaçınır.					
28	Dönüp dolaşıp aynı şey üstüne konuştuğu ya da düşündüğü olur.					
29	Başka çocuklar tarafından tuhaf/garip bulunur.					
30	Birçok şeyin aynı anda olduğu ortamlarda rahatsız olur.					

	D	Doğru değil	Bazen doğru	Genellikle doğru	Nerdeyse her zaman doğru	Uygun değil
31	Bir şey hakkında düşünmeye başladığı zaman kendini onu düşünmekten alı koyamaz.					
32	Kişisel bakımı iyidir.					
33	Nazik olmaya çalışsa bile sosyal ortamlarda garip kaçan davranışları olur.					
34	Yakın arkadaş olmak isteyen kişilerden kaçınır.					
35	Karşılıklı konuşmalarda konunun					

	akışını takip etmekte zorlanır.					
36	Kendinden büyük olanlarla ilişki kurmakta zorlanır.					
37	Yaşlılarıyla ilişki kurmakta zorlanır.					
38	Karşısındaki kişinin duygusal durumundaki değişikliği anlayışla karşılayarak ona uygun şekilde davranır. (örneğin; oyun arkadaşının mutlu bir anda hüzünlendiğini hissederse)					
39	Sadece belirli alanlara ilgi duyar.Bunların sayısı etrafındakilerle kıyaslandığında azdır.					

	E	Doğru değil	Bazen doğru	Genellikle doğru	Nerdeyse her zaman doğru	Uygun değil
40	Hayal gücü kuvvetlidir; iyi rol yapar. (gerçeklikten kopmadan)					
41	Bir aktiviteden diğerine amaçsızca geçtiği olur.					
42	Ses, dokunma veya kokuya karşı aşırı hassasiyeti vardır					
43	Ailesinden ya da bakıcısından ayrılmakta zorluk çekmez.					
44	Olayların birbirlerine nasıl ve ne şekilde bağlı olduğunu anlamakta yaşlılarına oranla daha fazla güçlük çeker.					
45	Başkalarının nereye baktığı ya da neyi dinlediğine dikkatini verebilir.					
46	Çok ciddi bir yüz ifadesi vardır.					
47	Uygun olmayan yerlerde gülmekten kendini alamadığı olur.					
48	İyi bir espri anlayışı vardır					
49	Çok iyi olduğu birkaç konu vardır ama geri kalan işlerde pek becerikli değildir.					

	F	Doğru değil	Bazen doğru	Genellikle doğru	Nerdeyse her zaman doğru	Uygun değil
50	Sık sık tekrar ettiği garip hareketleri vardır. (El çırpma ya da sallanma gibi) Evet ise belirtiniz:_____					
51	Soruları doğrudan cevaplama da güçlük çeker; konunun etrafında dönüp durduğu olur.					
52	Gereksiz yere çok yüksek sesli konuştuğunun ya da çok ses çıkardığının farkına varır.					
53	Ses tonu gariptir (robot gibi ya da ders verir gibi konuştuğu söylenebilir)					
54	İnsanlara değersiz nesnelermiş gibi					

	davranır.					
55	Bir kişiye çok yakınlaştığı, kişisel sınırlarını zorladığı anı hemen fark eder.					
56	Konuşan iki kişinin arasına girer.					
57	Çevresindekiler tarafından sık sık kızdırılır.					
58	Bir konunun belirli noktaları üzerine çok yoğun eğildiği için bütünü görmekte zorlanır. (örneğin, bir hikayede neler olduğunu anlatması istendiğinde, sadece kahramanların kıyafetlerini anlatır.)					
59	Çok şüphelidir.					

	G	Doğru değil	Bazen doğru	Genellikle doğru	Nerdeyse her zaman doğru	Uygun değil
60	Duygularını belli etmez, duygusal olarak uzaktır.					
61	Sabit fikirlidir; düşüncesini değiştirmek zordur.					
62	Yaptığı bazı şeyler için açıklamaları karşısındaki insana mantıksız gelebilir					
63	Alışılmamış şekilde insanlara dokunur (örneğin, sadece temas etmek için birine dokunur ve bir şey söylemeden yanından uzaklaşır..)					
64	Sosyal ortamlarda çok gergin olur.					
65	Zaman zaman boş bakar.					

