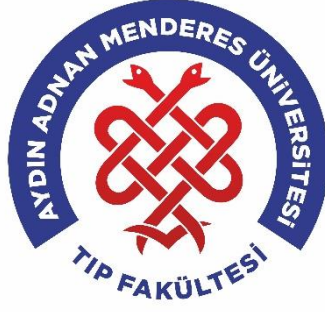




T.C.

AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI

ANABİLİM DALI

**OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU TANISI
OLAN ÇOCUK VE ERGENLERİN
ANNELERİNİN DEPRESYON, ANKSİYETE,
BAĞLANMA VE İÇSELLEŞTİRİLMİŞ
DAMGALANMA ALGISİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

DR. SEMA ÇAM SALİHOĞLU

DANIŞMAN

Doç. Dr. Sibelnur AVCİL

AYDIN-2021

T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

**OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU TANISI
OLAN ÇOCUK VE ERGENLERİN
ANNELERİNİN DEPRESYON, ANKSİYETE,
BAĞLANMA VE İÇSELLEŞTİRİLMİŞ
DAMGALANMA ALGISİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

DR. SEMA ÇAM SALİHOĞLU

DANIŞMAN
Doç. Dr. Sibelnur AVCİL

AYDIN-2021

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim sürecinde bilgi ve deneyimlerini paylaşarak yol gösteren, hayatın birçok alanında değerlerimizin önemini fark etmemi sağlayan ve desteğini her koşulda esirgemeyen saygıdeğer hocam Doç. Dr. Hatice Aksu'ya gönülden teşekkürlerimi sunarım.

Mesleki eğitim sürecimde bilgi birikiminden yararlandığım, hoşgörülü yaklaşımı ve desteğini önemli ölçüde hissettiğim ayrıca tez sürecimdeki katkılarından dolayı değerli tez hocam Doç. Dr. Sibelnur Avcil'e teşekkür ederim.

Asistanlığımın ilk yılında tanıma fırsatı bulduğum uzmanlık eğitimim sürecinde yol gösteren yararlı katkılarından dolayı sevgili hocam Doç. Dr. Sevcan Karakoç Demirkaya'ya teşekkür ederim.

Güler yüzü, tükenmez enerjisi ve işine bağlılığı ile bana mesleki kimlik gelişimimde önemli katkısı olan ve yararlı bir çocuk nöroloji rotasyonu geçirmeme katkıda bulunan saygıdeğer hocam Prof. Dr. Ayşe Fahriye Tosun'a, uzmanlık eğitimimin önemli bir parçasını oluşturan erişkin psikiyatri rotasyonumun faydalı ve keyifli geçmesini sağlayan etik duruşu, bilgi birikimi ve erişkin psikiyatri rotasyonum süresince desteğini bana hissettiren değerli hocam Prof. Dr. Levent Sevinçok'a, eğitime olan önemli katkılarından dolayı Prof. Dr. Vesile Altınyazar, Doç. Dr. Bilge Doğan, Dr. Öğr. Üyesi Bilge Şair'e ve bilişsel davranışçı terapi eğitimlerimiz sürecine destekleyici ve yol gösterici tutumu ile önemli katkı sağlayan değerli hocam Doç. Dr. Çağdaş Öykü Memiş'e ayrıca psikiyatri rotasyonu sürecimde birlikte çalıştığım desteklerini her daim hissettiğim çok değerli psikiyatri asistanlarına teşekkür ederim.

Birlikte çalışmaktan çok keyif aldığım ve anılar biriktirdiğimiz değerli arkadaşlarım Uzm. Dr. Nevzat Yılmaz, Uzm. Dr. Esra Eren Özdemir, Uzm. Dr. Hacer Gizem Gerçek, Uzm. Dr. Kutay Taş, Uzm. Dr. Kemal Can Karadiş, Uzm. Dr. Süheyla Tağcı, Uzm. Dr. Ahmet Yasin, Uzm. Dr. Berna Gündüz Çıtır, Dr. İsmet Aşıkhasan, Dr. Fatma Özer Arı, Dr. Hasan Can Özbay, Dr. Aslı Aydın, Dr. Begüm Özcan, Dr. Müge Karagöz Çetiner, Dr. Aylin Kaya Çimen, Dr. Kübra Ecem Turgutkaya, Dr. Ömür Burak Adıgüzel, Dr. Merve Gangurat, Dr. Buket Canlan ve Dr. Sezai Atabey'e ve sekreterimiz Fatma Şahin'e teşekkür ederim.

Birlikte çalışma fırsatı bulduğum için kendimi şanslı hissettiğim, bilgi birikimi ve etik duruşu ile örnek aldığım Uzm. Dr. Doğa Sevinçok’a, sabırlı ve olumlu iletişim becerileri sayesinde klinik görüşmeleri başarılı bir şekilde yöneterek klinik görüşmelere yaklaşım açısından uygun bir bakış açısı kazanmamı sağlayan Uzm. Dr. Mutlu Muhammed Özbek’e ve her zorlu koşulda hızlı bir şekilde çözüm odaklı yöntemler bularak üstün sorun çözme becerisine sahip olan ayrıca beraber çalıştığımız poliklinik süresi zarfında mesleki gelişimime önemli katkılar sağlayan Uzm. Dr. Mustafa Tolga Tunagür’e ve kendilerinden çok şey öğrendiğim hastalarım ve yakınlarına çok teşekkür ederim.

Tüm hayatım boyunca desteklerini esirgemeyen, bana kendimi hep şanslı hissettiren ve gayretimi anlamlı kılan canım aileme ve sevgili eşime sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Sema ÇAM SALİHOĞLU

Aydın-2021

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar DİZİNİ	v
SİMGELER VE KISALTMALAR ALT DİZİNİ	vi
EKLER DİZİNİ.....	vii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1 Otizm Spektrum Bozuklukları	3
2.1.1 Tanım,Tarihçe ve Tanı Ölçütleri	3
2.1.2 Epidemiyoloji	5
2.1.3 Etiyoloji	6
2.1.3.1 Genetik etkenler.....	6
2.1.3.2 Çevresel etkenler.....	7
2.1.3.3 Nöroanatomik etkenler	7
2.1.3.4 Nörokimyasal etkenler	8
2.1.3.5 Nörofizyolojik etkenler	8
2.1.3.6 Nöroimmünolojik etkenler	9
2.1.4 Klinik Özellikler	9
2.1.5 Eş Tanılar	10
2.1.6 Ayırıcı Tanı.....	11
2.1.7 Tedavi.....	11
2.2 Annelerin içselleştirilmiş Damgalanma Algısı	12
2.2.1 Damgalama tanımı	12
2.2.2 Damgalama tarihçesi	12
2.2.3 Damgalama gelişimi	13
2.2.4 Damgalama bileşenleri.....	14
2.2.5 içselleştirilmiş damgalanma	15
2.2.6 Ebeveynin damgalanması	16
2.3 Otizm Spektrum Bozukluğunun Ebeveyne Etkileri	17
2.3.1 OSB tanılı çocukların ebeveynleri ve depresyon	17
2.3.2 OSB tanılı çocukların ebeveynleri ve anksiyete.....	18
2.3.3 OSB tanılı çocukların ebeveynleri ve içselleştirilmiş damgalanma.....	19
2.4 Bağlanma	20
2.4.1 Bağlanma Kuramı ve Temel Kavramlar	20
2.4.2 Yetişkinlik Döneminde Bağlanma.....	21
2.4.3 Bağlanma ve Ebeveyn Psikopatolojisi	22
3. GEREÇ VE YÖNTEM	23
3.1 Örneklem Seçimi	23
3.1.1 Çalışmaya dahil edilme ve dışlanma ölçütleri	23
3.2 Veri Toplama ve Ölçüm Araçları	24

