



T.C.
SAğLIK BAKANLIğI
SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
İZMİR BOZYAKA EğİTİM VE ARAşTIRMA HASTANESİ

AİLE HEKİMLİğİ KLİNİğİ

AİLE HEKİMLİğİ UZMANLIK ÖğRENCİLERİNİN OTİZME
YÖNELİK BİLGİ DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

Dr. Adli Başar Gürbüz
(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İZMİR/2020



T.C.
SAğLIK BAKANLIğI
SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
İZMİR BOZYAKA EğİTİM VE ARAşTIRMA HASTANESİ

AİLE HEKİMLİğİ KLİNİğİ

AİLE HEKİMLİğİ UZMANLIK ÖğRENCİLERİNİN OTİZME
YÖNELİK BİLGİ DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

Dr. Adli Başar Gürbüz

Tez Danışmanı Başasistan Uzm. Dr. Özge Tuncer

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İZMİR/2020

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim sürecinde ve tez aşamasında birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum, birikimi ve katkılarını her zaman benimle paylaşan, değerli tez danışmanım Öğretim Sorumlumuz Başasistan Uzm. Dr. Özge TUNCER’e teşekkür ederim.

Aile Hekimliği Kliniği Eğitim Sorumluluğumuzu da yapmış olan İç Hastalıkları Kliniği Öğretim Üyesi Doç. Dr. Arif YÜKSEL ile Genel Cerrahi Kliniği Öğretim Üyesi Doç. Dr. Mehmet YILDIRIM’a, Aile Hekimliği Uzmanları Dr. Aslı GÜLER ile Dr. Murat IŞIL’a hem rotasyonlar hem de düzenli yapılan teorik derslerimizde ufukumuzu genişletip mesleki hayatımıza çok değerli katkılar sağladıkları için teşekkür ederim.

Birlikte asistanlık yapmak keyif aldığım değerli meslektaşlarıma ve tezim için anketleri dolduran İzmir’deki asistan arkadaşlarıma özverileri için teşekkür ederim.

Hekimlik mesleğinde geçirdiğim 35 yılın ardından uzmanlık eğitimi alıp çok sevdiğim mesleğimi uzman olarak devam ettirmem ile ilgili beni motive eden, her kararında koşulsuz destekleyen, sevgili hayat arkadaşım Nesrin GÜRBÜZ en büyük teşekkürü hak ediyor. Bahçelievler Aile Sağlığı Merkezinde çalışan meslektaşlarıma ve hastalarıma da destek ve anlayışları için minnettarım.

Altı yıllık eğitim sürecinde benden beklentileri her zaman yüksek olan, kendi sahip olduğum bilgi birikiminin de asistanlığım ile birleşince daha verici ve gelişmeye, üretmeye daha açık hale gelmesinin avantajlarını sürekli gündemde tutan, teknik yardımlarını her an sunan, manevi destek sağlayan sevgili çocuklarım Börte, Yeti, Erdoğan ve Melis’e teşekkür ederim. Eğitimin yaşı olmadığını ve her koşulda asistanlık, uzmanlık da yapılabileceğini, hayatın neşesi ve sorumlulukları ile birlikte götürebildiğimi bana gösteren canım torunlarım Birçe, Rüzgar ve Göksen ile daha iyi anladım.

Dr. Adli Başar GÜRBÜZ

İzmir / 2020

İçindekiler

TEŞEKKÜR.....	i
KISALTMALAR.....	iv
TABLO LİSTESİ.....	v
ŞEKİL LİSTESİ.....	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT.....	viii
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Otizm spektrum bozukluğu	3
2.1.1. Tanım	3
2.1.2. Tarihçe	3
2.1.3. Epidemiyoloji.....	5
2.1.4. Etiyopatogenez.....	6
2.1.5. DSM-5 kriterlerine göre OSB tanısı	7
2.1.6. Otizm spektrum bozukluğunun klinik görünümü	9
2.1.7. Otizm spektrum bozukluğu tedavisi.....	12
2.1.8. Otizm spektrum bozukluğunun seyri	12
2.2. Otizm bilgi düzeyini belirleyen ölçüm araçları.....	13
2.3. Türkiye’de aile hekimliği uzmanlık eğitimi.....	13
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	15
3.1. Araştırmanın amacı ve tipi	15
3.2. Çalışmanın etik yönü	15
3.3. Araştırmanın yapıldığı yer ve zaman	15
3.4. Araştırmanın evreni ve örnekleme.....	15
3.4.1. Araştırmaya dahil edilme ölçütleri.....	15
3.4.2. Araştırmadan dışlama ölçütleri	15
3.5. Veri toplama araçları.....	16
3.5.1. Sosyodemografik ve otizm ile ilgili bilgi düzeyini etkileyebilen değişkenler formu	16
3.5.2. Sağlık Çalışanlarının Çocukluk Çağı Otizmi Hakkında Bilgi Anketi (SÇOBA).....	16
4. BULGULAR.....	18

4.1.	Sosyodemografik ve hastalıkla ilişkili değişkenler.....	18
4.2.	Sağlık Çalışanlarının Çocukluk Çağı Otizmi Hakkında Bilgi Anketi Sonuçları ...	20
5.	TARTIŞMA	26
6.	SONUÇLAR.....	30
7.	KAYNAKLAR	31
8.	ÖZGEÇMİŞ	35
9.	EKLER.....	38



KISALTMALAR

AB: Asperger Bozukluğu

APA: Amerikan Psikiyatri Birliği

BTA-YGB: Başka Türlü Adlandırılmayan Yaygın Gelişimsel Bozukluk

CDC: Amerika Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi

ÇDB: Çocukluğun Dezintegratif Bozukluğu

DSM: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EEG: Elektroensefalografi

ICD: Hastalıkların uluslararası sınıflaması

KCAHW: Knowledge about childhood autism among health workers

RB: Rett Bozukluğu

SAHU: Sözleşmeli aile hekimliği uzmanlığı

SÇOBA: Sağlık Çalışanlarının Çocukluk Çağı Otizmi Hakkında Bilgi Anketi

OB: Otistik bozukluk

OSB: Otizm spektrum bozukluğu

TABLO LİSTESİ

Tablo I. Otizm açılımı kapsamındaki bozuklukların DSM-5 tanı kriterleri.....	8
Tablo II. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri	19
Tablo III. SÇOBA alt boyut ve toplam puanlarının çeşitli değişkenler açısından karşılaştırma sonuçları.....	21
Tablo IV. SÇOBA sorularının yanıt dağılımı.....	23



ŞEKİL LİSTESİ

Şekil I. Katılımcıların otizm ile ilgili bilgi düzeyi algısı.....	25
---	----



ÖZET

Aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin otizme yönelik bilgi düzeylerinin incelenmesi

Amaç: Bu çalışmanın amacı İzmir ilindeki tüm aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin otizm spektrum bozukluğu (OSB) hakkındaki bilgi düzeylerinin tespit edilmesi ve bilgi düzeylerine etki eden faktörlerin, Bakare ve ark. (2009) tarafından geliştirilen, Gürbüz Özgür ve ark. (2019) tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılan Sağlık Çalışanlarının Çocukluk Çağı Otizmi Hakkında Bilgi Anketi (SÇOBA) kullanılarak saptanmasıdır.

Gereç ve Yöntem: 01.04.2019 - 01.10.2019 tarihleri arasında İzmir ilinde Aile Hekimliği Uzmanlık eğitimi almakta olan 210 asistana sosyodemografik veri formu ve otizm bilgi düzeyini saptamak amacıyla SÇOBA uygulandı.

Bulgular: Katılımcıların 133'ü (%63,3) kadın, 77'si (%36,7) erkek, %77,6'sı (n=163) tam zamanlı, %22,4'ü (n=47) sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık öğrencisiydi. Yaş ortalaması $31,65 \pm 7,36$ yılı. Tüm katılımcıların SÇOBA toplam puan ortalaması $12,3 \pm 3,15$ idi. Alt boyutlardan alınan ortalama puanlar ise sırası ile Alan 1 $5,8 \pm 1,56$; Alan 2 $0,82 \pm 0,38$; Alan 3 $2,51 \pm 1,06$; Alan 4 $3,16 \pm 1,45$ olarak saptandı. Bilgi düzeyini artıran faktörler arasında önceden OSB'li hasta takip etmiş olmak ve/veya değerlendirme sürecinde bulunmuş olmak, asistanlıkta OSB eğitimi almış olmak, daha önce başka branşta tıpta uzmanlık asistanlık deneyiminin olması olarak belirlendi.

Sonuç: Çalışmamızdan elde edilen sonuçlara göre aile hekimi uzmanlık öğrencilerinin otizme yönelik bilgi düzeyinde eksiklikler olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte bilgi düzeyini OSB ile ilgili eğitim almak ve OSB'li hasta takip etmiş olmak en önemli arttıran faktörlerdendi.

Anahtar kelimeler: aile hekimliği asistanları, otizm, bilgi düzeyi

ABSTRACT

Evaluation of the Knowledge about Autism Spectrum Disorder among Family Medicine Residents

Aim: The aim of this study is to determine the knowledge and factors affecting the knowledge about autism spectrum disorder (ASD) of all family medicine residents in Izmir province by using Knowledge about Childhood Autism among Health Workers (KCAHW) which developed by Bakare et al (2009) and validated into Turkish by Gürbüz Özgür et al (2019).

Materials and Methods: Between the dates of 1.4.2019-1.10.2019, KCAHW questionnaire and the sociodemographic data form were applied to 210 family medicine residents in Izmir.

Results: The gender distribution was as follows; 133 (63.3%) were women and 77 (36.7%) were men. 77.6%(n=163) was full-time research assistant and 22.4% (n=47) was contracted family medicine resident. The mean age was 31.65 ± 7.36 . The mean KCAHW questionnaire score of the participants were 12.3 ± 3.15 . The mean scores for Domain 1,2,3 and 4 were; 5.8 ± 1.56 , 0.82 ± 0.38 , 2.51 ± 1.06 and 3.16 ± 1.45 , respectively. The factors that affects positively on the level of knowledge were determined as having previously followed up and/or being in the evaluation process patients with ASD, having an ASD training during residency and having medical speciality residency experience in another branch before.

Conclusion: According to the results of our study, it was determined that family medicine residents had deficiencies in knowledge about autism spectrum disorder. Besides, the most important factors that increase knowledge about ASD were previous training about ASD and having previously followed up patient with ASD.

Keywords: family medicine resident, knowledge, autism

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Otizm spektrum bozukluğu (OSB); belirtileri yaşamın erken dönemlerinde başlayan, sosyal ve duygusal ilişkilerde kısıtlılık, iletişim becerisinde yetersizlik, tekrarlayıcı (stereotipik) garip davranışlar ve ilgi alanının darlığı ile karakterize yaşam boyu süren, nörogelişimsel bir bozukluktur (1). Amerika Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi'nin (Centers for Disease Control and Prevention [CDC]) verilerine göre 2018 yılı için OSB'nin sıklığını %1,4 olarak bildirilmiştir (2).

DSM-5'te "Otizm Spektrum Bozuklukları (OSB)" şemsiyesi altına toplanmış olan otizm ve otizmle ilişkili bozukluklar sıklığından dolayı önemli bir halk sağlığı konusudur. Ayrıca yapılan çalışmalar neticesinde OSB prevalansının son 10 yılda %123'ten fazla artış gösterdiği saptanmıştır (3). OSB'nin artan prevalansı tanı prosedürlerinde değişiklikler, toplumsal farkındalığın artması ve tanı kriterlerinin genişletilmesi gibi nedenler ile ilişkilendirilmiştir (4).

OSB'nin erken tanı alıp erken tedavi müdahalesinin yapılması hastalığın prognozuna en olumlu katkıyı sağlayan faktördür (5, 6). OSB tanısına giden yolda en önemli aşama belirtilerin varlığını fark edip OSB'den şüphelenmektir. Bu nedenle çocuk yaş grubu ile teması olan aile hekimi, pediatri doktoru gibi sağlık çalışanları OSB hakkında bilgi sahibi olmalıdır. Literatürde OSB belirtilerinin iki yaşından önce ortaya çıkmasına rağmen ortalama OSB tanı yaşının 4-6 yaş arasında olduğu bildirilmektedir (7, 8). Erden ve ark. çalışmasında 125 otizm tanılı olgunun yalnızca %11.2'sinin otizm belirtilerinin çocuk hekimleri tarafından fark edildiğini bildirmişlerdir (9). Bu verilerin ışığında sağlık çalışanlarının otizme yönelik bilgi düzeyinin yetersiz olduğunu düşündürmektedir.

Bakare ve ark. 2008 yılında "Knowledge about childhood autism among health workers (KCAHW) questionnaire" isimli sağlık çalışanlarının otizm hakkındaki bilgi düzeyini değerlendiren bir anket geliştirmişlerdir (10). Bu anketin 2019 yılında Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (11). Harrison ve ark. bu anketin kullanıldığı çalışmaların dahil edildiği bir derleme yayınlamışlardır. Bu derlemenin sonucunda yazarlar anketin global kullanılabilirliği hakkında güçlü kanıtlar olmasa da

OSB ile ilgili bilgi düzeyi ve eğitim ihtiyaçlarının değerlendirilmesinde kullanılabilir olduğunu ifade etmişlerdir (12).