Ek 11. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formu

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlelerin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz.

Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.
Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 Kesinlikle evet.
2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.
Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 Kesinlikle evet
3. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.
Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 Kesinlikle evet
4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.
Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 Kesinlikle evet
5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.
Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 Kesinlikle evet
6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.
Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 Kesinlikle evet
7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.
Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 Kesinlikle evet
8. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.
Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 Kesinlikle evet
9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.
Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 Kesinlikle evet
10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.
Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 Kesinlikle evet
11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.
Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 Kesinlikle evet
12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.
Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 Kesinlikle evet

Ek 12. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE)

Adınız:

Yasınız:

Cinsiyetiniz:

Tarih:

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. Secenekleri işaretlerken bir öncekinden bağımsız düşünmeye özen gösterin. Secenekleri belirtirken su belirtilen puanlamayı kullanın:

1=Asla böyle bir şey yapmam 2=Çok az böyle yaparım 3=Orta derecede böyle yaparım
4=Çoğunlukla 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 basa 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 vaz geçiririm.

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 alıştırmaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

14.Sorunla ilgili bir şeyler 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 sakalar yaparım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

21.Karşıma çıkan sorunun var olduğunu ve değişmeyeceğini kabullenirim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

22.Sorun el verinceye kadar herhangi bir şey yapmayı ertelerim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

23.Arkadaş veya akrabalarımın moral ve manevi destek almaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

24.Sorunla bas etmede amacıma ulaşmaya çabalamaktan hemen vaz geçerim.

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 kendimi kaybedip 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 acıdan 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 odaklanırsam 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 saka yaparım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

37.İstediğimi elde etmeye 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 gibi davranırım.

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 gayretlerime engel olabilecek şeyleri önlemeye ciddi şekilde caba 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 kişilere bu 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 için dobra dobra bir tavır takınırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 48.Sorunla karşılaştığımda dini inancımda 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 ilaç alırım.
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 adımı zamanında atarım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 59.Basıma 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 ()

Çok teşekkürler

EK 13. ÇOCUKLUK OTİZMİ PUANLAMA ÖLÇEĞİ

YÖNERGELER: ölçeğin her bir maddesi ile ilişkili davranışları puanlayın. 15 puan ekleyin ve sonraki ölçeği kullanın.

I. İNSANLARLA İLİŞKİ

1. insanlarla ilikisinde güçlük veya anormallik kanıtı yok- çocuğun davranışları yaşına uygun. Yapacağı şeyler anlatıldığında biraz utanma, mızımlık 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 mızımlık yapabilir, aşırı utangaç olabilir, tipik olarak yetişkine yanıt vermeyebilir veya 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 soğuktur (uzak) (yetişkinin farkında değilmiş gibi gözüktür). Çoğu zaman çocuğun dikkatini çekmek için ısrarcı veya 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 yaptığı şeylerin farkında değildir. Hemen hemen yetişkine hiç yanıt vermez veya iliki 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- çocuk çoğu zaman 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 ısrarı ve yardımı olduğu zamanlarda taklit eder; sıklıkla yalnızca bir gecikme sonrası taklit 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 taklit etmez.

III. DUYGUSAL TEPKİ

1. Yaş ve durumuna 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 çevresindeki nesne 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 gösterir. Tepkiler oldukça kaçınan veya aşırı ve durumla ilişkisiz olabilir; grimas, gülme olabilir veya belirgin duygusal tepki oluşturan nesne veya olaylar olmasa bile katı olabilir.

3.5. (Bu puanlar arasında ise)

4. Aşırı derecede anormal duygusal tepkiler- Tepkiler nadiren duruma uygundur. Çocuk belirli duygu duruma geldiğinde, duygu durumunu değiştirmek çok zordur. Ters olarak hiçbir değişiklik olmadığı zaman çok farklı duygulanımlar gösterebilir.