3.2.1	Sosyodemografik Veri Formu (Ek 1).....	24
3.2.2	İlişki Ölçekleri Anketi (Anne formu) (Ek 2)	25
3.2.3	Kısa Semptom Envanteri (Ek 3)	25
3.2.4	Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (Ek 4)	26
3.2.5	Çocukluk Otizmini Derecelendirme Ölçeği (Ek 5).....	26
3.2.6	Durumluluk-Süreklilik Kaygı Envanteri(Ek 6)	27
3.2.7	Beck Depresyon Ölçeği (Ek 7).....	27
3.3	Uygulama	28
3.4	Olgu ve Ebeveyn Onamının Alınması	28
3.5	Çalışmanın Etik Yönü	29
3.6	İstatistiksel Analiz.....	29
4.	BULGULAR	30
5.	TARTIŞMA	38
6.	SONUÇ VE ÖNERİLER.....	49
	ÖZET.....	51
	SUMMARY	53
	KAYNAKLAR.....	55
	EKLER.....	79

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1: Araştırma grubundaki çocukların yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, doğum şekli ve doğum zamanı açısından dağılımı	30
Tablo 2: Araştırma grubundaki annelerin yaşı, eğitim durumu ve çalışma durumu açısından dağılımı	31
Tablo 3: Araştırma grubundaki annelerin Beck Depresyon Ölçeği(BDÖ), Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği(STAI-1 ve STAI-2), Kısa Semptom Envanteri(KSE), Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği(RHİDÖ) puanları açısından karşılaştırılması.....	32
Tablo 4: Araştırma grubundaki annelerin İlişki Ölçekleri Anketi(İÖA)’ne göre bağlanma stilleri açısından karşılaştırılması	33
Tablo 5: Araştırma grubundaki olgu grubu annelerinin Güvenli ve Güvensiz(diğer) bağlanma stiline göre BDÖ, STAI-1, STAI-2, RHİDÖ-toplam, ÇODÖ toplam skorları açısından karşılaştırılması.....	34
Tablo 6: Olgu grubundaki annelerin Beck Depresyon Ölçeği(BDÖ), Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği(STAI-1 ve STAI-2), Kısa Semptom Envanteri(KSE), Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği(RHİDÖ) ve İlişki Ölçekleri Anketi(İÖA) puanlarının Korelasyonları	35
Tablo 7: Araştırma grubundaki olgu grubunun otizm şiddetine göre, annelerinin BDÖ, STAI-1, STAI-2, RHİDÖ-toplam, KSE toplam puanları açısından karşılaştırılması	36

SİMGELER VE KISALTMALAR ALT DİZİNİ

AİDS: Acquired Immune Deficiency Syndrome (Kazanılmış Bağışıklık Yetersizliği Sendromu)

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

DSM: Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)

ÇODÖ/CARS: Çocukluk Otizmi Değerlendirme Ölçeği (The Childhood Autism Rating Scale)

EEG: Elektroensefalografi

GABA: Gamma amino butirik asit

HIV: Human Immunodeficiency Virus (İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü)

İÖA: İlişki Ölçekleri Anketi

ICD: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

KSE: Kısa Semptom Envanteri

OSB: Otizm Spektrum Bozukluğu

RHİDÖ: Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği

STAI-1ve STAI-2: Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı)

YGB: Yaygın Gelişimsel Bozukluklar

YGB-BTA: Yaygın Gelişimsel Bozukluklar-Başka Türlü Adlandırılmayan

EKLER DİZİNİ

Ek-1. Sosyodemografik Veri Formu

Ek-2. İlişki Ölçekleri Anketi (İÖA)

Ek-3. Kısa Semptom Envanteri (KSE)

Ek-4. Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması (RHİDÖ)

Ek-5. Çocukluk Otizmi Değerlendirme Ölçeği (ÇODÖ)

Ek-6. Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI-1 ve STAI-2)

Ek-7. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Ek-8. Etik Kurul Onayı

Ek-9. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Otizm spektrum bozukluğu (OSB) çocukluk çağı nörogelişimsel bozuklukları içinde yer alan bir klinik tanı grubudur. Belirtileri erken çocukluk çağına başlayan, sosyal-iletişimsel alanda belirgin yetersizlik ve sınırlı tekrarlayıcı davranışlar ve ilgi alanları ile seyreden bir bozukluktur. Günümüzde otizm sıklığı 1/59 olarak bildirilmektedir ve sıklığı giderek artmaktadır(1). Çocukların kronik bir hastalığa sahip olması aile bireylerini farklı şekillerde etkilemektedir. Bir ailede OSB tanılı çocuğun olması aile üyeleri için kalıcı bir stres kaynağı olarak değerlendirilmektedir(2). Otizm tanılı çocuğun bakımını gerçekleştirme ve davranışsal bileşenleri ile başa çıkma süreci, anne ve babalarının psikososyal sağlıkları için ciddi bir tehdit oluşturmaktadır. Yapılan çalışmalarda OSB tanılı çocukların duygusal ve davranışsal problemleri ile ebeveynlerinin stres ve psikolojik iyilik hali arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ayrıca OSB tanılı çocukların annelerinin yaşadıkları olumsuzluklar ile çocukların OSB'den etkilenme düzeyi arasında ilişki olduğu bilinmektedir(3).