Bu tez çalışmasında aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin OSB hakkındaki bilgilerinin değerlendirilmesi ve OSB bilgi düzeyleri ile ilişkili olabilecek parametrelerin belirlenmesi hedeflendi.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Otizm spektrum bozukluğu

2.1.1. Tanım

Otizm Spektrum Bozukluğu erken çocukluk dönemlerinde ortaya çıkan, yaşam boyu süren, duygusal ve sosyal ilişkilerde kısıtlılık, iletişimde bozukluk, tekrarlayıcı garip davranışlar ve ilgi alanının darlığı ile karakterize nörogelişimsel bir bozukluktur (13). Nörogelişimsel bozukluklar, gelişimsel süreç içerisinde, sıklıkla da okul çağı öncesi dönemde ortaya çıkan, kişisel, sosyal, akademik ve iş ile ilgili işlevsellikte bozulma ile karakterize olan gelişimsel eksikliklerdir. DSM-IV TR’de YGB terimi altında toplanan Otistik Bozukluk (OB), Asperger Sendromu (AS) ve Çocukluğun Dezintegratif Bozukluğu (ÇDB) tanı kategorileri Yaygın Gelişimsel Bozukluk-Başka Türlü Adlandırılmayan (YGB-BTA) tanı kategorisi ile birleştirilerek DSM-5’te “Otizm Spektrum Bozuklukları (OSB)” Şemsiyesi altında nörogelişimsel bozukluklar içinde yer almaktadır (13).

Hastalığın şiddeti ve etkileri çok değişken bir yelpazede olsa da tümü için otizm spektrum bozukluğu ismi genel kabul görmüş ve yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır.

2.1.2. Tarihçe

OSB’nin tanımlanmasından çok önce yazılmış bazı metinlerde otistik semptomlardan ve tedaviye yönelik girişimlerden bahsedilir. Marthin Luther eserlerinde yoğun otistik belirtiler taşıyan 12 yaşında bir erkek çocuğunu betimler. Luther çocuğun ruhunun şeytan tarafından ele geçirilmiş olduğunu ifade eder. 1798’de otizmin çeşitli belirtilerini gösteren ve doğada bulunan bir çocuk olan Aveyronlu Victor, bir tıp öğrencisi tarafından konuşmasını ve sosyal bağlar kurmasını sağlamak için davranışsal bir yöntem ile tedavi edilmeye çalışılmıştır.

Kelime olarak otizm terimi İsviçreli psikiyatr Eugén Bleuler tarafından şizofreninin belirtilerini tanımlarken 1910 yılında türetilmiştir. Bleuler sözcüğü Yunanca autos (αὐτός, kendi anlamında) sözcüğünden türetmiş ve kişinin kendisine olan hastalıklı hayranlığı anlamında kullanmıştır. "Dışarıdan gelen herhangi bir etkinin

dayanılmaz bir rahatsızlık vermesine rağmen kişinin fantezilerine dönük otistik çekilmesi" şeklinde ifade etmiştir (14).

Otizm terimini günümüzdeki anlamında ilk defa kullanan araştırmacı ise 1938 yılında Viyana Üniversite Hastanesi'nden çocuk doktoru Hans Asperger'dir. Hans Asperger'in bir grup hastada tanımladığı ve "otistik psikopatlar" adını verdiği tablo 1981 yılına kadar farklı bir hastalık olarak kabul görmüştür. Ancak bu tarihten sonra Asperger Bozukluğu (AB) adıyla OSB'nin bir alt çeşidi olarak kabul edilmiştir (15). Leo Kanner'ın 1943 yılında yayınladığı "Duygusal bağın otistik bozukluğu" (Autistic disturbances of affective contact) isimli makalesinde, hastalığın belirtilerini ele almıştır. Yazısında diğer insanlara karşı belirgin ilgisizlikleri olan 11 (3 kız, 8 erkek) çocuğunda; sosyal iletişim kurma zorluğu, söylenenleri tekrar etme (ekolali), zamirlerin tersten kullanımı, basmakalıp hareketler ve aynılıkta ısrarcı olma, değişime direnç ve dil işlevlerinde bozukluk gibi belirtileri ayrıntılı olarak anlatmıştır. Bu tabloyu "erken bebeklik otizmi – early infantil autism" olarak adlandırmıştır. Ancak yine de 1980'e kadar otizmin tam bir tanımı yapılmamış, bebeklik şizofrenisi gibi adlandırmalarla terminoloji karmaşası yaşanmıştır. 1980 yılında tanı sınırları netleşerek DSM-III'te, Yaygın Gelişimsel Bozukluk (YGB) grubu içinde yerini almıştır (16). DSM-III'ün yayınlanmasından sonraki çalışma raporları "Asperger Bozukluğu (AB)" (17), "Rett Bozukluğu (RB)" (18) ve "Çocukluğun Dezintegratif Bozukluğu (ÇDB)" (19) gibi diğer gelişimsel bozuklukların da YGB'nin ayrı alt tipleri olarak kabul edilmesi gerektiğini savunmuştur. 1987 yılında, Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) DSM-III-R'de, YGB genel başlığının altındaki alt başlıklar, otistik bozukluk (OB) ve "Başka Türü Adlandırılmayan Yaygın Gelişimsel Bozukluk (BTA-YGB)" olmuş ve başlangıç yaş sınırı belirtilmemiştir. 1994 yılında, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition'da (DSM-IV) bu alt başlıklara, "Rett Bozukluğu (RB)", "Çocukluğun Dezintegratif Bozukluğu (ÇDB)" ve "Asperger Bozukluğu (AB)" da eklenmiştir (20). Ardından APA'nın önerisi ile 2007'de, DSM-IV'ün YGB kavramını gözden geçirmek ve yeni bir tanımlama ve tanısal ölçüt geliştirmek amacıyla Nörogelişimsel Bozukluklar Çalışma Grubu oluşturulmuştur. Bu grubun çalışmaları neticesinde; YGB için kategorik anlayış yerine boyutsal yaklaşım anlayışının kullanılması önerilmiştir. Alt tiplerin hepsinin tarif edilen boyutun farklı yerinde fakat yelpazenin bir parçası olduğu görüşü bu önerinin ana temelini oluşturur.

Ayrıca YGB yerine OSB deyiminin kullanılması ve OSB'nin şiddetine göre gruplandırılması da önerilmiştir (21). Amerikan Psikiyatri Birliği yönetim kurulu DSM-5 için Nörogelişimsel Bozukluklar Çalışma Grubunun tasarladığı yeni OSB tanı ölçütlerini kabul etmiş ve onaylamıştır. Otizm spektrum bozukluğunun doğası hakkında son 30 yılda önemli bulgular elde edilmiş olsa da halen karanlıkta kalan bazı noktalar vardır. Geçmişte yoğun olarak psikojenik bir hastalık olarak görülen OSB, günümüzde tüm psikiyatrik durumlar içinde kalıtsal olma özelliği oldukça fazla olan anormal nöroanatomik ve nörokimyasal bulguların görüldüğü nörogelişimsel bir hastalık olarak kabul edilmektedir (22).

2.1.3. Epidemiyoloji

Otizmin prevalansına yönelik ilk çalışma, 1966 yılında İngiltere'de 8-10 yaş arasındaki çocuklar arasında yapılmış olup bu çalışmada hastalığın prevalansı 4,5/10,000 olarak bildirilmiştir (23). Newschaffer ve ark. 2007'deki araştırmalarında otizmin prevalansını 1.000 kişiye 1-2, OSB'nin prevalansını da 1.000 kişide 6 kadar olduğu tahmin etmektedir (24). Benzer olarak Fombonne'nin 2009 yılında yayınlanan derleme çalışmasında, OB ortalama prevalansı 20.6/10,000, OSB'nin ise ortalama prevalansı 60-70/10.000 (yaklaşık 1/150) olarak bildirilmiştir (25). Amerika Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi'nin (Centers for Disease Control and Prevention [CDC]) verilerine göre 2018 yılı için OSB'nin sıklığını %1,4 yani yaklaşık 59'da 1 olarak bildirilmiştir (2). Güney Kore'de yapılan 7-12 yaş aralığında yaklaşık 55 bin çocuğun değerlendirildiği bir epidemiyolojik çalışmada ise OSB yaygınlığı % 2,64 (38'de 1) olarak saptanmıştır (26). Yapılan prevalans çalışmaları otizm vakalarının 1990'lardan günümüze oldukça önemli oranda artış sergilediğini göstermektedir (27). Bu durumun olası nedenleri arasında; OSB tanı kriterlerinin değişmesi ile birlikte spektrumun kapsamının genişletilmesi, önceleri zeka geriliği tanısı alan çocukların OSB tanısına kayması, OSB ile ilgili farkındalığın artması gibi nedenler sıralanabilir (25).

Otizm spektrum bozukluğuna erkek cinsiyette daha sık rastlanmaktadır. Cinsiyet açısından incelendiğinde erkek/kız oranı yaklaşık 4,5/1'dir (1). Fombonne çalışmasında, zeka geriliği olan grupta ise OSB'li erkek/kız oranının 1,9/1 olduğunu normal zekaya sahip OSB'lilerde ise erkek/kız oranının 5,75/1 olduğunu bildirmiştir (28).

2.1.4. Etiyopatogenez

Günümüze kadar hastalığın etiyojisini ortaya koymaya yönelik birçok çalışma yapılmış olsa da henüz yaygın kabul görmüş bir teori yoktur. Öne sürülen başlıca etken ve teoriler;

1) Genetik Etkenler: Nöropsikiyatrik hastalıkların ikiz eşlerinde de görülmesi yapılan genetik çalışmaları arttırmıştır. Hastalığı olan tek yumurta ikizlerindeki konkordans oranının çift yumurta ikizlerine oranla daha yüksek olması bir genetik geçişi düşündürmektedir (29). Bununla birlikte OSB'li bir çocuğun kardeşinde de OSB görülme olasılığı %3-10 arasında yani toplum sıklığının üzerindedir (30). Sonuç olarak, OB etiyojisinde genetik etkenlerin olması olasıdır ancak kalıtımla geçtiğine dair herhangi bir bilgi henüz bildirilmemiştir (31).

2) Psikodinamik ve ailesel etkenler: Kanner'in otizm için soğuk anne modeli ve çocuğun yetiştiriliş tarzı ile ilişkili olduğu savını öne sürmüş olsa da bu model yapılan çalışmalarla kanıtlanamamış ve bilim dünyası tarafından reddedilmiştir. Psikodinamik ve ailesel etmenlerin OSB etiyojisinde rolü olduğuna dair yeterli veri yoktur (32).

3) Biyolojik ve anatomik etkenler: Hastalara yapılan kapsamlı nörolojik muayenelerde beklenenin üstünde fonksiyon kaybı, epileptik nöbetler ve elektroensefalografi (EEG) anormalliklerin saptanabilmesi, diğer tıbbi durumlar ile birlikte görülmesi, ayrıca beyin görüntüleme, EEG, otopsi çalışmalarında anormalliklerin bulunması OSB'nin etiyojisinde biyolojik etmenleri akla getirmektedir. Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRI) çalışmaları OSB'lilerde yaşamın ilk yıllarında anormal beyin büyümesi olduğunu göstermektedir. Bu büyüme özellikle frontal lob, temporal lob ve amigdalada gözlenmektedir (33). Ancak gösterilmiş değişikliklerden hangilerinin ne derecede etkili olduğu bilinmemekle birlikte günümüzdeki anlayışa göre, OSB'de, merkezi sinir sistemini etkileyen bir veya birden fazla farklı etken söz konusudur.

4) Doğum öncesi, doğum sırası ve doğum sonrasındaki etmenler: Bazı çalışmalarda otistik bozukluklu çocuklarda pre, peri ve neonatal komplikasyonların yüksek oranda görüldüğü bildirilmiştir. İlk trimester ile ilişkili bazı konjenital sendromlar ile otizm birlikteliğinin bazı hastalarda gözlenmiş olması gebelikte maruz kalınan teratojen maddelerin etiyojide olası etkisini akla getirmektedir. Ayrıca bu sonuç otizm gelişiminin çok erken döneminde ortaya çıktığına dair bir kanıt olarak

kabul edilebilir (34). Doğum sonrasında maruz kalınan çevresel nedenlerin hastalık ile direkt ilişkisi hakkında bilimsel olarak ispatlanmış bir kanıt henüz yoktur (35). Fakat otizmin oluşmasına ya da klinik seyrinin kötüleşmesine neden olduğu yönünde ileri sürülen bazı çevresel faktörler sıralanmaktadır. Bunlar arasında bazı besinler, ağır metaller, solventler, dizel egzoz gazı, plastik ürünlerde kullanılan ftalatlar ve fenoller, pestisitler, bromine alev geciktiriciler, alkol, sigara, yasadışı uyuşturucular bulunur (24).

5) Çevresel ve diğer etkenler: OSB gelişiminde bazı çevresel faktörler suçlanmaktadır. Araştırmalarda ileri ebeveyn yaşı, düşük doğum ağırlığı, intrauterin enfeksiyonlar, aşılar, D vitamini eksikliği, ilaçlar ve toksik madde maruziyeti ile ilişkiyi ortaya koymaya yönelik çalışmalar vardır. İleri anne ve baba yaşının OSB etiyojisinde ilişkili olabileceğine dair önemli yayınlar bulunmaktadır (36). Bir dönem aşilarla ile otizm arasında bir bağlantı olabileceği üzerinde durulmuş olmasına rağmen yapılan metaanaliz çalışmaları ile aşilarla otizm arasında hiçbir ilişki olmadığı net olarak ortaya konmuştur (37). Bazı araştırmalara göre hamilelik ve erken çocukluk çağında görülen D vitamini eksikliği, OSB etiopatogenezinde rol oynamaktadır (24).