IV. VÜCUT KULLANIM

1. Yaşa uygun vücut kullanım- 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 minor tuhafliklar 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 açıkça tuhaf veya olağandışı davranışlar şunlar olabilir; garip parmak hareketleri, acayip parmak veya vücut postürü, vücutu dikleştirme veya toplama, kendine yönelik saldırganlık, sallanma, kendi etrafında dönme, parmak oynatma veya parmak uçlarında yürüme.

3.5 (Bu puanlar arasında ise)

4. Aşırı derecede anormal vücut kullanımı- yukarıda sayılan davranışları yoğun ve sık göstermesi. Bu davranışlar engellemeye çalışma veya çocuğu diğer etkinliklere katmaya rağmen devam edebilir.

V. NESNE KULLANIMI

1. Oyuncak veya diğer nesnelerle ilgilenme veya uygun kullanma-Beceri düzeylerine uygun oyuncak ve nesnelere uygun ilgi gösterme ve bu oyuncakları uygun tarzda kullanma.

1.5 (Bu puanlar arasında ise)

2. Oyuncak veya diğer nesnelerle ilgilenme veya kullanmada hafif derece uygunsuzluk- Çocuk bir oyuncakla atipik ilgi gösterebilir veya uygunsuz çocuksu tarzda oynayabilir (örn; oyuncakla etrafa çarpma veya emme)

2.5 (Bu puanlar arasında ise)

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

3.5 (Bu puanlar arasında ise)

4. Oyuncak veya diğer nesnelerle ilgilenme veya uygun kullanma aşırı derece uygunsuzluk- çocuk yukarıda bahsedilen davranışları yoğunluk ve sıklık olarak daha fazla gösterir. Çocuğu bu uygunsuz etkinliklerden ayırmak güçtür.

VI- DEĞİŞİKLİKLERE UYUM SAĞLAMA

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 görevleri değiştirmeye çalıştığında çocuk aynı aktivitesine devam edebilir veya aynı materyali kullanabilir.

2.5 (Bu puanlar arasında ise)

3. Değişikliklere uyumda orta derecede anormallik- Çocuk rutinde olan değişikliklere aktif olarak direnç gösterir veya eski etkinliğine devam etmeye 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- Çocuk değişikliklere 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 tepkisi normaldir ve yaşına uygundur. Görme yeni bir nesneyi araştırma şekli olarak diğer duyuyla 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 şıklara bakmakla 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 gözüne bakmaktan kaçınmaktadır, nesnelere olağandışı açıdan bakmaktadır veya nesneleri tutmak için gözlerini çok yakınlaştırmaktadır.

3.5 (Bu puanlar arasında ise)

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

VIII. DİNLEME TEPKİSİ

1. Yaşına uygun dinleme tepkisi- Çocuğun dinleme davranışı normal ve yaşına uygundur. Dinleme diğer duyarlarla 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 birkaç kez duyduğu seslere karşı umursamazdır; her gün duyduğu sesleri işittiğinde irkilebilir veya kulaklarını kapayabilir.

3.5 (Bu puanlar arasında ise)

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

IX. TAD, KOKU VE DOKUNMA TEPKİSİ ve KULLANIMI

1. Tad, koku ve dokunmayı normal kullanma ve normal tepki- Çocuk yeni nesneleri yaşına uygun bir tarzda araştırır, genellikle hissederek ve bakarak. Uygun olduğunda tad ve koku kullanabilir. Az bir ağrıya reaksiyon olduğunda çocuk rahatsızlığını ifade eder fakat aşırı tepki göstermez.

1.5 (Bu puanlar arasında ise)

2. Tad, koku ve dokunmayı hafif derecede anormal kullanma ve tepki- Çocuk nesneleri ağzına götürmekte ısrarcı olabilir, yenmeyen nesneleri koklayabilir veya tadabilir; hafif bir acıya normal bir çocuğun gösterdiği huzursuzluğu göstermeyebilir veya aşırı gösterir.

2.5 (Bu puanlar arasında ise)

3. Tad, koku ve dokunmayı orta derecede 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. Tad, koku ve dokunmayı ileri derecede anormal kullanma ve tepki- Çocuk nesne ve insanlara dokunma, koklama veya tatma ile aşırı derecede meşgul olur. Acıya ya aşırı tepki veya hiç tepki vermez.