Otizm tanısı alan çocuklar karşılıklı iletişimde sosyal kuralları düzenli olarak ihlal eder, genellikle dil zorlukları yaşarlar ve çekilme, saldırganlık gibi davranışlar gösterebilirler. Çocuklarda irritabilite strese ya da rutin alışkanlıklarının değişmesine tepki olarak da gelişebilir. Bu davranışlar, ebeveynlerde aşağılanma ve sosyal olarak dışlanmaya yol açabilir(4,5). Otizm tanılı çocukların davranışlarına ilişkin başkalarının algılamaları, ebeveynlerin topluluk üyeleriyle olan ilişkilerinin doğasında ve ebeveynlere yönelik damgalanmada kilit bir faktör olarak bulunmuştur. Otizmin davranışsal belirtileri, toplum tarafından kabul edilen kuralları ihlal edebilmektedir. Bu kural bozmaya karşı verilen tepkiler, uygun olmayan, zararlı veya haksız olduğunda ise damgalanma ortaya çıkmaktadır(6). Otizm spektrum bozukluğu tanısı alan çocukların normal fiziksel görünüşünün ebeveynleri daha da damgalı hale getirdiğini savunulmaktadır(4).

Otizmin özellikle temel özelliklerinden ikisi olan sosyal iletişimde bozulmalar ile kısıtlı veya tekrarlayıcı davranışların ebeveynler için stresli olduğu bildirilmiştir. Araştırmacılar, OSB tanılı bir çocuğa sahip olmanın ve OSB belirti şiddetinin ebeveynlik stresıyla güçlü bir şekilde ilişkili olduğunu belirlemeye devam etmektedir(7). Bazı ebeveynlik stresinin tüm ebeveynler için normal ve uyarlanabilir olmasına rağmen OSB tanılı çocuk yetiştiren ebeveynler üzerine yapılan çalışmalar, artan stres düzeylerini açık bir şekilde belgelemektedir. Uluslararası literatüre göre, otizm tanılı çocukların ebeveynleri, sağlıklı ya

da otizm dışı tanısı olan çocukların ebeveynlerine göre daha fazla stres, anksiyete ve depresyon gibi ruh sağlığı sorunları bildirmektedir(8–13). Ayrıca OSB tanılı çocukların annelerindeki depresyonunun, daha yüksek çocuk istismarı ve ihmal oranlarıyla ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bu nedenle, depresyonu olan annelere erken teşhis koymak ve zamanında tedavi etmek hem çocuğun hem de annenin genel hastalık sonuçlarını iyileştirmede büyük önem taşımaktadır(10).

Bebek-bakım veren arasındaki duygusal bağ olan bağlanma, bireyin yaşamı boyunca tüm bağlanmaları ve ruh sağlığı için temel oluşturmaktadır(14). Çift yönlü bir etkileşim olan bağlanmada, ebeveyn etkileri, çocuk etkileri ve iki yönlü etkiler rol almaktadır(15). Bakım veren olan annenin, kendi bebekliğinde annesi ile kurduğu güvenli bağlanma, hem eş ve arkadaş ilişkilerine hem de kendi bebeği ile kurduğu ilişkiye yansıyabilmektedir(16). Güvensiz bağlanma, yetişkinlikte psikopatoloji riskini arttırabileceği ve yaşam boyu birçok psikiyatrik bozukluğa neden olabileceği birçok çalışmada gösterilmiştir(17–19). Ülkemizde yapılan annelerde depresyon belirtileri ve güvensiz bağlanma biçimi arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada, depresif belirtileri olan annelerin güvensiz bağlanma puanlarının depresif belirtileri olmayan annelere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur(20).

Çalışmamızın temel amacı, otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuk ve ergenlerin annelerinin depresyon, anksiyete, bağlanma ve içselleştirilmiş damgalanma algısının incelenmesidir. Ayrıca OSB tanılı bireylerin hastalığının şiddeti ile annelerinin depresyon, anksiyete, bağlanma ve içselleştirilmiş damgalanma algısının ilişkisi değerlendirilecektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Otizm Spektrum Bozuklukları

2.1.1 Tanım,Tarihçe ve Tanı Ölçütleri

Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB);erken çocuk döneminde belirtileri gözlenmeye başlanan ve toplumsal iletişim ve etkileşimde sürekli yetersizlikler ile kısıtlı ve tekrarlayıcı davranışlar, ilgi alanları ve aktivitelerle karakterize nörogelişimsel bir bozukluktur. Bununla birlikte OSB’de göz teması ve ortak dikkat, ilişki kurma ve sürdürme, duygusal karşılık verme, dil gelişimi gibi alanlarda da çeşitli sorunlar görülmektedir(21).

Terim olarak “otizm” kelimesini ilk kez 1911 yılında Eugen Bleuler kendini dış dünyadan tamamen soyutlamış bireyleri tanımlamak için kullanmıştır(22). Klinik bir tablo olarak otizm kavramı 1943 yılında bir çocuk psikiyatrisi olan Leo Kanner tarafından gündeme getirilmiştir. İnsanlarla ilişki kurma güçlüğü, tekrarlayıcı ve amaçsız davranışlar, ekolali ve değişime direnç gösterme gibi belirtileri olan 11 olguyu “infantil otizm” olarak tanımlamıştır(23). Viyanalı bir hekim olan Han Asperger ise 1944’te benzer belirtileri olan çocukları “otistik psikopati” kavramıyla adlandırmıştır. Daha sonra bu klinik tablo Lorna Wing tarafından literatüre “Asperger sendromu” olarak sunulmuş ve yaygın bir biçimde kullanılmaya başlanmıştır(24).

Otizm, uluslararası ve psikiyatrik tanı sistemlerinde benzer başlıklar altında sınıflandırılmıştır. İlk kez 1967’de şizofreni alt gruplarından biri olarak uluslararası tanı sınıflama sistemi olan ICD-8 (International Classification of Diseases 8th edition)’de, 1979’da bebeklik otizmi alt grubu olarak ICD-9’da yer alarak çocukluk şizofrenisi ile ilişkili olduğu düşünülmüştür. Psikiyatri tanı sınıflama sistemine ise 1980 yılında DSM-III ile “Yaygın Gelişimsel Bozukluklar (YGB)” başlığı altında girmiştir. Daha sonra 1987’de DSM-III-R’de YGB başlığı altına “Otistik Bozukluk” eklenmiştir. Ardından 1994 yılında DSM-IV’te ve 1999 yılında ICD-10’da YGB başlığı altında Asperger Bozukluğu, Rett Bozukluğu, çocukluk çağı Dezintegratif Bozukluğu ve başka türlü adlandırılmayan YGB olarak sınıflanmıştır. Son olarak 2013 yılında DSM-5 ile bahsedilen bütün bu bozukluklar YGB yerine OSB başlığı altında tek bir bozukluk olarak toplanmıştır(1,25).Bununla birlikte ICD-11’de ise zihinsel gelişim bozukluğu ve/veya bozulmuş işlevsel dilin eşlik edip etmediği OSB olarak sınıflandırılmıştır(26).

DSM-5 Otizm spektrum bozukluğu tanı ölçütleri(27)

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

1. Toplumsal-duygusal karşılık vermedeki yetersizlik (örn. olağandışı toplumsal yaklaşımda karşılıklı diyalog yürütmekte çekilen güçlüğü; ilgilerini, duygularını veya duygulanımını paylaşmadaki yetersizlikten, sosyal etkileşime cevap vermemeye kadar olan yetersizlikler.)