2.1.5. DSM-5 kriterlerine göre OSB tanısı

DSM-IV-TR’de Yaygın Gelişimsel Bozukluklar başlığı altında 5 alt kategorisi olan “Otistik Bozukluk”, “Çocukluğun Dezintegratif Bozukluğu”, “Asperger Bozukluğu” ve “Başka Türlü Adlandırılmayan Yaygın Gelişimsel Bozukluk” “Rett Bozukluğu” tanıları DSM-5’te “Otistik Spektrum Bozukluğu” ismiyle birleştirilmiştir. DSM-IV-TR’deki kategorik anlayış, uygulamada belirli bir eşiği geçen tüm hastaları aynı kefe içine yerleştirmiş ve belirtilerin özgüllük ve duyarlılığını göz önüne almamıştır. Bu nedenle DSM-5’te kategorik anlayışa ek olarak boyutsal yaklaşımın da psikopatolojilerin kavramsallaştırılmasında benimsendiği görülmektedir. Boyutsal yaklaşım, ruhsal bozukluklara dereceli bir değerlendirme getirip patolojiyi sürekli bir boyut olarak değerlendirir ve her hastayı bu sürekliliğin farklı bir noktasına yerleştirir.

DSM-5 ile gelen farklılıklar ve yenilikler şu şekilde sıralanabilir (38);

- YGB başlığı altında yer alan OB, AB, ÇDB ve BTA-YGB tanı kategorileri; “Otizm Spektrum Bozukluğu” tanısı altında birleştirilmiştir.

- Genetik zemini nedeniyle Rett Bozukluğu OSB tanı grubuna dahil edilmemiştir.
- OSB belirtilerinin yer aldığı alanların sayısı üçten ikiye indirilmiştir. Buna göre “sınırlı ve yineleyici ilgi, davranış ve etkinlikler” alanı varlığını korurken, toplumsal etkileşim ve dil alanları “toplumsal etkileşim/iletişim eksiklikleri” adı altında birleştirilmiştir.
- OSB tanısı için “toplumsal etkileşim/iletişim eksiklikleri” alanındaki üç ölçütten üçünün; “sınırlı ve yineleyici ilgi, davranış ve etkinlikler” alanındaki dört ölçütten en az ikisinin karşılanması gerekliliği getirilmiştir.
- “Sınırlı ve yineleyici ilgi, davranış ve etkinlikler” alanına duysal uyarana karşı azalmış veya artmış tepkisellik veya çevrenin duysal yönüne karşı uygun olmayan ilgi düzeyi ölçütü eklenmiştir.
- OSB tanısı alan bireyler arasında, bozukluğun şiddet düzeyi; 1 (hafif), 2 (orta) veya 3 (ağır) olarak belirlenmiştir.

OSB belirtilerinin erken çocukluk döneminde ortaya çıkma zorunluluğu hala geçerlidir ancak, bu belirtilerin sosyal gereksinimlerin sınırlı olan kapasiteyi aşmadan belirgin hale gelmeyebileceği veya bu belirtilerin öğrenilmiş stratejiler sonucunda ileriki yaşamda maskelenebilme ihtimali vurgulanmıştır.

Tablo I. Otizm açılımı kapsamındaki bozuklukların DSM-5 tanı kriterleri (39).

- A. O sırada ya da öyküden alınan bilgilere (ayrıntılardan çok örnekleyen= göre, aşağıdakilerle kendini gösteren, değişik biçimleriyle toplumsal iletişim ve toplumsal etkileşimde süregiden eksiklikler:
1. Sözelimi, olağandışı toplumsal yaklaşım ve karşılıklı konuşamamadan, ilgilerini, duygularını ya da duygulanımını paylaşamamaya, toplumsal etkileşimi başlatamamaya ya da toplumsal etkileşime girememeye dek değişen aralıkta, toplumsal-duygusal karşılıklılık eksikliği.
 2. Sözelimi, sözel ve sözel olmayan tümleşik iletişim yetersizliğinden, göz iletişimi ve beden dilinde olağandışlıklara ya da el-kol devinimlerini anlama ve kullanma eksikliklerine, yüz ifadesinin ve sözel olmayan iletişimin hiç olmamasına dek değişen aralıkta, toplumsal etkileşim için kullanılan sözel olmayan iletişim davranışlarında eksiklikler.
 3. Sözelimi, değişik toplumsal ortamlara göre davranışlarını ayarlama güçlüklerinden, imgesel oyunu paylaşma ya da arkadaş edinme güçlüklerine, yaşıtlarına ilgi

göstermemeye dek değişen aralıkta, ilişkiler kurma, ilişkilerini sürdürme ve ilişkileri anlama eksiklikleri.

- B. O sırada ya da öyküden alınan bilgilere (ayrıntılardan çok örnekleyen) göre, aşağıdakilerden en az ikisi ile kendini gösteren, sınırlı, yineleyici davranış örüntüleri, ilgiler ya da etkinlikler:
1. Basmakalıp ya da yineleyici devinsel (motor) eylemler, nesne kullanımları ya da konuşma (örn. yalın devinsel basmakalıp davranış örnekleri, oyuncakları ya da oynar nesneleri sıraya dizme, yankılama [ekolali], kendine özgü deyişler).
 2. Aynılık konusunda direnme, sıradanlık dışına esneklik göstermeme ya da törensel sözel ya da sözel olmayan davranışlar (örn. küçük değişiklikler karşısında aşırı sıkıntı duyma, geçişlerde güçlükler yaşama, katı düşünce örüntüleri, törensel selamlama davranışları, her gün aynı yoldan gitmek ve aynı yemeği yemek isteme).
 3. Yoğunluğu ve odağı olağandışı olan, ileri derecede kısıtlı, değişkenlik göstermeyen ilgi alanları (örn. alışılmadık nesnelere aşırı bağlanma ya da bunlarla uğraşıp durma, ileri derecede sınırlı ya da saplantılı ilgi alanları).
 4. Duyusal girdilere karşı çok yüksek ya da düşük düzeyde tepki gösterme ya da çevrenin duyusal yanlarına olağandışı bir ilgi gösterme (örn. ağrı/ısıya karşı aldırıışsızlık, özgül birtakım seslere ya da dokulara karşı ters tepki gösterme, nesneleri aşırı koklama ya da nesnelere aşırı dokunma, ışıklardan ya da devinimlerden görsel büyülenme).
- C. Belirtiler erken gelişim evresinde başlamış olmalıdır (toplumsal gerekler sınırlı yeterliğin üzerine çıkana dek tam olarak kendini göstermeyebilir ya da daha sonraki yıllarda, öğrenilen yöntemlerle maskelenebilir).
- D. Belirtiler, toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında klinik açıdan belirgin bir bozulmaya neden olur.
- E. Bu bozukluklar, anlıksal yeti yitimi (anlıksal gelişimsel bozukluk) ya da genel gelişimsel gecikme ile daha iyi açıklanamaz. Anlıksal yeti yitimi ve otizm açılımı kapsamında bozukluk sıklıkla bir arada ortaya çıkar. Otizm açılımı kapsamında bozukluk ve anlıksal yeti yitimi eş tanısı koymak için, toplumsal iletişim, genel gelişim düzeyine göre beklenenin altında olmalıdır.

2.1.6. Otizm spektrum bozukluğunun klinik görünümü

Otizm Spektrum Bozukluğu tüm hastalarda aynı şiddette olmasa da genel olarak sosyal-duygusal işlevsellikte, sözel ve sözel olmayan iletişim becerilerinde bozukluk ve sapmaların yanı sıra sınırlı-kısıtlı ilgi alanları ve davranışlar ile karakterize bir klinik görünüm sergilemektedir (40).

Sosyal etkileşimde bozulma: Tüm OSB'li çocukların anne ve babalarına ya da diğer kişilere ilgi göstermelerinde ve kişilerarası yakınlık kurmalarında az veya çok bozukluk vardır. Bebekliklerinde, bu çocukların birçoğunda sosyal gülümsememe, göz

temasında ve seslenmeye yanıtta kısıtlılık gözlenebilir. Bakım veren kişi kendisini kucaklamak istediğinde beklenen beden duruşunu almazlar. Anormal göz teması sık görülen bir bulgudur. Nesnelere doğrudan bakmak yerine çevresel (periferik) bakışları vardır. Her zaman tümü ile gözlenmese de OSB tanılı bir çocuğun sosyal gelişiminde bağlanma davranışının olmadığı ve kişiye özgü bağlanmanın bozuk olduğu bildirilmektedir. Otizm tanılı çocuklar sıklıkla yaşamlarındaki en önemli kişileri: annelerini, babalarını, öğretmenlerini tanımaz ya da ayırt edemez gibi görünürler. Yabancı bir ortamda tanımadığı kişiler ile yalnız kaldıklarında ayrılık kaygısı göstermeyebilirler. Otizm tanılı çocuklar dokunsal uyaranlardan sakınabilirler. İlgisiz, içe çekilmiş ve diğer kişilerin farkında değilmiş gibi görülürler. Başka bir kişi ile ortak hedeflerde ya da etkinliklerde dikkatin azalmış olması küçük otistik çocuklarda görülen çarpıcı bir özelliktir. Başkalarının davranışlarını taklit etmezler, nesneleri gösterme, verme ve paylaşma gibi iletişim yollarını kullanmazlar. Okul çağı öncesindeki çocuklarda, başkalarının ya da kendisinin düşüncelerini, inançlarını ve duygularını anlayabilme yetisinin (zihin kuramı) gelişmiş olması beklenir. Otistik bozuklukta ise zihin kuramının gelişimindeki yetersizlikler nedeni ile başkalarını ses tonundan ve yüz ifadesinden duygu durumunu yorumlamada eksiklikler görülebilir. Yaşlılarıyla oyun oynamazlar ve tek başına olmayı yeğlerler. Sosyal beceriksizlikler ve uygunsuzluklar gösterirler. Empati yapamazlar (40).

İletişimde nitel bozulma: Otistik bozukluğun tanısında dil gelişiminde kısıtlılık ve sapmaların olması önemli bulgular arasındadır. Hastaların yaklaşık %50 si konuşmayı iletişim aracı olarak kullanamaz. Konuşmanın başlamaması veya gecikmesi okul öncesi çocuklarda en sık hekime başvuru nedenidir. Bebeğin dil gelişim basamaklarında gecikme veya anormallik gözlenebilir. Babıldama (babbling) azalmış ya da anormal olabilir. Yaşamın erken dönemlerinde, geç ya da hemen ortaya çıkan ekolali, zamirleri karıştırma, tekrar edici (stereotipik) konuşmalar; daha sonraki dönemlerde ise söylem bozuklukları, sözcük ve ses çıkarmadaki eksiklikler otizmde görülebilir. Konuşması olmayan hastaların çoğunda zeka geriliği bulunmaktadır. Dil gelişimi olan OSB’li çocukların birçoğunda anlamlı sözel ilişkiye girme yetisi yoktur ve ancak özel olarak seçtikleri sözcükleri ve şarkıları söyleyebilirler. Bazı yüksek işlevsellik gösteren OSB’li çocukların sayılardan ve rakamlardan büyülendiği ve okul öncesinde kendi kendilerine okumayı öğrendikleri (hiperleksia) görülebilir. Bununla

birlikte, bu çocuklar anlamadan okumaktadırlar (40, 41). Asperger sendromlu hastalarda dil gelişimi normal olmasına rağmen dili anlamada, kullanırken vurgulama ve tonlamada bozukluklar gözlenir. Bu hastalar iletişimde uygunsuz ve garip davranışlar sergilerler. Sesin yüksekliğini ayarlayamazlar. Dilin pragmatik kullanımında beceriksizlik vardır. Anlattıklarında çevresel ve teğetsel konuşma sık görülür (42, 43).

Davranış, ilgi ve etkinliklerde sınırlı, basmakalıp ve yineleyici örüntü:

Otizm tanılı çocukların yaşamlarının ilk yıllarında normal çocuklarda olduğu gibi oyuncaklara ve araştırıcı oyunlara ilgi yoktur ya da çok azdır. Oyuncak ve nesnelerle amaçsız, yaratıcılıktan uzak bir şekilde kendi başlarına oynarlar. Özellikle objelerin küçük kısımları ile sürekli oynama, sallanma gibi hareketler gözlenebilir. Otizm tanılı çocuklar sıklıkla kendi etrafında dönme, ellerini kanat çırpma tarzında sallama, parmak uçlarında yürüme, nesneleri çevirip döndürme, motor beceriksizlikler, yere vurma ya da sıraya dizme davranışları sergiler. Bu çocuklar değişikliklere direnç gösterirler, davranışlarında değişmezlik (rijidite) vardır. Ortamın değişmesi, mobilyaların değiştirilmesi ya da banyodan önce kahvaltı yapma gibi günlük yaşam olaylarındaki sıranın değiştirilmesi sonucunda panik veya öfke nöbetleri gözlenebilir. Olaylara uygunsuz duygusal yanıtlar verme, hiç sebep yokken gülme ya da aniden öfke patlamaları görülebilmektedir. Ayrıca zeka düzeyi ile ters orantılı olarak kendine ya da etrafındakilere vurma, ısırma gibi saldırgan davranışlar sergilenebilmektedir (40, 44).

Bilişsel özellikler: Otizme zeka geriliği sıklıkla eşlik etmektedir. Bu hastalardaki davranış problemleri zeka düzeyi ile alakalı olup prognozu doğrudan etkilemektedir (40, 44).