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 az korku 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 çok az 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 çok az 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 sözel iletişim- Konuşma bütünüyle geridir. Konuşmanın çoğu anlamlıdır, bazen ekolali veya zamiri ters kullanma olabilir. Nadiren bazı tuhaf kelimeler veya jargon kullanılabilir.

2.5 (Bu puanlar arasında ise)

3. Orta derecede anormal sözel iletişim- Konuşma olmayabilir. Var olduğunda, sözel iletişimde bazı anlamlı konuşma içinde jargon, ekolali veya zamirin ters kullanım 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 bazı anlaşılan kelimelerin veya cümleciklerin ısrarlı bizar kullanımı olabilir.

XII. SÖZEL OLMAYAN İLETİŞİM

1. Yaş ve duruma uygun normal sözel olmayan iletişim.

1.5 (Bu puanlar arasında ise)

2. Hafif derecede anormal sözel olmayan iletişimi kullanma-

2.5 (Bu puanlar arasında ise)

3. Orta derecede anormal sözel olmayan iletişimi kullanma-

3.5 (Bu puanlar arasında ise)

4. İleri derecede anormal sözel olmayan iletişimi kullanma-

XIII. ETKİNLİK DÜZEYİ

1. Yaşam ve şartlara uygun normal etkinlik 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 performansını hafif derecede etkiler.

2.5 (Bu puanlar arasında ise)

3. Orta derecede anormal etkinlik düzeyi- Çocuk çok aktif ve kısıtlanması güç olabilir. Sınırsız bir enerjiye sahip olabilir ve gece kolayca uyumaya gitmeyebilir. Ters olarak çocuk oldukça uyuşuk olabilir ve onu hareket ettirmek için sürekli çaba gerekebilir.

3.5 (Bu puanlar arasında ise)

4. İleri derecede anormal etkinlik düzeyi- Çocuk aşırı aktivite veya inaktivite gösterir ve bir uçtan diğer uca kaymalar gösterebilir.

XIV. ENTELEKTÜEL YANITIN DÜZEYİ VE UYGUNLUĞU

1. Normal ve çok alanda uygun tutarlılık gösteren zeka: Çocuk aynı yaştaki tipik çocuklar kadar zekidir ve olağan dışı zihinsel becerileri ya da problemleri yoktur.

1.5 (Bu puanlar arasında ise)

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

2.5 (Bu puanlar arasında ise)

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

3.5 (Bu puanlar arasında ise)

4. İleri derecede anormal zihinsel işlevsellik: Çocuk aynı yaştaki tipik çocuklar kadar zeki değildir, ancak zihinsel gelişimin bir ya da daha fazla alanında normal bir çocuktan bile daha iyi işlev gösterebilir.

XV. GENEL İZLENİMLER

1. Çocuk otizme ait belirtilerin hiçbirini göstermez.

1.5 (Bu puanlar arasında ise)

2. Hafif derecede Otizm: Çocuk sadece az sayıda ya da yalnızca hafif derecede otizm belirtileri gösterir

2.5 (Bu puanlar arasında ise)

3. Orta derecede Otizm: Çocuk belirli sayıda ya da orta derecede otizm belirtileri gösterir.

3.5 (Bu puanlar arasında ise)

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

15-29: Otizm yok

30-37: Hafif-orta derecede otizm

38<: Ağır otizm

Ek 14. Etik Kurul Onayı

MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ARAŞTIRMA ETİK KURULU

Sayı : B.30.2.MAR.0.01.02/AEK/463
Konu :

04.07.2008

Sayın Prof.Dr. Meral BERKEM

MAR-YÇ-2008-0144 protokol nolu “ Yaygın gelişimsel bozukluk tanılı çocukların kardeşlerinde psikopatoloji ” isimli projeniz Fakültemiz Araştırma Etik Kurulu tarafından incelenerek onaylanmıştır.

Prof. Dr. Haner DİRESKENELİ
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Araştırma Etik Kurul Başkanı