2. Toplumsal etkileşim için kullanılan sözel olmayan iletişimsel davranışlarda yetersizlik (örn. zayıf entegre olmuş sözel ve sözel olmayan iletişim, anormal göz kontaktı ve beden dili veya jestleri anlamakta ve kullanmakta yetersizlik ve yüz ifadesi ve beden diline kadar bariz eksiklerin varlığı.)

3. İlişkileri, geliştirmekte, devam ettirmekte ve anlamakta güçlük, örneğin farklı toplumsal ortamlara uygun davranamamaktan, hayali oyun paylaşamamaya ve arkadaş edinememeye, arkadaşla ilgi duymamaya kadar görülen davranışlar.

Şu anki şiddeti: Şiddet sosyal iletişimsel alanda yetersizlikler ve kısıtlı, tekrarlayıcı davranışlara göre belirlenir.

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

1. Basmakalıp veya tekrarlayıcı motor hareketler, obje kullanımı veya konuşma (Basit motor stereotipiler, oyuncakları dizme veya çevirme, ekolali, idiyosentrik cümleler)

2. Aynı olmakta ısrar, rutine sıkı sıkıya bağlı olma veya ritüelleşmiş sözel ve sözel olmayan davranışlar, (ufak değişimlerde aşırı stres, geçişlerde zorluk, sert düşünce tarzı, selamlaşma ritüelleri, her gün aynı yolu veya aynı yemeği tercih etme)

3. Konu veya yoğunluk açısından anormal olan sınırlı, sabitlenmiş ilgiler (yaygın olmayan nesnelere anormal aşırı bağlılık, aşırı tekrarlayıcı veya sınırlı ilgiler)

4. Duyusal olarak aşırı ya da az duyarlılık veya çevrenin duyusal boyutuna aşırı ilgi (acıya/sıcağa aşırı duyarsızlık, belirli ses veya dokunuşlara karşı beklenmeyen tepki, nesneleri aşırı koklama veya onlara aşırı dokunma, ışık veya hareketle görsel olarak çok meşgul olma)

Şu anki şiddeti: Şiddet sosyal iletişimsel alandaki yetersizlikler ve kısıtlı, tekrarlayıcı davranışlara göre belirlenir.

- C. Belirtiler gelişimin erken evrelerinde mevcut olmalı (toplumsal beklentiler sınırları aşmıyaya dek fark edilmemiş veya daha sonra hayatta öğrendiği stratejilerle maskelenmiş olabilir.)
- D. Belirtiler sosyal, mesleki ve başka önemli alanlarda klinik olarak anlamlı düzeyde bozukluğa yol açmalıdır.
- E. Bu bozukluk zihinsel yetersizlik veya genel gelişimsel gerilik sebebi ile olmamalıdır. Gerçi zihinsel yetersizlik ve OSB sıklıkla bir arada görülür, ancak OSB ve zihinsel engellilik tanısı konması için sosyal iletişimsel düzeyin genel gelişimin altında olması gerekir.

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

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

2.1.2 Epidemiyoloji

Otizm yaygınlığının 1970'li yıllarda 2-4/10.000 gibi oldukça düşük olduğu bildirilmiştir. Epidemiyolojik çalışmaların gözden geçirilmesi sonucu 1999 yılında 14/10.000 olarak bulunmuştur. Yıllar içinde yapılan her epidemiyolojik ya da gözden geçirme çalışması ile otizm sıklığının arttığı gösterilmiştir. Otizm yaygınlığı Amerika'da 2002 yılında 6-7/1000 olarak bildirilirken, 2006 yılında 1/150, 2008 yılında 1/88 ve 2012 yılındaki raporda 1/68 ve son olarak 2018 yılında yayınlanan çalışmada 1/59 olarak bildirilmiştir(1,28). Artışın nedeni olarak olası çevresel faktörler göz önünde bulundurulsa da, ön planda tanı kriterlerinde değişimler, hastalık hakkında daha fazla bilgi sahibi olunması, hastalığın tanınmasının artması ve sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğin artması gösterilmektedir(1,29).

Cinsiyet açısından OSB'nin erkek çocuklarda kız çocuklardan 3-4 kat daha fazla görüldüğü güncel bir meta-analiz çalışmasında da belirtilmiştir(30). Bu farkın cinsiyet yanlılığının bir sonucu olabileceği gibi özellikle daha yüksek işlevselliği olan kız çocuklarında daha iyi uyum olabileceği ve klinisyen tarafından fark edilmelerinin daha zor olabileceği de öne sürülmüştür(30,31). Bununla birlikte cinsiyet kromozomu ilişkili çalışmalarda erkeklerde otizme karşı daha kırılgan bir sosyal işlevsellik tanımlanmıştır(32,33).

2.1.3 Etiyoloji

Otizm spektrum bozukluğu hem genetik hem de çevresel faktörlerin gelişen beyni etkilemesi sonucu oluşan nörobiyolojik bir bozukluktur. Devam eden araştırmalar ile OSB'deki olası mekanizmalar hakkındaki anlayışımız artmasına rağmen tek bir bütünleştirici neden henüz açıklanamamıştır(34).

2.1.3.1 Genetik etkenler

Son yıllarda yapılan çalışmalar genetik etkenlerin OSB duyarlılığında rol oynadığını vurgulamaktadır(34). Çalışmalardan elde edilen bilgilere göre OSB tanılı olguların kardeşleri normal popülasyona göre %50-90 göre daha yüksek OSB tanısı riski taşımaktadır(35,36). Erkekler, kadınlar ve her iki cinsiyet için konkordans oranları monozigotik ikizlerde dizigotik ikizlerden 10 kat daha yüksek iken, dizigotik ikizlerde de ikiz olmayan kardeşlerden yaklaşık iki kat daha fazladır(37).

Literatürde OSB ile ilişkili yaklaşık 1000 civarı gen ve etkilenmiş bireylerin %10-20'sinde genetik mutasyon saptanmıştır(38). Bu alanda en sık çalışılan ve en tutarlı sonuçların elde edildiği genlerin 2., 7., 16. ve 17. kromozomlarda bulunduğu gözlenmiştir(39). Yapılan çalışmalarda TSC, FMR1, UBE3A, NLGN3, PCDH10 ve kadherin genlerinin artmış ya da azalmış ekspresyonları ile otizm arasında ilişki olduğu bildirilmiştir(1). Bu genlerin veya genlerdeki mutasyonların otizm etiyojisindeki işlevleri henüz net olarak belirlenmemiş olsa da ilişkili genlerin nöronal gelişim, nöronal göç ve aksonal yollarda görev aldıkları bilinmektedir(40). Ayrıca OSB tanılı bireylerin yaklaşık %10'unda bir sendrom bulunmaktadır(38). Tuberoskleroz, Fragile-X sendromu, Nörofibromatozis ve Rett sendromu gibi tek gen mutasyonu ile geçen sendromik hastalıklarda OSB görülme sıklığının arttığı vurgulanmaktadır(1,41). Son yıllarda yapılan çalışmalarda DNA metilasyonu veya histon

asetilasyonu ve modifikasyonu gibi epigenetik mekanizmalarda transkripsiyonel ve birleştirme düzensizliği veya değişikliklerinin rol oynayabileceği üzerinde durulmaktadır(42).