Otizm tanılı çocukların yaklaşık olarak %40'ının zeka bölümü 50-55'in altında; %30'unda 50-70 arasında; %30'unda ise 70 ya da 70'in üzerindedir. Otistik bozukluğu olan çocuklarda sözel zeka bölümünün performans zeka bölümünden daha düşük olduğu bildirilmektedir. Bazı OSB'li hastalarda genel becerilerinden farklı olarak bir alanda üstün yeteneklere sahip olabilir. Örneğin bellek, küplerle desen, müzik, resim, takvim hesaplama gibi alanlarda normal çocuklardan çok daha başarılı olabildikleri görülebilmektedir. Bu durumun, normal "düşünme"nin bozulması ve

gecikmesinin sonucu olarak diğer becerilerin aşırı gelişmesi sebebiyle olabileceği düşünülmektedir(45). Savant sendromu başka nörolojik ya da organik hastalıklara eşlik edebileceği gibi bazı OSB'li hastalarda da belirli alanlarda (müzik, matematik, hafıza vb.) özel yeteneklerin olduğu konjenital ya da edinilmiş bir durumdur (46).

Asperger bozukluğu olan çoğu hasta normal zeka seviyesinde ancak sıklıkla beceriksizdir.

Başka türlü adlandıramayan yaygın gelişimsel bozuklukta da zeka düzeyleri değişken olmakla birlikte genelde sınır düzeydedir. Motor koordinasyon problemleri ve silik nörolojik bulgular bulunabilir (47). Walker ve arkadaşlarının 2004 yılında yaptığı bir çalışmada işlevsellik ölçümleri açısından BTA-YGB olan çocuklar, OSB ve Asperger bozukluğu olguları arasında puanlar almışlardır (48).

2.1.7. Otizm spektrum bozukluğu tedavisi

Otizm spektrum bozukluğu yaşam boyu süregelen bir durum olup tedavinin ana amaçları, ilgili bozuklukları ve ailenin çektiği sıkıntıyı azaltmak ve yaşam kalitesi ile işlevsel bağımsızlığı sağlamaktır. Terapi çocuğun gereksinimlerine göre düzenlenmelidir. İyi yapılandırılmış, kişiye özel ve mümkün olan en erken yaşlarda başlayan yoğun ve sürekli eğitim programları ve davranış terapileri çocukların kendine bakabilme, sosyal ve iş yetileri kazanabilmesi sağlanabilir (49) ve sıklıkla işlevselliği artırır, belirtilerin şiddetini ve uyumsuz davranışları azaltır (50).

Otizm tanılı çocukların eğitiminde, Lowaas, TEACCH (treatment and education of autistic and related communication handicapped children), resimler vasıtasıyla iletişim sistemi (Picture Exchange communication system) gibi farklı özel eğitim teknikleri uygulanabilmektedir. Hastalığın yönetiminde ilaçlar genellikle hem eşlik eden komorbid durumlara yönelik hem de eğitimi güçleştiren, hastalığa özgün sorunlara yönelik olarak kullanılabilir (51). Oswald ve ark. Amerika Birleşik Devletleri'nde OSB tanılı çocukların yarısından fazlasına psikotrop ilaçlar ya da antikonvülsanlar reçete edildiğini bildirmişlerdir.

2.1.8. Otizm spektrum bozukluğunun seyri

Çocukluğunda OSB tanısı alan hastaların erişkin dönemde yaklaşık üçte ikisi bir bakım verene tamamen bağımlı ya da yarı bağımlı şekilde yaşamlarını

sürdürürlerken bağımsız veya kısmen bağımlı olarak yaşayan bireylerin oranı %5-10 olduğu tahmin edilmektedir. Erken tanı alan, beş yaşından önce konuşması olan, zeka düzeyini yüksek olan ve eğitimden faydalananlarda prognozun dahi iyi olması beklenebilir. Ancak zeka geriliği ve diğer eşlik eden hastalıkların (örneğin, tıbbi sendromlar, epilepsi ve nöropsikiyatrik bozukluklar) olması durumunda prognoz genellikle daha kötüdür (52).

2.2. Otizm bilgi düzeyini belirleyen ölçüm araçları

Literatürde otizm bilgi düzeyini ölçmek için oluşturulan ölçme araçları incelendiğinde Autism Knowledge Survey (AKS) (53), the Knowledge about Childhood Autism among Health Workers Questionnaire (KCAHW) (10), the Autism Knowledge Questionnaire (AKQ) (54), AKS-gözden geçirilmiş form (55), the Autism Inclusion Questionnaire (AIQ) (56), the Knowledge of Autism Questionnaire (KAQ) ve the Knowledge of Autism/Asperger Syndrome measure (KAAS) (57) sayılabilir. Geliştirilen ölçeklerin farklı popülasyonlarda (psikolog, hekim, öğretmen, ebeveyn, erişkin popülasyon, tıp öğrencileri, bakımverenler, okul hemşireleri, akran, sağlık çalışanları, özel eğitimciler, kardeş, anne, aile hekimi vb.) bilgi düzeyini ölçmek amacı ile kullanıldığı görülmektedir. Bu ölçeklerin kimi görüşmeye dayalı, kimi doğru/yanlış şeklinde kimi de Likert tipi ölçüm yapmaktadır. Ölçeklerin farklı ülkelerde kullanılması ile ilgili teknik açıdan karşılaşılan güçlüklerden bir tanesi de dil/kültürel adaptasyonunun yapılmadan kullanılması olduğu belirtilmiştir (12). Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış olan tek ölçek KCAHW (Sağlık Çalışanlarının Çocukluk Çağı Otizmi Hakkında Bilgi Anketi) dir.

2.3. Türkiye’de aile hekimliği uzmanlık eğitimi

Ülkemizde günümüzdeki aile hekimliği uzmanlığı kavramına benzer ilk uygulamaya 1947’de Sağlık Bakanı Dr. Behçet UZ önderliğinde “Genel Sağlık Uzmanlığı” adı altında başlanılmış ancak programa 1955’te son verilmiştir. 1980’li yıllarda aile hekimliği kavramı tekrar gündeme gelmeye başlamış ve 1983’te aile hekimliği ayrı bir uzmanlık dalı olarak "Tababet Uzmanlık Tüzüğünde" yer almıştır. Tababet uzmanlık tüzüğüne göre eğitim süresi pratisyenler için üç yıl, pediatri ve dahiliye uzmanları için bir yıl dört ay olarak belirlenmiştir. Ardından 1984’te Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesinde ilk aile hekimliği anabilim dalı kurulmuş bir yıl sonra

da Ankara, İstanbul ve İzmir’de Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde Aile Hekimliği Uzmanlık eğitimi başlatılmıştır. Günümüzde artık birçok tıp fakültesi ve eğitim araştırma hastanelerinde aile hekimliği anabilim dalı tıpta uzmanlık öğrencisi kabul etmektedir (58).

Kasım 2011 tarihinde çıkarılan 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile 1219 Sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanununa ek yapılarak; 24/11/2004 tarihli ve 5258 sayılı Kanun hükümlerine göre sözleşmeli aile hekimi olarak çalışmakta olanlar, tıpta uzmanlık sınavı sonuçlarına göre, merkezi yerleştirmeye tabi olmaksızın, Tıpta Uzmanlık Kurulunca belirlenen esaslar çerçevesinde aile hekimliği uzmanlık eğitimi yapabilir” hükmü eklenmiştir. Tıpta Uzmanlık Kurulunun (TUK) 02-03/01/2014 tarih ve 406 sayılı kararı ile belirlenen usul ve esaslar çerçevesinde 2014 yılı ilkbahar dönemi Tıpta Uzmanlık Eğitimi Giriş Sınavı sonuçlarına göre uzmanlık öğrencisi alınmaya başlanmıştır. Sözleşmeli aile hekimliği uzmanlığı (SAHU) müfredatı (amaç, öğrenim hedefleri, rotasyon dal ve süreleri, ölçme değerlendirme yöntemleri, tez süreci) 1219 sayılı Kanununa ekli çizelgede 3 yıllık eğitim süresi olduğu belirtilen aile hekimliği uzmanlık eğitimi ile aynıdır. Eğitim süresi, eğitim kurumuna ilk kayıt tarihinden itibaren 6 yıl olup bu sürenin 18 aylık kısmını rotasyonlar oluşturmaktadır (59).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın amacı ve tipi

Bu araştırma İzmir ilindeki aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin otizm spektrum bozukluğuna yönelik bilgi düzeylerinin incelendiği tanımlayıcı nitelikte bir anket çalışmasıdır.

3.2. Çalışmanın etik yönü

Çalışmanın yürütülmesinde Helsinki Bildirgesi ilkelerine uyuldu. Çalışma için Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar etik kurulundan 12.06.2019 tarih ve 01 karar numarası ile alındı. Çalışmada kullanılan Sağlık Çalışanlarının Çocukluk Çağı Otizmi Hakkında Bilgi Anketi'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği çalışmasını yapan araştırmacıdan (Börte GÜRBÜZ ÖZGÜR) izin alındı. Çalışmaya katılan tüm gönüllülere çalışma ve uygulanacak prosedür ayrıntılı olarak anlatıldı ve onamları alındı.

3.3. Araştırmanın yapıldığı yer ve zaman

Araştırma İzmir ilinde aile hekimliği uzmanlık eğitimi veren üniversite ve eğitim ve araştırma hastanelerinde, 1.4.2019-1.10.2019 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

3.4. Araştırmanın evreni ve örnekleme

Aralık 2018 verilerine göre İzmir il sınırları içinde Aile Hekimliği Uzmanlık eğitim almakta olan 241 kişi saptanmıştır. Araştırma evreni İzmir ilindeki Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Aile Hekimliği Uzmanlığı eğitimi alan tüm aile hekimliği asistanlarına ulaşılması hedeflendi. Çalışma kapsamında 210 kişiye ulaşıldı.

3.4.1. Araştırmaya dahil edilme ölçütleri

- İzmir ilinde aile hekimliği uzmanlık öğrencisi olmak.

3.4.2. Araştırmadan dışlama ölçütleri

- Çalışmaya katılmak için onam vermemek

- Bilgi düzeyi anket sorularından iki veya daha fazlasını doldurmayanlar

3.5. Veri toplama araçları

Katılımcılara araştırmacı tarafından hazırlanmış olan sosyodemografik bilgileri ve otizm ile ilgili bilgi düzeyini etkileyebilen değişkenleri içeren veri formu ile birlikte Sağlık Çalışanlarının Çocukluk Çağı Otizmi Hakkında Bilgi Anketi yüz yüze uygulandı.

3.5.1. Sosyodemografik ve otizm ile ilgili bilgi düzeyini etkileyebilen değişkenler formu

Araştırmada katılımcıların sosyodemografik özelliklerini araştıran bir soru formu uygulanmıştır. Ayrıca asistanın OSB bilgi düzeyini etkileyebilecek değişkenleri araştırmak için; OSB tanılı çocuğu olup olmadığı, OSB tanılı bir hasta takip edip etmediği, asistanlık eğitimi sürecinde OSB ile ilgili bir eğitim alıp almadığı, Otizm tarama ve takip programı hakkında bilgisi olup olmadığı, çocuk psikiyatrisi stajı alıp almadığı, daha önce bir ruh sağlığı kliniğinde çalışıp çalışmadığı ve otizm ile ilgili kendi bilgi düzeyini değerlendirdiği sorular ankette yer almaktadır (EK 1). Katılımcıların bilgi düzeyi algısı, araştırmacılar tarafından oluşturulmuş 5’li Likert tipi bir soru ile ölçülmüştür.

3.5.2. Sağlık Çalışanlarının Çocukluk Çağı Otizmi Hakkında Bilgi Anketi (SÇOBA)

Bakare ve ark. (2008) tarafından geliştirilmiş olan “Knowledge about childhood autism among health workers (KCAHW) questionnaire” anketi 19 sorudan oluşmaktadır (10). Sağlık çalışanlarının otizme yönelik bilgi düzeyini ölçmek için kullanılan anket otizme yönelik 4 alanı sorgulamaktadır (EK 2). Birinci alan; 8 maddeden oluşmakta ve otizmlili çocuklarda görülen sosyal etkileşimdeki bozulmayı göstermektedir. Alan 2 sadece bir sorudan oluşmakta ve iletişim ve dil gelişimi ile ilgili belirtiyi sorgulamaktadır. Alan 3 dört sorudan oluşmakta ve otizmde görülen davranışlardaki obsesif ve kompulsif alana, tekrarlayıcı ve stereotipik alana işaret etmektedir. Alan 4 ise altı sorudan oluşmakta ve otizmin ne çeşit bir bozukluk olduğu, olası komorbid durumları ve ortaya çıkış yaş dönemini sorgulamaktadır. Anketten alınan toplam puan 0 ile 19 arasında değişmektedir. Cevaplar bilmiyorum, evet ve hayır şeklinde derecelendirilmiş olup doğru cevap 1 puan, diğer cevaplar 0 puana denk

gelmektedir. Alan 4'te üç soru ters puanlanmaktadır. Anketin uygulandığı popülasyondaki ortalama anket puanı o örneklemdaki çocukluk çağı otizmine yönelik bilgi düzeyini ölçmektedir. Anketin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Gürbüz Özgür ve ark. tarafından yapılmıştır (11).

İstatistiksel analizde kullanılan yöntemler

Olguların verileri Windows için SPSS 17.0 paket programı kullanılarak değerlendirildi (60). Tanımlayıcı veriler ortalama, standart sapma, sayı, yüzde, medyan ve 25-75 persantil olarak belirtildi. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk testi ile değerlendirildi. İki grup arasındaki fark Mann Whitney U testi ile incelendi. Birden fazla grup arasındaki fark parametrik olmayan testlerden Kruskal-Wallis ile bakıldı. İki değişken arasındaki ilişki Sperman korelasyon testi ile belirlendi. İstatistiksel anlamlılık için p değeri 0,05'in altı anlamlı olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

4.1. Sosyodemografik ve hastalıkla ilişkili değişkenler

Katılımcıların 133'ü (%63,3) kadın, 77'si (%36,7) erkekti. Tüm katılımcıların yaş ortalaması $31,65 \pm 7,36$ yıldır. Aile hekimi asistanlarının yaş ortalaması $28,51 \pm 3,3$ iken SAHU öğrencilerinin yaş ortalaması $42 \pm 7,13$ idi.

Katılımcıların %52,9'u evli idi ve ortalama çocuk sayısı 0,4 olarak bulundu. Uzmanlık öğrencilerinin 17'si (%8,1) önceden başka bir tıpta uzmanlık dalında asistanlık eğitimi almış olduğu; 24 kişinin (%11,4) önceden ruh sağlığı hizmeti veren bir klinikte (psikiyatri kliniği, toplum ruh sağlığı merkezi) çalıştığı; 97'sinin (%46,2) tıp fakültesi eğitimi sırasında çocuk psikiyatrisi stajı aldığı belirlendi.

Otizm spektrum bozukluğu şüphesi olan bir hastanın değerlendirme sürecine katılan asistan oranı %17,1 idi. Sadece bir uzmanlık öğrencisinin OSB tanılı çocuğu varken 3 katılımcının kronik hastalığı olan bir çocuğu vardı. Yakınlarında veya çevresinde OSB tanısı almış olan uzmanlık öğrencisi sayısı 36 idi. Otizm spektrum bozukluğu tanısı ile hasta takip etmiş olan kişi sayısı 37 idi. Katılımcıların %31'i önceden OSB ile ilgili bir eğitime katılmış olup %21'i aile hekimliği uzmanlık eğitimi sürecinde OSB eğitimi almıştır. %43,3 katılımcının Sağlık Bakanlığı'nın otizm tarama ve takip programı düzenlediği hakkında bilgisi vardı.

Katılımcıların sosyodemografik ve otizme yönelik bilgi düzeyleri ile ilgili değişkenlerini içeren veriler Tablo II'de sunuldu.

Tablo II. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri.

Değişkenler		n (%)
Görev	Aile hekimi asistanı	163 (77,6)
	SAHU*	47 (22,4)
Cinsiyet	Kadın	133 (63,3)
	Erkek	77 (36,7)
Medeni durum	Evli/Birlikte	111 (54,4)
	Bekar/Yalnız yaşıyor	87 (42,6)
	Eşinden ayrılmış/eşi ölmüş	6 (2,9)
Önceden eğitim aldığı tıpta uzmanlık branşı	Var	17 (8,1)
	Yok	193 (91,9)
Gelir-gider durumu	Gelirim giderimin çok altında	23 (11,2)
	Gelirim giderimin biraz altında	33 (16,1)
	Gelirim giderime eşit	89 (43,4)
	Gelirim giderimden biraz fazla	57 (27,8)
	Gelirim giderimden oldukça fazla	3 (1,5)
Daha önce ruh sağlığı kliniğinde çalışma	Evet	24 (11,5)
	Hayır	184 (88,5)
Fakülte eğitim sürecinde çocuk psikiyatrisi stajı almış olma	Evet	97 (46,2)
	Hayır	113 (53,8)

Aile hekimliği asistanlık sürecinde çocuk psikiyatrisi stajı yapmış olma	Evet	7 (3,3)
	Hayır	203 (96,7)
Otizm tanısı olan bir çocuğun değerlendirme sürecinde bulunmuş olmak	Evet	36 (17,1)
	Hayır	173 (82,4)
Otizm tanılı çocuğu olmak	Evet	1 (0,5)
	Hayır	210 (99,5)
Kronik hastalığı olan ya da engelli/özel gereksinimi olan çocuğu olmak	Evet	3 (1,4)
	Hayır	206 (98,6)
Çevrenizde otizm tanısı almış bir bireyin olması	Evet	36 (17,1)
	Hayır	173 (82,8)
OSB tanılı hasta takip etmek	Evet	37 (17,6)
	Hayır	173 (82,4)
Önceden otizm ile ilgili bir eğitim almış olmak	Evet	65 (31)
	Hayır	145 (69)
Sağlık bakanlığının yürüttüğü otizm tarama ve takip programı hakkında bilgisi olmak	Evet	91 (43,3)
	Hayır	117 (55,7)

*SAHU: Sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık öğrencisi

4.2. Sağlık Çalışanlarının Çocukluk Çağı Otizmi Hakkında Bilgi Anketi Sonuçları

Tüm katılımcıların SÇOBA toplam puan ortalaması $12,3 \pm 3,15$ idi. Alt boyutlardan alınan ortalama puanlar ise sırası ile Alan 1 $5,8 \pm 1,56$; Alan 2 $0,82 \pm 0,38$;

Alan 3 $2,51 \pm 1,06$; Alan 4 $3,16 \pm 1,45$ olarak saptandı. Anket alt boyut ve toplam puanlarının çeşitli değişkenler açısından gruplar arası karşılaştırılması Tablo III'te sunuldu. Aile hekimi asistanlarının SÇOBA sorularına verdikleri yanıtların dağılımı Tablo IV'te verildi.

Tablo III. SÇOBA alt boyut ve toplam puanlarının çeşitli değişkenler açısından karşılaştırma sonuçları.

		Alan 1 puanı		Alan 2 puanı		Alan 3 puanı		Alan 4 puanı		Toplam puan	
		Medyan (25-75 p)	p	Medyan (25-75 p)	p	Medyan (25-75 p)	p	Medyan (25-75 p)	p	Medyan (25-75 p)	p
Cinsiyet	Kadın	6 (5-7)	0,43	1 (1-1)	0,87	3 (2-3)	0,72	3 (2-4)	0,1	13 (10-14)	0,47
	Erkek	7 (5-7)		1 (1-1)		3 (2-3)		3 (2-4)		13 (11-14)	
Daha önce otizm eğitimi	Evet	7 (6-7)	<0,01	1 (1-1)	0,01	3 (2-3)	0,18	3 (3-4)	0,27	14 (12-15)	<0,01
	Hayır	6 (5-7)		1 (1-1)		2 (2-3)		3 (2-4)		12 (10-14)	
Asistanlıkta otizm eğitimi	Evet	7 (6-7)	0,03	1 (1-1)	0,73	3 (2-3)	0,42	4 (2-5)	0,14	15 (12-16)	0,02
	Hayır	6 (5-7)		1 (1-1)		3 (2-3)		3 (2-4)		13 (11-14)	
Otizm tanılı hasta takip etmiş olma	Evet	7 (6-7)	0,001	1 (1-1)	0,03	3 (2-3)	0,06	4 (3-5)	0,01	14 (13-15)	<0,001
	Hayır	6 (5-7)		1 (1-1)		2 (2-3)		3 (2-4)		13 (10-14)	
OSB'li çocuğun değerlendirme sürecinde bulunmuş olma	Evet	7 (6-7)	<0,01	1 (1-1)	0,1	3 (2-4)	<0,01	4 (3-4,75)	<0,01	14 (13-15,75)	<0,001
	Hayır	6 (5-7)		1 (1-1)		3 (2-3)		3 (2-4)		13 (10-14)	

Otizm tarama programı hakkında bilgisi olması	Evet	7 (6-7)	0,29	1 (1-1)	0,66	3 (2-3)	0,22	3 (2-4)	0,87	13 (11-15)	0,23
	Hayır	6 (5-7)		1 (1-1)		3 (2-3)		3 (2-4)		13 (10-14)	
Çevrenizde otizm tanısı almış bir bireyin olması	Evet	6 (6-7)	0,32	1 (1-1)	0,25	2 (2-3)	0,64	3,5 (3-4)	0,1	13 (12-14)	0,18
	Hayır	6 (5-7)		1 (1-1)		3 (2-3)		3 (2-4)		13 (10-14)	
Fakültede çocuk psikiyatrisi stajı alma	Evet	6 (5-7)	0,81	1 (1-1)	0,29	3 (2-3)	0,9	3 (2-4)	0,27	13 (10,5-14)	0,9
	Hayır	6 (5-7)		1 (1-1)		3 (2-3)		3 (2-4)		13 (11-15)	
Daha önce ruh sağlığı alanında çalışma	Evet	6 (6-7)	0,73	1 (1-1)	0,5	2,5 (2-3)	0,43	3 (2-4)	0,96	13 (11-14)	0,89
	Hayır	6 (5-7)		1 (1-1)		3 (2-3)		3 (2-4)		13 (10-14)	
Önceki tıpta uzmanlık asistanlık deneyimi	Evet	6 (5,5-7)	0,66	1 (1-1)	0,18	3 (2,5-4)	0,02	4 (3-5)	0,04	14 (12,5-15,5)	0,01
	Hayır	6 (5-7)		1 (1-1)		3 (2-3)		3 (2-4)		13 (10-14)	

*Mann-Whitney U testi

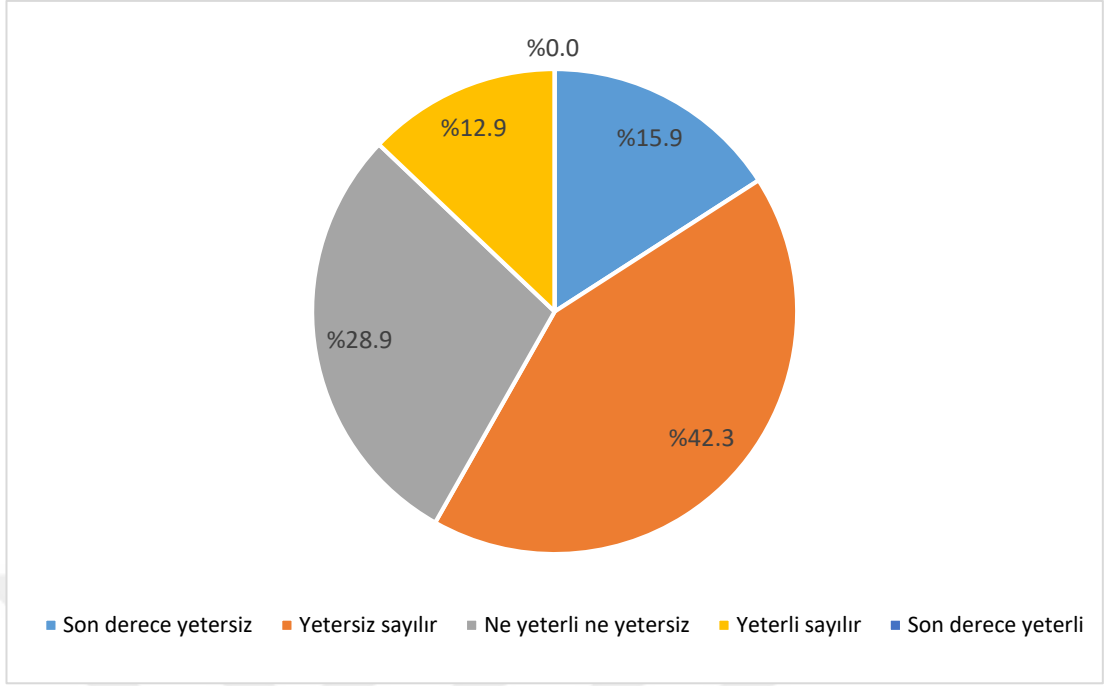
Tablo IV. SÇOBA sorularının yanıt dağılımı

Alan/Soru	Evet n (%)	Hayır n (%)	Bilmiyorum n (%)	Doğru n (%)	Yanlış n (%)
Alan 1					
Sosyal etkileşim sırasında göz göze gelme, yüz ifadesi, beden duruşu ve el kol hareketleri gibi çeşitli sözel olmayan davranışlarda bariz bozulma	192 (91,9)	13 (6,2)	4 (1,9)	192 (91,4)	18 (8,6)
Gelişim yaşına uygun arkadaşlık ilişkisi geliştirememesi	183 (87,6)	13 (6,7)	12 (5,7)	183 (87,1)	27 (12,9)
Başkalarıyla kendiliğinden beğenisini, ilgisini ya da faaliyetlerini paylaşma isteği eksikliği	155 (74,5)	25 (12)	28 (13,5)	155 (73,8)	55 (26,2)
Sosyal ve duygusal karşılıklılık eksikliği	165 (79,3)	14 (6,7)	29 (13,9)	165 (78,6)	45 (21,4)
Boşluğa uzun uzun bakmak ve belli bir şeye konsantre olamamak	172 (82,7)	17 (8,2)	19 (9,1)	172 (81,9)	38 (18,1)
Çocuk sağır veya dilsiz gibi görünebilir	172 (82,7)	22 (10,6)	14 (6,7)	172 (81,9)	38 (18,1)
Çevresine ve etraftakilere ilgide azalma	180 (86,1)	17 (8,1)	12 (5,7)	180 (85,7)	30 (14,3)
Sosyal gülümseme genelde otizmli bir çocukta bulunmamaktadır	153 (73,2)	33 (15,8)	23 (11)	153 (72,9)	57 (27,1)
Alan 2					
Konuşma dilinin gelişiminde gecikme ya da hiç gelişmemesi	173 (82,8)	17 (8,1)	19 (9,1)	173 (82,4)	37 (17,6)
Alan 3					
Basmakalıp ve tekrarlayıcı hareket (kanat çırpma ya da el, parmak bükme gibi)	165 (78,9)	18 (8,6)	26 (12,4)	165 (78,6)	45 (21,4)
Anormal yeme alışkanlığı ile ilişkili olabilir	98 (47,1)	41 (19,7)	69 (33,2)	98 (46,7)	112 (53,3)

Nesnelerin parçaları ile sürekli meşgul olmak	162 (77,5)	16 (7,6)	31 (14,8)	162 (77,1)	48 (22,9)
Düzenli rutin aktivitelere karşı ilgi	103 (49,5)	72 (34,6)	33 (15,7)	103 (49)	107 (51)
Alan 4					
Otizm çocukluk çağı şizofrenisidir	23 (11)	144 (68,9)	42 (20,1)	144 (68,6)	66 (31,4)
Otizm otoimmün bir durumdur	29 (13,9)	129 (61,7)	51 (24,4)	129 (61,4)	81 (38,6)
Otizm nörogelişimsel bir bozukluktur	140 (67)	44 (21,1)	25 (12)	140 (66,7)	70 (33,3)
Otizmde zeka geriliği eş tanısı olabilir	77 (36,8)	103 (49,3)	29 (13,9)	77 (36,7)	133 (63,3)
Otizmde epilepsi eş tanısı olabilir	72 (34,4)	103 (49,3)	34 (16,3)	72 (34,3)	138 (65,7)
Otizmin başlangıcı genelde şu çağda olur	Yenidoğan 19 (9,2)	Bebeklik 85 (41,3)	Çocukluk 102 (49,5)	102 (48,6)	108 (51,4)

SÇOBA toplam puanı ile meslekte çalışma süresi arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki ($p=0,02$, $r=0,158$) varken aile hekimliği asistanlık süresi ($p=0,39$) ve ruh sağlığı kliniğinde çalışma süresi ($p=0,39$) arasında ilişki yoktu. Yaş ile SÇOBA toplam puanı arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki saptandı ($p=0,005$, $r=0,193$).