2.1.3.2 Çevresel etkenler

Otizm spektrum bozukluğu etiolojisinde genetik etkenlerin rolü vurgulanmasına rağmen genetik etkilerin olguların tamamını açıklamaması ve OSB tanısı konulan bireylerin sayısındaki artışlar çevresel etkenlerinde rol aldığını düşündürmektedir(1). Günümüzde bile aşı ile ilgili tartışmalar sürerken aşılarda otizm etiolojinde rol almadığı ve aşılarda otizm arasında herhangi bir ilişki bulunmadığı bildirilmektedir(43). En güncel ve bugüne kadar yapılan en büyük kohort çalışmasında da kızamık, kabakulak, kızamıkçık aşılamaından sonra çocuklarda artan bir otizm riski olmadığı gösterilmiştir(44).

Çevresel etkenlerin özellikle perinatal dönemde maruziyeti sonucu beyin gelişimini etkileyerek otizm etiolojisinde rol oynadığı düşünülmektedir. Ağır metaller, tarım ilaçları gibi çeşitli kimyasallar, egzoz dumanı ve çeşitli kirleticilerin oluşturduğu hava kirliliği gibi çevresel risklerin olası etkileri çeşitli çalışmalarda bildirilmiştir(1). Sonuçlar arasında tutarsızlıklar olsa da gebelik sırasında geçirilen prenatal ateşin en azından bazı olgularda otizm patogeneğinde rolü olduğunu düşündürmektedir(45,46).

Literatürde prenatal D vitamini ve folik asit eksikliği ile otizm arasında ilişki olduğu geniş örneklemlili çalışmalarda gösterilmiştir(47,48). Bir başka çalışmada ise gebelik öncesi ve sırasında folik asit takviyesinin OSB riskini azalttığı bulunmuştur(49).

Günümüzde otizm için bir risk etmeni olarak kabul edilen ve yapılan çalışmalarda en tutarlı veri olan ileri ebeveyn yaşının biyolojik sürecin bir belirleyicisi olduğu düşünülmektedir. Buna ek olarak anne ve baba arasındaki yaş farkının artmasının da OSB için bir risk etmeni olacağı ileri sürülmektedir(50). Yapılan güncel bir metaanalizde ileri anne yaşının %41, ileri baba yaşının %55, anne yaşında 10 yaş artışın %18 ve baba yaşında 10 yaş artışın %21 daha fazla OSB riskine neden olduğu bildirilmiştir(51).

2.1.3.3 Nöroanatomik etkenler

İlk postmortem çalışmalarda frontal ve temporal bölgelerde belirgin olmak üzere beyin boyutlarında ve ağırlığında artış olduğu ve bu artışın erken yaşlarda başlayıp 3 yaş öncesi durduğu gösterilmiştir(52,53). Bazı çalışmalar, serebral korteks incelenmesi, putamen ve kaudat nukleusta subkortikal gri madde azalması, işitsel-görsel alanda gri madde artışı, korpus

kallosum hacim azalması ve serebellumda gri madde azalması gibi makroanatomik değişiklikler de bildirmiştir(54,55). Ayrıca OSB'de hücresel düzeyi içeren birtakım mikroanatomik değişikliklerde bildirilmiştir. Hipokampus, amigdala, fusiform girus nöronlarında ve serebellar purkinje hücrelerinde azalma birçok çalışmada gösterilmiştir. Nöron hücre yoğunluğunun azalmasının bir neden mi yoksa bir sonuç mu olduğu henüz netlik kazanmamıştır(52,54).

Son yıllarda OSB ile ilgili çalışmalarda nöral bağlantı bozukluğu üzerinde durulmaktadır. Subkortikal bölgelerde azalmış nöral bağlantı ile kortikal bölgelerde artmış nöral bağlantı en çok üzerinde durulan konudur(56). Bu sonuçlardan yola çıkarak otizmin beyin bağlantı bozukluğu olduğu görüşü öne çıkmakta ve nöronal organizasyon ve nöral ağ gelişimini inceleyen kök hücre araştırmaları artmıştır(57).

Nörogörüntüleme çalışmalarında beyaz maddede difüzyon artışı ve fraksiyonel anizotropi azalmasının gösterilmesi yetersiz nöronal bağlanma görüşünü desteklemektedir(58). Fonksiyonel beyin görüntüleme çalışmalarında bilateral superior temporal bölgelerde ve amigdalada metabolik aktivitede azalma ve hipoperfüzyon sıklıkla bildirilmektedir(59). Görsel, işitsel ve duygusal işlevlerle ilgili beyin bölgeleriyle OSB arasındaki ilişkiyi gösteren kanıtların giderek arttığı görülmektedir(60,61).

2.1.3.4 Nörokimyasal etkenler

Literatürde OSB ile ilgili çalışmalarda hem beyinde hem de beyin dışı organlarda serotonin metabolizmasında düzensizlikler olduğu ırk, cinsiyet, yaş ve ilaç kullanımından etkilendiği bildirilmiştir. Buna karşın OSB etiyolojisinde dopamin ve norepinefrin ile ilgili kanıt yoktur(62).Postmortem çalışmalarda hipokampus GABA ve glutamat reseptörlerinin azaldığı bildirilirken, periferik GABA ve glutamat düzeyleri ile ilgili çalışmaların sonuçları tutarlı değildir(63,64).

2.1.3.5 Nörofizyolojik etkenler

Literatürde özgül olmayan EEG anomalileri OSB tanılı bireylerde ortalama %6-74 arasında değişen oranlarda ve %40 civarında saptanmıştır(65). İstirahat EEG'sinde alfa aktivitesinde azalma ve delta ve teta aktivitesinde artma bildirilmiş olup otizmin nöral bağlantı bozukluğu görüşünü desteklemektedir(66). Otizme özgü olmamakla birlikte OSB tanılı bireylerde azalmış nöral ileti hızı, azalmış sosyal uyararı fark etme ve artmış ve azalmış

beyin aktivitesi beyinde nöronal dağılımın farklı olduğunu ve nöral bağlantılarda bozukluklar olduğunu düşündürmektedir(1).

2.1.3.6 Nöroimmünolojik etkenler

Sitokinler ve otoantikorlar üzerinden işleyen immün sistemin, nörotransmitter işlevleri, nörogenez ve nöral yolları etkileyerek otizmde duygusal, emosyonel ve sosyal belirtilere neden olabileceği öne sürülmüştür(67). Sinir sisteminde nöron yapısı, akson oluşumu, miyelin üretimi ve sinaps oluşumu gibi nörogenez mekanizmalarını etkilediği düşünülen çeşitli antikor ve sitokin düzeylerinde değişiklikler olduğu gösterilmiştir(68). Ayrıca anneden geçen antikor ve inflamatuvar yanıtların da fetal beyin gelişimi üzerinde olumsuz etkileri olabileceği belirtilmiştir(68,69).

2.1.4 Klinik Özellikler

Otizm spektrum bozukluğunda klinik özellikler, güncel tanı sınıflamalarında iletişim ve toplumsal etkileşimde yetersizlikler ile kısıtlı, tekrarlayıcı davranışlar, ilgiler ve etkinlikler olmak üzere iki temel boyutta toplanmıştır(25). Otizm tanısı alan çocukların önemli bir kısmının belirtilerinin 13-14 aylıkken görülmeye başladığı ancak ailelerinin sıklıkla iki-üç yaş arasında bir hekime başvurdıkları bilinmektedir(1).

Yaşamın ilk yılında insanlarla göz temasının, karşılıklı gülümsemenin, babıldama/mırıldanma gibi seslerin olmaması ya da az oluşu en sık görülen belirtilerdir. Ayrıca yüz hareketlerinin taklidi ve anlamlı jest ve mimikler gibi sözel olmayan iletişimde yetersizlikler, konuşanın yüzüne bakmaması ve ismiyle çağrılınca bakmaması da sıklıkla görülmektedir(70). Bu belirtileri iki yaşına doğru belirginleşir ve göz takibinde atipiklik, nesneler ile amacına uygun olmayan etkileşim, tekrarlayıcı davranış ve etkinlikler gibi özellikler görülmeye başlar(71,72). Dil becerilerinde belirgin gerilik olması, anlamlı kelime üretme ve basit konutları anlama ve uygulama alanlarında yetersizlikler dikkat çekicidir. Bu nedenle de konuşma gecikmesinin bir profesyonele en sık başvuru şikayeti olduğu bildirilmektedir(1,70).

İki-üç yaşına gelmiş OSB tanılı bir çocukta kısıtlı taklit, sosyal gülümsemenin azlığı ya da yokluğu, ismine ve insanların yüzlerine bakmaması, yalnızlığı tercih etmesi, kısıtlı ve anlamsız gülme ve yüz ifadelerinin olması sıklıkla görülen belirtilerdir(1,72). Ayrıca yaşıtlarına karşı ilgisinin yokluğu ya da az oluşu ile yaşıtlarıyla paralel oyun oynama, oyun kurma ve sürdürmede yetersizlikler de ebeveynler tarafından bildirilmektedir(1).Parmak

ucunda yürüme, kendi etrafında dönme, sallanma, el-kol çırpma gibi basmakalıp hareketler sıklıkla bu yaş aralığında görülmeye başlar(1,70).

Okul öncesi dönemde yaşlıları ile iletişim ve etkileşime girmekte isteksizlik ya da ilgisizlik ile senaryolu ve hayali oyun oynayamama sosyal ilişkilerini etkilemektedir. Sözel iletişimin hiç olmayan bireyler olabileceği gibi sözel iletişimi olan bireylerde de kısa, tekrarlayıcı, monoton kelimeler içeren cümleler ve konuşmalar görülebilir. Hayatı olumsuz etkileyen bir başka durum ise değişime gösterdikleri direnç ve aynılıkta ısrarlı olmalarıdır(1,70).

Okul çağında OSB tanılı çocuklar arasında sosyal beceriler ve ilgiler açısından farklılıklar görülebilir. Genel olarak sözel ve sözel olmayan iletişim becerilerinde yetersizliklerin olduğu belirtilmektedir(70). Ayrıca sosyal alandaki bu sorunların sıklıkla akademik becerilerini de etkilediği ifade edilmektedir. Yine bu yaş grubundaki otizm tanılı bireylerde sık görülen dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ve diğer psikiyatrik ve nörolojik eş tanılar da akademik başarılarını olumsuz etkilemektedir(1,70,73).

Ergenlik döneminde hormonal değişikliklerin normal zekalı OSB tanılı ergenlerde sosyal ilişkilerde motivasyon artışı ve olumlu gidiş ile ilgili olduğu bildirilmiştir(74). Buna karşın ergenlikte farklı olduğunu hissetme ve bu konuda içgörünün gelişmesi başta depresyon ve diğer psikiyatrik bozukluklara yol açabileceği belirtilmiştir. Eşlik eden durumlarında tedavisinin de büyük önem taşıdığı vurgulanmıştır(1,75).

2.1.5 Eş Tanılar

Otizm spektrum bozukluğu tanılı bireylerin %70'inden fazlasının eşzamanlı tıbbi, gelişimsel veya psikiyatrik rahatsızlıkları olduğu bildirilmiştir(76). Çocuklukta ortaya çıkan ek klinik durumların ergenlik döneminde de devam etme eğiliminde olduğu belirtilmiştir(77). Epilepsi ve depresyon gibi bazı durumların ilk kez ergenlik veya yetişkinlik döneminde ortaya çıkabilmektedir(76). Genellikle, birlikte ortaya çıkan durumlar ne kadar fazla olursa, bireyin yetersizliği de o kadar artmaktadır(78).

Zihinsel engellilik, çeşitli dil bozuklukları, DEHB, tik bozuklukları ve motor anormallikler OSB tanılı çocuk ve ergenlerde en sık görülen gelişimsel bozukluklardır. Anksiyete, depresyon, obsesif kompulsif bozukluk, psikotik bozukluklar ve uyku bozuklukları da otizmlili bireylerde görülen diğer psikiyatrik bozukluklardır. Ayrıca epilepsi, gastrointestinal

sorunlar, immün düzensizlikler ve bazı genetik sendromlar da otizmde görülen önemli tıbbi durumlar içindedir(78–81). Ek olarak bazı kişilik bozukluklarının da ilerleyen ya larda görülebileceği bildirilmiştir(82). Yüksek e  tanı varlığı, paylaşılan patofizyolojinin ve otizmle büyümenin ikincil etkilerinin bir sonucu olabileceği ileri sürülmüştür(76).

2.1.6 Ayırıcı Tanı

Küçük ya  çocuklarda ayırıcı tanının zorluğu da göz önünde bulundurularak tüm OSB tanı değerlendirmeleri, otizm ile ilişkili faktörleri de dikkate alarak alanında deneyimli klinisyenler tarafından yapılması önerilmektedir(83). Tanısal olarak OSB ile en sık karışan durumlar içinde dil bozuklukları, zihinsel yetersizlikler, tepkisel bağlanma bozukluğu, çok erken başlangıçlı şizofreni, görme ve işitme sorunları ve selektif mutizm olduğu akılda tutulmalıdır(1).