Katılımcıların otizme yönelik bilgi düzeylerini öz-değerlendirme olarak yanıtladıkları soruda SÇOBA toplam puanı gruplar arasında anlamlı idi ve yeterlilik algısı yükseldikçe SÇOBA toplam puanı yükselmekteydi ($p<0,001$, Kruskal Wallis testi) (Şekil I).



Şekil I. Katılımcıların otizm ile ilgili bilgi düzeyi algısı.

5. TARTIŞMA

Bu çalışmanın amacı İzmir ilindeki tüm aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin otizm spektrum bozukluğu hakkındaki bilgi düzeyinin SÇOBA ile değerlendirilip bilgi düzeyine etki eden faktörlerin saptanmasıdır.

Çalışmamızda tüm katılımcıların SÇOBA ölçek toplam puan ortalaması $12,3 \pm 3,15$ idi. Literatürde aynı ölçeğin kullanıldığı farklı çalışmalarda benzer sonuçlar bildirilmiştir. Sampson ve Sandra'nın çocuk ve psikiyatri hemşirelerinin otizme yönelik bilgi düzeyini ölçtüğü çalışmasında çocuk hemşirelerinin SÇOBA puan ortalaması $11,37 \pm 2,29$ iken psikiyatri hemşirelerinde $12,11 \pm 3,35$ saptamışlardır (61). Igwe ve ark. aynı ölçeği kullandıkları 80 hemşire ile yaptıkları çalışmada ölçek puan ortalamasını $12,56 \pm 3,23$ saptamışlardır (62). Tıp fakültesi, hemşirelik ve psikoloji son yıl öğrencilerinin katılımı ile yapılan başka bir çalışmada SÇOBA ortalama puanı $10,67 \pm 3,73$ bulunmuş iken tıp fakültesi öğrencilerinde $12,24 \pm 3,24$, hemşirelik öğrencilerinde $10,76 \pm 3,5$ ve psikoloji öğrencilerinde $9,01 \pm 3,76$ bulunmuştur (63). Nijerya'da yapılan uzman ve pratisyen hekimlerden oluşan 175 tıp doktoruna SÇOBA uygulanmış ve ortalama ölçek puanı $13,5 \pm 3,7$ olarak saptanmıştır (64). Yüz otuz dört sağlık çalışanı ile yapılan başka bir çalışmada ise SÇOBA puan ortalaması $12,35 \pm 4,4$ saptanmıştır (65). Rohanachandra ve ark. üçüncü basamak hastanede çalışan doktorların yer aldığı SÇOBA kullanarak yaptıkları çalışmada ortalama anket puanının $13,23$ olarak bildirmişlerdir (66). Yakın zamanda İtalya'daki pediatri hemşirelerinde yapılan bir çalışmada ise ortalama puan $12,6$ olarak saptanmıştır (67). Çalışmamızda saptanan ortalama puan ile bu ölçek kullanılarak yapılan literatürdeki diğer çalışmalardaki ölçek puanlarının benzer olduğu görülmektedir.

Aile hekimliği asistanlık öğrencilerinin otizme yönelik bilgi düzeylerinin araştırıldığı çalışmalar literatürde tarandığında kısıtlı sayıda çalışma olduğu saptanmıştır (68-70). Bu çalışmaların hiçbirisinde otizm bilgi düzeyini değerlendirmek için geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış olan bir ölçek kullanılmamıştır. Bizim çalışmamızda kullandığımız Sağlık Çalışanlarının Çocukluk Çağı Otizmi Hakkında Bilgi Anketi kullanılarak yapılmış olan asistanların bilgi düzeyini ölçen bir çalışma olmadığı için ölçek puanları ile ilgili karşılaştırma yapılamamıştır.

Sağlık Çalışanlarının Çocukluk Çağı Otizmi Hakkında Bilgi Anketi 4 alandan oluşmaktadır. Sosyal etkileşimdeki bozulma hakkındaki bilgi düzeyini değerlendiren alan 1 puan ortalaması çalışmamızda $5,8 \pm 1,56$; iletişim ve dil ile ilgili bilgi düzeyini ölçen alan 2 puan ortalaması $0,82 \pm 0,38$; davranış paternini ölçen alan 3 puan ortalaması $2,51 \pm 1,06$; otizm spektrum bozukluğunun özelliklerini ölçen alan 4 puan ortalaması $3,16 \pm 1,45$ saptandı. Literatürdeki diğer çalışmalarda alan 1 ortalamaları 4,09 ile 7,07; alan 2 0,60 ile 0,94; alan 3 1,77 ile 2,70; alan 4 2,08 ile 3,53 arasında değişmekteydi (10, 11, 61-63, 67, 71, 72). Çalışmamızda önceden otizm eğitimi alanlar almayanlardan ($p < 0,01$), asistanlıkta otizm eğitimi alanlar almayanlardan ($p = 0,03$), OSB tanılı hasta takip edenler etmeyenlerden ($p = 0,001$), otizm tanısı olan bir çocuğun değerlendirme sürecinde bulunmuş olanlar olmayanlardan ($p < 0,01$) alan 1 puanları istatistiksel olarak daha anlamlı olduğu saptandı. Çalışmamızda alan 2 puanları önceden otizm eğitimi alanlarda ($p = 0,01$) ve otizm tanısı olan bir hasta takip etmiş olanlarda ($p = 0,03$) istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek saptandı. Alan 3 puanlarında ise sadece önceden tıpta uzmanlık asistanlık deneyimi olanlar ($p = 0,02$) ve otizm tanısı olan bir çocuğun değerlendirme sürecinde bulunmuş olanların ($p < 0,01$) puanları istatistiksel olarak daha anlamlı daha yüksekti. Alan 4 puan ortalamaları önceden OSB tanılı hasta takip edenlerde ($p = 0,01$), otizm tanısı olan bir çocuğun değerlendirme sürecinde bulunmuş olanlarda ($p < 0,01$), önceden tıpta uzmanlık asistanlık deneyimi olanlarda ($p = 0,04$) puanlar istatistiksel olarak daha yüksekti. Literatürde alanlardan elde edilen puanları etkileyen faktörleri ayrı ayrı değerlendiren az sayıda çalışma vardır. Önceden en az bir OSB tanılı hastanın tanı ve takip sürecinde yer almış olanlarda tüm alanlarda puanların istatistiksel olarak daha anlamlı olduğu bildirilmiştir (71). Pirinççi ve ark. tıp fakültesi 6. sınıf öğrencilerinde OSB ile ilgili bilgi ve farkındalık düzeyini değerlendirdikleri çalışmasında öğrencilerin OSB ile ilgili bilgi eksikliği bulunduğunu saptamışlardır. Bununla birlikte tıp öğrencilerinde eğitim sürecinde çocuk psikiyatri stajında OSB’li hasta takip sürecine katılanlarda çok önemli bir bilgi artışı sağlandığını bildirmektedirler (73). Başka çalışmalarda da OSB tanısı olan çocuk takip etmiş olan sağlık çalışanlarının OSB bilgi düzeylerinin yüksek olduğu bildirilmiştir (11, 61, 62). Çalışmamızda da benzer şekilde önceden OSB tanılı hasta takip etmiş olmanın alan 2 hariç tüm alanlar ve toplam puanda istatistiksel olarak anlamlı yüksek puana neden olduğu saptandı. Bakare ve ark. çalışmasında erkek

cinsiyette olanların alan 4 puanları istatistiksel olarak yüksek saptanmıştır (71). Çalışmamızda cinsiyet ile ölçek alan puanları arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Otizme yönelik bilgi düzeyi, daha önceden otizm ile ilgili bir eğitim alanlarda ($p<0,01$) (seminer, kongre vb.) ve asistanlıkta otizm ile ilgili ders alanlarda ($p=0,02$) istatistiksel olarak daha anlamlıdır. Igwe ve ark. çalışmasında 100 tıp, 100 psikoloji ve 100 hemşirelik öğrencisinin otizm bilgi düzeylerini inceledikleri çalışmasında SÇOBA puanlarının hem pediatri ve psikiyatride geçirilen hafta ile hem de aldıkları psikiyatri/anormal psikoloji ders saati ile pozitif yönde ilişkili olduğunu saptamışlardır (63). 277 aile hekimliği asistanının otizme yönelik bilgi düzeyinin araştırıldığı başka bir çalışmada katılımcıların sadece %10'unun çalışmadaki anket sorularının %50 ya da fazlasını doğru yanıtladığı; sadece %10,1'inin önceden otizm ile ilgili bir çalıştay ya da konferansa katıldığı bildirilmiştir (68). İngiltere'de yapılan bir çalışmada pratisyen hekimlerin tıp fakültesi ya da aile hekimliği uzmanlık eğitimi boyunca yaklaşık üçte ikisinin otizm ile ilgili bir eğitim almadığı bildirilmiştir (74). Bizim çalışmamızda ise %31 asistanın önceden otizm ile ilgili bir eğitim aldığı saptanmıştır.

Otizm tanısı olan 1 ve kronik hastalıklı/özel gereksinimli çocuk sahibi olan 3 katılımcı olduğu için ölçek puanlarında karşılaştırma yapılamadı.

Sağlık Bakanlığı'nın yürüttüğü otizm spektrum bozukluğu tarama ve takip programı, Otizm Spektrum Bozukluğu Olan Bireylere Yönelik Ulusal Eylem Planı çerçevesinde Türkiye'de 81 ilde uygulanmaktadır. Bu programın amacı OSB'nin birinci basamakta taranması ve riskli çocukların erken dönemde tanı almasının sağlanması amacıyla sevk zinciri içinde çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı tarafından muayenesinin sağlanmasıdır. Bu eğitim halen sahada çalışan birinci basamak sağlık çalışanlarının hepsine (hekim, ebe, hemşire, sağlık memuru vs.) verilmektedir. Bu eğitim programının birinci basamak sağlık çalışanlarında otizme yönelik bilgi düzeyini artırdığı bildirilmektedir (11, 75). Bu verilerden yola çıkarak aile hekimliği uzmanlık eğitimi sürecinde de bu otizm tarama ve takip programı eğitiminin verilmesinin otizm ile ilgili bilgi düzeyini artırmada katkı sağlayacağını düşünmekteyiz.

Aile hekimliği uzmanlık ğrencilerinin bilgi düzeyini inceleyen kısıtlı sayıda çalışma vardır. Ülkemizde Sabuncuođlu ve ark. tarafından aile hekimi uzmanlık ğrencilerinin hem otizm hem de dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğuna yönelik bilgi düzeyinin değerlendirildiği bir çalışma mevcuttur (69). Çalışma sonucunda cinsiyet, yaş ve tıp fakóltesinden mezun olduktan sonra geçen sürelerin OSB ve DEHB ölçeklerinden alınan puanlar üzerinde anlamlı olarak etkili olduğunu bildirmişlerdir (69). Yine ülkemizde yapılan Hıdıroğlu ve ark. yaptığı çalışmada ise aile hekimliği asistanlarının da içinde yer aldığı nöropsikiyatri dışı branşlarda eğitim almakta olan asistanların otizme yönelik bilgi düzeylerinin orta düzeyde olduğunu bildirmişlerdir (70). Alshammari ve ark. aile hekimliği asistanlarında otizm bilgi düzeyi algısını düşük olduğu; bu durumun da asistanlık eğitim programında otizm ile ilgili eğitimin yer almaması ile ilişkili olabileceğini belirtmişlerdir (68). Ülkemizde aile hekimliği uzmanlık eğitimi müfredatında (TUKMOS) nörogelişimsel bozukluklar ya da otizm spektrum bozukluğu ile ilgili bir öğrenim hedefi bulunmamaktadır (76). Otizm spektrum bozukluğunun prognozunda erken tanı önemli olduğu için ve aile hekimleri çocuklar ile erken yaş dönemlerinde temas ettikleri için uzmanlık eğitim programına otizm ile ilgili teorik dersin yanı sıra yetkinlik kazandırmak için OSB tanısı olan bir çocuğun değerlendirme sürecine katılmanın mutlaka eklenmesinin gerekli olduğu kanısındayız.