2.1.7 Tedavi

Birbirinden farklı düzeyde sorunları olan OSB tanılı bireylerde tedavi yaklaşımları eğitsel tedaviler ve farmakolojik tedaviler olmak üzere iki başlık altında sunulmaktadır(1).

E itsel tedavilerde temel amaç otizmin çekirdek belirtilerini hafifletmek ve i levselli i arttırmaktır. Etkinli ine dair en çok kanıt bulunan eğitsel yaklaşımın uygulamalı davranış analizi olduğu vurgulanmaktadır(84). Son yıllarda davranış temelli diğer yaklaşımlar olan erken başlangıçlı denver modeli ve temel tepki öğretiminin de OSB tanılı çocuklarda etkin olduğu gösterilmiştir(85). Ayrıca konuşma ve dil terapisi ve u ra  terapisinin de bazı olgularda olumlu katkılar sağladığı bildirilmiştir(1).

Otizm spektrum bozukluğu temel belirtilerini iyileştiren bir ilaç henüz geli tirilmemi  olmakla birlikte, e  psikiyatrik durumlar ve ek davranışsal sorunları düzeltmek için sıklıkla psikofarmakolojik ajanların kullanıldığı belirtilmiştir.  zellikler saldırganlık ve sinirlilik gibi belirtileri iyileştirmek için antipsikotik ilaç kullanıldığı ve bu belirtiler üzerinde olumlu etkilerin g r ld  u bildirilmiştir(86,87). Ek olarak serotonerjik ve glutamaterjik ajanların olgu bildirimlerinde ve küçük örneklemli çalışmalarda olumlu etkileri olduğu belirtilmiş olup daha fazla randomize kontrollü çalışmaya gereksinim olduğu vurgulanmıştır. Başlangıç dozu düşük olması, minimum etkili dozun hedef alınması ve düzenli gözden geçirme ve nihai olarak bırakma planıyla olumsuz etkilerinin dikkatle izlenmesi önerilmiştir(88).

Etkili psikoeğitim, müdahaleler ve desteğe erişim için zamanında tanı ve planlama önemlidir. Etkilenen birey ve aileleri için kapsamlı bir beceri ve ihtiyaca dayalı değerlendirme yapılması ve bireyselleştirilmiş bir eğitim ve yönetim planının geliştirilmesinin en iyi uygulama olacağı önerilmektedir(89).

2.2 Annelerin İçselleştirilmiş Damgalanma Algısı

2.2.1 Damgalama tanımı

Damga (Stigma), belirli bir durumla ilişkili, daha düşük sosyal durumda olduğu kabul edilenlere yönelik derinden itibarsızlaştırıcı bir özellik olarak tanımlanmıştır(90). Eski Yunanca’da “delik, yara, leke, küçük bir işaret bırakma” anlamına gelen damga kelimesi, günümüzde mecazi anlamda “kara leke” olarak sıklıkla kullanılmaktadır(91).

Literatürde ise damga; birçok nitelik, koşul, sağlık durumu ve sosyal grupla ilişkilendirilmiş ve özellikle ırk, cinsel tercih, akıl hastalığı, HIV/AIDS ve dinsel farklılıklar gibi çeşitli alanlarda araştırılmıştır(92). Damgalama, potansiyel olarak hastalığın kendisinden daha zararlı olduğu vurgulanmaktadır(93). Ruhsal hastalıklarla ilişkili damgalanma ve ayrımcılık, bu hastalıkların meydana geldiği sürece açıktır(94). Dünya Sağlık Örgütü damgalamayı, insanların benlik saygısını etkileyen, aile ilişkilerini bozan ve sosyalleşme ve barınma ve iş edinme yeteneklerini sınırlayan baskın bir ayrımcılık ve ayrılık nedeni olarak tanımlamaktadır(95).

2.2.2 Damgalama tarihçesi

İnsanoğlu yüzyıllar boyunca, yeterince bilgi sahibi olmadığı ya da tanımadığı olgu ya da bireyler karşısında hissettiği olumsuz duygulardan dolayı onları dışlama ya da damgalama eğiliminde olmuştur(96). Eski Yunanca’da damga sözcüğü anormal, kötü ve kaçınılması gereken insanları göstermek için vücutların yakılarak veya kesilerek işaretlenmesi anlamında kullanılmıştır. Damga/Damgalama (Stigma/Stigmatization) kelimesi köken olarak Yunanca’da kölelerin diğer insanlardan daha değersiz olduğunu ve toplumdaki konumlarını belirtmek için kullanılan “stizein” kelimesinden gelmiştir(97). Roma İmparatorluğu’nda kaçarken yakalanıp efendilerine teslim edilen kölelerin ellerine ya da alınlarına damga vurularak kaçmaya eğilimli oldukları işaretlenmiştir. Orta Çağ’da ise suçlular kızgın bir demirle dağlanarak suçlulukları işaretlenerek gösterilmiştir(98). Damga ve damgalama günümüzde ise ilk kez Amerikalı bir sosyolog olan Goffman (1963) tarafından ortaya

konulmuştur. Damgayı "kesinlikle itibar görmeyen bir özellik" ve damgalamayı da bireyi "bütün ve olağan bir insandan kirletilmiş, aşağı bir kişiye indirgemek" olarak tanımlamıştır. Ayrıca damgalama eğiliminin korku kültürünün egemen olduğu toplumlarda daha kolay gelişebildiğini ve daha sık görüldüğü belirtmiştir(90).

Tarih boyunca bulaşıcı hastalıklara duyulan korkular nedeniyle bu hastalıklara yakalananlara şiddet uygulandığı görülmüştür. Hastalığa yakalanan bireyler günahkar ve lanetlenmiş olarak kabul edilmiştir. Tanrının insana verdiği kötülük olarak da nitelenen Cüzzam (Lepra) ilk damgalanan hastalık olarak kabul edilmektedir. Daha sonra kara ölüm olarak nitelenen veba, Avrupa kıtasında hızla yayılan frengi, 18. Yüzyılda tanımlanan tüberküloz, 20. yüzyılda çeşitli kanserler ve 21. yüzyılda AIDS damgalanan hastalıklar arasındadır(99).

Günümüz de dahil olmak üzere hemen her çağda ve kültürde olumsuz yargılara neden olan hastalıkların başında ruhsal bozuklukların geldiği görülmektedir(97). İnsanlık tarihinde bilginin egemen olmadığı dönemlerde ruhsal sorunların açıklanamaması ve bu bireylerin anlaşılmasından dolayı duyulan korku, dışlanmalarına ve damgalanmalarına neden olmuştur(91,99).