Çalışmamızın güçlü yanları aile hekimliği uzmanlık öğrencileri arasında otizme yönelik bilgi düzeyini nesnel ölçüm aracı ile değerlendiren ilk çalışma olması; araştırma örnekleminin İzmir ilindeki tüm aile hekimliği asistanlarını kapsamaması ve sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık öğrencilerini kapsayan ilk çalışma olması olarak sıralanabilir. Ülkemizdeki diğer illerdeki aile hekimliği asistanları çalışmaya alınmadığı için iller arası karşılaştırma yapılamamış olması çalışmanın kısıtlılığı olarak sayılabilir. Ayrıca farklı branşlardaki asistanların otizme yönelik bilgi düzeyi de ölçölmediği için branşlar arası değerlendirme de yapılamamıştır.

6. SONUÇLAR

Otizm spektrum bozukluğu toplumda sık rastlanan nörogelişimsel bir bozukluktur. Hastalığın prognozunda en önemli faktörlerden birisi otizm tanısı olan çocukların erken tanı alması ve tedavi müdahalelerinin erken başlamasıdır. Bu nedenle erken çocukluk döneminde riskli çocuklar ile karşılaşma olasılığı yüksek olan sağlık çalışanlarının otizme yönelik bilgi düzeyinin yeterli olması önemlidir. Aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin otizme yönelik bilgi düzeylerinin araştırıldığı bu çalışmada elde edilen sonuçlar neticesinde;

- Otizme yönelik bilgi düzeyinde eksiklikleri olduğu söylenebilir.
- Bilgi düzeyini artıran faktörler arasında önceden OSB’li hasta takip etmiş olmak ve/veya değerlendirme sürecinde bulunmuş olmak, asistanlıkta OSB eğitimi almış olmak, daha önce başka branşta tıpta uzmanlık asistanlık deneyimi olmak

şeklinde sıralanabilir.

Bu verilerin ışığında otizme yönelik farkındalığı ve bilgi düzeyini artırmak amacı ile;

- hem mezuniyet öncesi hem de mezuniyet sonrası dönemde belirli aralıklar ile otizme yönelik eğitimlerin yapılması
- aile hekimliği uzmanlık eğitimi müfredatına nörogelişimsel bozukluklar konusunun eklenmesi
- klinik yetkinlik sağlanması amacı ile bu alanda çalışan branşlarda rotasyon yapılmasının sağlanması
- ülkemizde sürdürülen otizm tarama ve takip programı hakkında asistanlık sürecinde eğitim verilmesi
- otizm açısından riskli çocukların çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanını sevkini sağlanmasının önemli olduğu kanaatindeyiz.

7. KAYNAKLAR

1. Christensen DL, Baio J, Braun KV, Bilder D, Charles J, Constantino JN, et al. Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years - Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2012. *MMWR Surveill Summ.* 2016;65(3):1-23.
2. Baio J, Wiggins L, Christensen DL, Maenner MJ, Daniels J, Warren Z, et al. Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years - Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2014. *MMWR Surveill Summ.* 2018;67(6):1-23.
3. Developmental Disabilities Monitoring Network Surveillance Year Principal I, Centers for Disease C, Prevention. Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years - autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2010. *MMWR Surveill Summ.* 2014;63(2):1-21.
4. Fombonne E, Zakarian R, Bennett A, Meng L, McLean-Heywood D. Pervasive developmental disorders in Montreal, Quebec, Canada: prevalence and links with immunizations. *Pediatrics.* 2006;118(1):e139-50.
5. Volkmar FR. Editorial: the importance of early intervention. *J Autism Dev Disord.* 2014;44(12):2979-80.
6. Rotholz DA, Kinsman AM, Lacy KK, Charles J. Improving Early Identification and Intervention for Children at Risk for Autism Spectrum Disorder. *Pediatrics.* 2017;139(2).
7. Zwaigenbaum L, Bauman ML, Stone WL, Yirmiya N, Estes A, Hansen RL, et al. Early Identification of Autism Spectrum Disorder: Recommendations for Practice and Research. *Pediatrics.* 2015;136 Suppl 1:S10-40.
8. Shattuck PT, Durkin M, Maenner M, Newschaffer C, Mandell DS, Wiggins L, et al. Timing of identification among children with an autism spectrum disorder: findings from a population-based surveillance study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2009;48(5):474-83.
9. Erden G, Akçakın M, Gümüş Doğan D, Öztürk Ertem İ. Pediatricians and Autism: Difficulties in Diagnosis. *Türkiye Klinikleri J Pediatr.* 2010;19(1):9-15.
10. Bakare MO, Ebigbo PO, Agomoh AO, Menkiti NC. Knowledge about childhood autism among health workers (KCAHW) questionnaire: description, reliability and internal consistency. *Clin Pract Epidemiol Ment Health.* 2008;4:17.
11. Gürbüz Özgür B, Aksu H, Eser E. Validity and reliability of the Turkish version of the knowledge about childhood autism among health workers questionnaire. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology.* 2019;29(4):765-73.
12. Harrison AJ, Slane MM, Hoang L, Campbell JM. An international review of autism knowledge assessment measures. *Autism.* 2017;21(3):262-75.
13. American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force. Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5. 5th ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 2013. xlii, 947 p. p.

14. Kuhn R. Eugen Bleuler's concepts of psychopathology. *Hist Psychiatry*. 2004;15(59 Pt 3):361-6.
15. Asperger H. Das psychisch abnormale Kind. *Wien Klin Wochenschr*. 1938;51:1314-7.
16. American Psychiatric Association. Quick reference to the diagnostic criteria from DSM-III. Washington, D.C.: The Association; 1980. 267 p. p.
17. Wing L. Asperger's syndrome: a clinical account. *Psychol Med*. 1981;11(1):115-29.
18. Gillberg C. Autistic symptoms in Rett syndrome: the first two years according to mother reports. *Brain Dev*. 1987;9(5):499-501.
19. Rutter M. Infantile autism and other pervasive developmental disorders In: Rutter M, Hersov L, editors. *Child and adolescent psychiatry: modern approaches*. 2 ed. Oxford: Blackwell; 1985. p. 545-66.
20. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders : diagnostic criteria for research. Geneva: World Health Organization; 1993. xiii, 248 p. p.
21. Kraemer HC. DSM categories and dimensions in clinical and research contexts. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2007;16 Suppl 1:S8-S15.
22. Fombonne E. Modern views of autism. *Can J Psychiatry*. 2003;48(8):503-5.
23. Lowe LH. Families of children with early childhood schizophrenia. Selected demographic information. *Arch Gen Psychiatry*. 1966;14(1):26-30.
24. Newschaffer CJ, Croen LA, Daniels J, Giarelli E, Grether JK, Levy SE, et al. The epidemiology of autism spectrum disorders. *Annu Rev Public Health*. 2007;28:235-58.
25. Fombonne E. Epidemiology of pervasive developmental disorders. *Pediatr Res*. 2009;65(6):591-8.
26. Kim YS, Leventhal BL, Koh YJ, Fombonne E, Laska E, Lim EC, et al. Prevalence of autism spectrum disorders in a total population sample. *Am J Psychiatry*. 2011;168(9):904-12.
27. Fombonne E. Is autism getting commoner? *Br J Psychiatry*. 2008;193(1):59.
28. Fombonne E. Epidemiology of autistic disorder and other pervasive developmental disorders. *J Clin Psychiatry*. 2005;66 Suppl 10:3-8.
29. Lichtenstein P, Carlstrom E, Rastam M, Gillberg C, Anckarsater H. The genetics of autism spectrum disorders and related neuropsychiatric disorders in childhood. *Am J Psychiatry*. 2010;167(11):1357-63.
30. Ozonoff S, Young GS, Carter A, Messinger D, Yirmiya N, Zwaigenbaum L, et al. Recurrence risk for autism spectrum disorders: a Baby Siblings Research Consortium study. *Pediatrics*. 2011;128(3):e488-95.
31. Beaudet AL. Autism: highly heritable but not inherited. *Nat Med*. 2007;13(5):534-6.
32. Lappe M. The maternal body as environment in autism science. *Soc Stud Sci*. 2016;46(5):675-700.
33. Motavalli-Mukaddes N. Otizm Spektrum Bozuklukları: Tanı ve Takip: Nobel Tıp Kitapevleri; 2017.

34. Arndt TL, Stodgell CJ, Rodier PM. The teratology of autism. *Int J Dev Neurosci*. 2005;23(2-3):189-99.
35. Rutter M. Incidence of autism spectrum disorders: changes over time and their meaning. *Acta Paediatr*. 2005;94(1):2-15.
36. Idring S, Magnusson C, Lundberg M, Ek M, Rai D, Svensson AC, et al. Parental age and the risk of autism spectrum disorders: findings from a Swedish population-based cohort. *Int J Epidemiol*. 2014;43(1):107-15.
37. Taylor LE, Swerdfeger AL, Eslick GD. Vaccines are not associated with autism: an evidence-based meta-analysis of case-control and cohort studies. *Vaccine*. 2014;32(29):3623-9.
38. Ozkaya B. Transition from Pervasive Developmental Disorders to Autism Spectrum Disorder: Proposed Changes for the Upcoming DSM-5. *Current Approaches in Psychiatry*. 2013;5(2):127-39.
39. Amerikan Psikiyatri Birliği. Ruhsal bozuklukların tanısı ve sayımsal elkitabı (DSM-5), Tanı ölçütleri başvuru elkitabı. 5 ed: Hekimler Yayın Birliği; 2013.
40. Volkmar FR, Lord C, Klin A, Schultz R, Cook E. Autism and the pervasive developmental disorders. . In: Martin A, Volkmar FR, editors. *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook*. 3 ed: LWW; 2002.
41. Bartak L, Rutter M. Differences between mentally retarded and normally intelligent autistic children. *J Autism Child Schizophr*. 1976;6(2):109-20.
42. Gillberg C. Asperger syndrome and high-functioning autism. *Br J Psychiatry*. 1998;172:200-9.
43. Klin A, Volkmar FR. Asperger syndrome: diagnosis and external validity. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2003;12(1):1-13, v.
44. Tuchman RF, Rapin I, Shinnar S. Autistic and dysphasic children. II: Epilepsy. *Pediatrics*. 1991;88(6):1219-25.
45. Ghaziuddin M. Autism and Pervasive Developmental Disorders: An Overview. In: Ghaziuddin M, editor. *Mental Health Aspects of Autism and Asperger Syndrome*: Jessica Kingsley Publishers; 2005. p. 13-41.
46. Hughes JR. A review of Savant Syndrome and its possible relationship to epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2010;17(2):147-52.
47. Akçakın M, Gürkan K. Başka Türli Adlandırılmayan Yaygın Gelişimsel Bozukluk/Atipik Otizm. In: Çuhadaroğlu Çetin F, editor. *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2008. p. 256-63.
48. Walker DR, Thompson A, Zwaigenbaum L, Goldberg J, Bryson SE, Mahoney WJ, et al. Specifying PDD-NOS: a comparison of PDD-NOS, Asperger syndrome, and autism. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004;43(2):172-80.
49. Myers SM, Johnson CP, American Academy of Pediatrics Council on Children With D. Management of children with autism spectrum disorders. *Pediatrics*. 2007;120(5):1162-82.
50. Rogers SJ, Vismara LA. Evidence-based comprehensive treatments for early autism. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2008;37(1):8-38.

51. Leskovec TJ, Rowles BM, Findling RL. Pharmacological treatment options for autism spectrum disorders in children and adolescents. *Harv Rev Psychiatry*. 2008;16(2):97-112.
52. Tidmarsh L, Volkmar FR. Diagnosis and epidemiology of autism spectrum disorders. *Can J Psychiatry*. 2003;48(8):517-25.
53. Stone WL. Cross-disciplinary perspectives on autism. *J Pediatr Psychol*. 1987;12(4):615-30.
54. Kuhn JC, Carter AS. Maternal self-efficacy and associated parenting cognitions among mothers of children with autism. *Am J Orthopsychiatry*. 2006;76(4):564-75.
55. Bauer NS, Carroll AE, Saha C, Downs SM. Computer Decision Support Changes Physician Practice But Not Knowledge Regarding Autism Spectrum Disorders. *Appl Clin Inform*. 2015;6(3):454-65.
56. Segall MJ. Inclusion of students with autism spectrum disorder: educator experience, knowledge, and attitudes. Athens, GA: University of Georgia; 2008.
57. Ross P, Cuskelly M. Adjustment, sibling problems and coping strategies of brothers and sisters of children with autistic spectrum disorder. *J Intellect Dev Disabil*. 2006;31(2):77-86.
58. Öner C. Tıpta uzmanlık mevzuatında aile hekimliği uzmanlığının evrimi. *Türk Aile Hek Derg* 2015;19(4):165-9.
59. T.C.Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Sözleşmeli Aile Hekimlerine Verilecek Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Usul Ve Esasları [Available from: https://hsgm.saglik.gov.tr/dosya/mevzuat/genel_nitelikli_yazilar/sahu_yonerge.pdf].
60. SPSS I. SPSS Statistics for Windows. Version 17.0 ed. Chicago: SPSS Inc.: SPSS Inc.; 2011. p. Released 2008.
61. Sampson WG, Sandra AE. Comparative Study on Knowledge About Autism Spectrum Disorder Among Paediatric and Psychiatric Nurses in Public Hospitals in Kumasi, Ghana. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2018;14:99-108.
62. Igwe MN, Ahanotu AC, Bakare MO, Achor JU, Igwe C. Assessment of knowledge about childhood autism among paediatric and psychiatric nurses in Ebonyi state, Nigeria. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2011;5(1):1.
63. Igwe MN, Bakare MO, Agomoh AO, Onyeama GM, Okonkwo KO. Factors influencing knowledge about childhood autism among final year undergraduate Medical, Nursing and Psychology students of University of Nigeria, Enugu State, Nigeria. *Ital J Pediatr*. 2010;36:44.
64. Esegbe EE, Nuhu FT, Sheikh TL, Esegbe P, Sanni KA, Olisah VO. Knowledge of Childhood Autism and Challenges of Management among Medical Doctors in Kaduna State, Northwest Nigeria. *Autism Res Treat*. 2015;2015:892301.
65. Bakare MO, Agomoh AO, Ebigbo PO, Eaton J, Okonkwo KO, Onwukwe JU, et al. Etiological explanation, treatability and preventability of childhood autism: a survey of Nigerian healthcare workers' opinion. *Ann Gen Psychiatry*. 2009;8:6.
66. Rohanachandra YM, Dahanayake DMA, Rohanachandra LT, Wijetunge GS. Knowledge about diagnostic features and comorbidities of childhood autism among doctors in a tertiary care hospital. *Sri Lanka Journal of Child Health*. 2017;46(1):29-32.

67. Corsano P, Cinotti M, Guidotti L. Paediatric nurses' knowledge and experience of autism spectrum disorders: An Italian survey. *J Child Health Care*. 2019;1367493519875339.
68. Alshammari MS, Afify AAM, Abdelhay O. Perception and convenience of caring for children with autism spectrum disorder among family medicine residents in Riyadh 2018. *J Family Med Prim Care*. 2019;8(6):1902-7.
69. Sabuncuoglu M, Cebeci S, Rahbar MH, Hessabi M. Autism Spectrum Disorder and Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Knowledge and Attitude of Family Medicine Residents in Turkey *Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care*. 2015;9(2):46-53.
70. Hidiroglu S, Luleci NE, Karavus M, Tanriover O, Bayar ES, Karavus A. The awareness of childhood autism among residents of neuropsychiatric and other disciplines of a research and training hospital in Istanbul, Turkey. *J Pak Med Assoc*. 2018;68(2):247-51.
71. Bakare MO, Tunde-Ayinmode MF, Adewuya AO, Bello-Mojeeed MA, Sale S, James BO, et al. Recognition of Autism Spectrum Disorder (ASD) symptoms and knowledge about some other aspects of ASD among final year medical students in Nigeria, Sub-Saharan Africa. *BMC Res Notes*. 2015;8:454.
72. Bakare MO, Ebigo PO, Agomoh AO, Eaton J, Onyeama GM, Okonkwo KO, et al. Knowledge about childhood autism and opinion among healthcare workers on availability of facilities and law caring for the needs and rights of children with childhood autism and other developmental disorders in Nigeria. *BMC Pediatr*. 2009;9:12.
73. Pirincci S, Aksu H, Abacigil F, Okyay P. The Level of Knowledge and Awareness About Autism Spectrum Disorder on 6th Class Students of Adnan Menderes University Faculty of Medicine. *Turk J Child Adolesc Ment Health*. 2019;26(3):97-102.
74. Unigwe S, Buckley C, Crane L, Kenny L, Remington A, Pellicano E. GPs' confidence in caring for their patients on the autism spectrum: an online self-report study. *Br J Gen Pract*. 2017;67(659):e445-e52.
75. Eray S, Murat D. Effectiveness of autism training programme: An example from Van, Turkey. *J Pak Med Assoc*. 2017;67(11):1708-13.
76. Tıpta Uzmanlık Kurulu. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı v.2.4 Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2019 [Available from: <https://tuk.saglik.gov.tr/TR,50055/aile-hekimligi.html>].

8. ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Adli Başar GÜRBÜZ

Doğum yeri ve tarihi: Nevşehir- 1956

Uyruğu: TC

Medeni durumu: Evli

Askerlik durumu: Yaptı.

İletişim adresi ve telefonu: Bahçelievler Aile sağlığı Merkezi 502/4 sokak No:9

Karabağlar –İZMİR 02322566585

Yabancı dili: İngilizce

II- Eğitimi (tarih sırasına göre yeniden eskiye doğru)

Tıpta Uzmanlık Öğrenciliği: 2014-halen

Sağlık Kurumları İşletmeciliği Yüksek Lisans (Ahmet Yesevi Üniv.): 2008

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi: 1985

İzmir Atatürk Lisesi: 1974

Aydın Lisesi Orta Kısım: 1970

İzmir Sakarya İlkokulu: 1967

III- Ünvanları

Tıp Doktoru

IV- Mesleki Deneyimi

Aile Hekimi (Bahçelievler Aile sağlığı Merkezi) 2007- halen

İzmir İl Sağlık Müdür Yardımcılığı 1999-2006

İzmir il Sağlık Müdürü 1998

İzmir İl Sağlık Müdür Yardımcılığı 1994-1998

İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık Ocakları Şube Müdürlüğü 1992-1994

Balıkesir-Dursunbey Sağlık Ocağı Tabipliği 1991

Sivas Kızılırmak sağlık Ocağı Tabipliği 1988-1991

Sivas 5.Er eğitim Tugay Askeri Tabipliği 1986-1988

Konya-Sarayönü- Ladik Sağlık Ocağı Tabipliği 1985-1986

V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

İzmir Tabip Odası

Sağlıkta Yaşam Kalitesi Derneği

İzmir Aile Hekimleri Derneği

Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği

VI- Bilimsel İlgi Alanları

Yayınları: GÜRBÜZ Adli Başar, AKSU Hatice, GÜRBÜZ ÖZGÜR Börte (2016). Early Diagnosed Autism Spectrum Disorder: The Role Of The Family Physician. Izmir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi. 20(3);105-108.

VII- Bilimsel Etkinlikleri

5.Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Aile Hekimliği Kongresi 2020

İzmir Aile Hekimleri Derneği Aile Hekimliği Kongresi 2019

İzmir Aile Hekimleri Derneği Aile Hekimliği Kongresi 2015

VIII- Diğer Bilgiler

Aile Hekimliği Uzaktan Eğitim Programı (AHUZEM)

9. EKLER

EK 1. Sosyodemografik ve otizm ile ilgili bilgi düzeyini etkileyebilen değişkenler formu

AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK ÖĞRENCİLERİNİN OTİZME YÖNELİK BİLGİ DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

Sosyodemografik Veri Formu

1-Görev

☐ Aile hekimi asistanı ☐ Sözleşmeli aile hekimliği asistanı (SAHU)

2-Cinsiyet

Erkek ☐ Kadın ☐

3- Yaş

4- Medeni durum

Evli/Birlikte ☐ Bekar/yalnız yaşıyor ☐ Eşinden ayrılmış/eşi ölmüş ☐

5- Çocukları var mı?

☐ Yok

☐ 1inci çocuk: yaşında ; ☐ 2inci çocuk: yaşında ; ☐ 3üncü çocuk: yaşında

6- Meslekte (Sağlık) çalışma süreniz

..... YIL

7- Önceden eğitim aldığınız TUS branş var mı?

Yok ☐ Var ☐ (hangi branş olduğunu belirtiniz.....)

8- Ne kadar süredir aile hekimi asistanısınız?

.....ay

9- Aylık gelir-gider dengesi

1. Gelirim giderimin çok altında ☐
2. Gelirim giderimin biraz altında ☐
3. Gelirim giderime eşit ☐
4. Gelirim giderimden biraz fazla ☐
5. Gelirim giderimden oldukça fazla ☐

10- Daha önce ruh sağlığı hastanesinde/toplum ruh sağlığı merkezinde/psikiyatri kliniğinde çalıştınız mı?

Evet ☐ Hayır ☐

11- Ruh sağlığı hastanesinde/toplum ruh sağlığı merkezinde/psikiyatri kliniğinde kaç yıl çalıştınız?

Toplam yıl

12- Tıp fakültesinde eğitiminiz sürecinizde çocuk psikiyatrisi stajı yapmış mıydınız?

Evet ☐ Hayır ☐

13- Aile hekimliği asistanlık eğitiminiz sürecinizde çocuk psikiyatrisi stajı yapmış mıydınız?

Evet ☐ Hayır ☐

14- Otizm tanısı olan bir çocuğun değerlendirme sürecinde HİÇ bulunmuş muydunuz?

Evet ☐ Hayır ☐

15- Otizm tanısı olan bir çocuğunuz (kendi çocuğunuz) var mı?

Evet ☐ Hayır ☐

16- Kronik hastalığı olan ya da engelli/özel gereksinimi olan bir çocuğunuz var mı?

Evet ☐ Hayır ☐

17- Çevrenizde otizm tanısı almış bir birey var mı?

Evet ☐ Hayır ☐

18-Otizm tanısı olan bir hasta takip ediyor musunuz/önceden takip ettiniz mi?

Evet ☐ Hayır ☐

19-Önceden otizm ile ilgili bir eğitime katılmış mıydınız? (kongrede panel, bakanlık eğitimi vs)

Evet ☐ Hayır ☐

20- Aile Hekimliği asistanlığınız sırasında otizm ile ilgili ders, seminer, eğitim vb. gördünüz mü?

Evet ☐ Hayır ☐

21- Otizm hakkındaki bilgi birikiminizi nasıl değerlendirirsiniz?

1. Son derecede yetersiz ☐
2. Yetersiz sayılır ☐
3. Ne yeterli ne de yetersiz ☐
4. Yeterli sayılır ☐
5. Son derecede yeterli ☐

22- Sağlık bakanlığının yürüttüğü otizm tarama ve takip programı hakkında bilginiz var mı?

Evet ☐ Hayır ☐

EK 2. Sağlık çalışanlarının çocukluk çağı otizmi hakkında bilgi anketi

Sağlık Çalışanlarının Çocukluk Çağı Otizmi Hakkında Bilgi Anketi (SÇ-OBA)

Lütfen bu soruları cevaplamak için ders kitaplarına başvurmayınız.
Zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz.

Aşağıdaki davranışlardan çocukluk çağı otizmi olan bir çocuğu en iyi tanımlayanlar:

Alan 1

i. Sosyal etkileşim sırasında göz göze gelme, yüz ifadesi, beden duruşu ve el kol hareketleri gibi çeşitli sözel olmayan davranışlarda bariz bozulma?

(A) Bilmiyorum, (B) Evet, (C) Hayır

ii. Gelişim yaşına uygun arkadaşlık ilişkisi geliştirememesi?

(A) Bilmiyorum, (B) Evet, (C) Hayır

iii. Başkalarıyla kendiliğinden beğenisini, ilgisini ya da faaliyetlerini paylaşma isteği eksikliği?

(A) Bilmiyorum, (B) Evet, (C) Hayır

iv. Sosyal ve duygusal karşılıklılık eksikliği?

(A) Bilmiyorum, (B) Evet, (C) Hayır

v. Boşluğa uzun uzun bakmak ve belli bir şeye konsantre olamamak?

(A) Bilmiyorum, (B) Evet, (C) Hayır

vi. Çocuk sağır veya dilsiz gibi görünebilir?

(A) Bilmiyorum, (B) Evet, (C) Hayır

vii. Çevresine ve etraftakilere ilgide azalma?

(A) Bilmiyorum, (B) Evet, (C) Hayır

viii. Sosyal gülümseme genelde otizimli bir çocukta bulunmamaktadır?

(A) Bilmiyorum, (B) Evet, (C) Hayır

Alan 2

i. Konuşma dilinin gelişiminde gecikme ya da hiç gelişmemesi?

(A) Bilmiyorum, (B) Evet, (C) Hayır

Alan 3

i. Basmakalıp ve tekrarlayıcı hareket (kanat çırpma ya da el, parmak bükme gibi)?

(A) Bilmiyorum, (B) Evet, (C) Hayır

ii. Anormal yeme alışkanlığı ile ilişkili olabilir?

(A) Bilmiyorum, (B) Evet, (C) Hayır

iii. Nesnelerin parçaları ile sürekli meşgul olmak?

(A) Bilmiyorum, (B) Evet, (C) Hayır

iv. Düzenli rutin aktivitelere karşı ilgi?

(A) Bilmiyorum, (B) Evet, (C) Hayır

Alan 4

i. Otizm çocukluk çağı şizofrenisidir?

(A) Bilmiyorum, (B) Evet, (C) Hayır

ii. Otizm otoimmün bir durumdur?

(A) Bilmiyorum, (B) Evet, (C) Hayır

iii. Otizm nörogelişimsel bir bozukluktur?

(A) Bilmiyorum, (B) Evet, (C) Hayır

iv. Otizmde zeka geriliği eştanısı olabilir?

(A) Bilmiyorum, (B) Evet, (C) Hayır

v. Otizmde epilepsi eştanısı olabilir?

(A) Bilmiyorum, (B) Evet, (C) Hayır

vi. Otizmin başlangıcı genelde şu çağda olur:

(A) Yenidoğan, (B) Bebeklik, (C) Çocukluk