2.2.3 Damgalama gelişimi

Damgalama ile damgalanan birey ve grupların farklı olduğu ve bu farklılıkların olumsuz yönleri vurgulanmaktadır. Damgalananlar zamanla toplumdan dışlanarak uzaklaştırılır ve önce yalnızlığa daha sonra da damgalamanın amacı olan yok olmaya doğru itilir. Damgalama birçok hastalık ve durumda görülmekle birlikte, yüzyıllardır damgalama ve ayrımcılıktan en fazla etkilenen kesim ruhsal hastalığı olan bireylerdir(91). Bunun nedenleri belirsizliğini korumaktadır, ancak nasıl sürdürüldüğü ve kurbanlar üzerindeki zararlı etkisi günümüzde daha iyi bilinmektedir(97).

Damgalama süreci, etiketleme ile başlamakta, kalıpyargılar, bilişsel ayırma ya da önyargılar, duygusal reaksiyonlar, sosyal konum ile devam etmekte ve son süreçte ayrımcılık ile sonuçlanmaktadır(91). Toplumda korkulan ve sorumsuz kişiler olarak tanımlanan, yardıma ve bakıma ihtiyaç duyan kimseler olarak görülen ruhsal hastalığa sahip bireyler, yaşadıkları hastalıklarının zorluğuna ek olarak bu gibi inanç ve ön yargılar nedeniyle ortaya ayrımcılıkla baş etmek durumunda kalmaktadır(91,99). Toplumun olumsuz tutumları, erken tedavi ve iyileşmeye erişimi azaltarak yardım arama davranışlarını etkileyebilir ve istihdam olanakları

ve hastalık dışındaki yaşamın diğer önemli alanları üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olabilir(100).

2.2.4 Damgalama bileşenleri

Modern anlamda damgalama ve damgalanma süreci iki temel unsurdan oluşur: ayırt edici 'işaretin' tanınması ve daha sonra kişinin değersizleştirilmesi(97). Literatürde yazarlar damga/damgalamanın çeşitli bileşenlerden oluştuğunu öne sürmüşlerdir. Bazı yazarlara göre damga, temelde kalıpyargılar (stereotypes), önyargı ve ayrımcılık olmak üzere üç temel bileşenden oluşur(101,102).Link ve Phelan (2001) ise damganın etiketleme, kalıpyargı, ayırma, statü kaybı ve ayrımcılık olarak beş bileşenden oluştuğunu belirtmiştir(103).

Etiketleme, hastaların hasta olarak nitelenmesi ve gözlemlenen farklılıklarının tespit edilmesidir. Ayrıca gözlemlenen bu farklılıkların, sosyal bir seçim süreci içinde sosyal farklılıklara atanmasıdır(103,104). Akıl hastalığı ile etiketlenme, ruhsal hastalık ile etiketlenmeden daha da rahatsız edicidir(91).

Kalıpyargılar öğrenilen, basitleştirilen ve genellikle toplumda yerleşik olan olumsuz tutumlardır. Örneğin psikiyatristler garip bireylerdir şeklinde bireylere inanmalarına gerek kalmadan belirli alt gruplar ile ilgili hızlı yargılar üretmeleridir(105).

Başkalarının farklılıklarına tepki olarak ortaya çıkan ayırma, mevcut durumun göz ardı edilerek geçmiş önyargıların üzerine yeni önyargılar eklenerek ötekiler grubunun oluşturulmasıdır(91,103).

İnsanların olumsuz etiketlenmesi ve ayrılması sonucunda zihnimizde değerlerini düşürmek, reddetmek ve hariç tutmak için bir gerekçe oluşturulur(103). Böylece damgalanan birey toplumda önceki konumunda yer alamayacaktır(91). Bununla uyumlu olarak, gelir, eğitim, psikolojik iyi olma, barınma durumu, tıbbi tedavi ve sağlık gibi yaşam şanslarının genel bir profili söz konusu olduğunda damgalanmış gruplar dezavantajlıdır(103,104).

Damgalama sonucu statü kaybı yaşayan bireyler ayrımcılığa uğrayarak da damgalanırlar(103). Bunun durum kaçınmaya ve sosyal mesafeye yol açarak daha fazla ayrımcılığa neden olur(106).

Ruhsal bozukluklarla ilişkili damgalanma birbirine bağılı üç düzeyde tanımlanmıştır: yapısal, kişilerarası ve içsel. Yapısal damgalama, ayrımcı sosyal politikalar ve mevzuat anlamına gelmektedir. Kişilerarası damgalama, cehalet veya yanlış bilgi, önyargı gibi tutumlar ve ayrımcılık, odaklanmış şiddet ve düşmanlık ve insan hakları ihlallerini içeren davranışlarla ilgili problemlerden oluşur. İçsel damgalama kendi kendini damgalama veya içselleştirilmiş damgalanma olarak adlandırılır(40).

2.2.5 İçselleştirilmiş damgalanma

Kendini damgalama olarak da adlandırılan içselleştirilmiş damgalanma, toplumun damgalama görüşlerini kendi düşüncelerine uyarlama sürecidir(107). Başka bir deyişle içselleştirilmiş damgalanma ya da öz damgalanma, halkın benimsediğı tehlikeli veya yetersiz olma durumu gibi damgalayıcı inanç ve görüşlerin, ruhsal bozukluğu olan birey tarafından benimsenmesidir(108). Daha yüksek düzeylerde içselleştirilmiş damgalanmanın, daha şiddetli psikiyatrik belirtiler, daha kötü tedaviye uyum ve daha düşük sağıık hizmetleri kullanımıyla ilişkili olduğu bildirilmiştir(109). Bir başka çalışmada, hastaların neredeyse dörtte üçünün (%73,2) içselleştirilmiş damgalanma ölçeğinden ortalamanın üzerinde puan aldıkları belirtilmiştir. Birçok damgalanma türü içinden bireye ruhsal olarak en olumsuz etkilerin içselleştirilmiş damgalanma ile olduğu vurgulanmıştır(110).

Avrupa ülkeleri kapsayan bir damgalanma çalışmasında, orta veya yüksek düzeyde kendi kendine damgalama olduğunu bildirenlerin %41,7 gibi yüksek bir oranda olduğu bulunmuştur(111). Bir meta-analiz çalışmasında, yüksek düzeyde içselleştirilmiş damgalanmanın umutsuzluk, daha düşük benlik saygısı, daha az yetkilendirme/hakimiyet ve daha az öz-yeterlik ile anlamlı derecede ilişkili olduğu bulunmuştur(112). Ayrıca içselleştirilmiş damgalamanın gelecekteki zayıf sosyal işlevselliğı yordadığı ve daha düşük yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir(113,114).

Literatürde insanların %20'sinin içselleştirilmiş damgalanma nedeniyle tedaviyi erken bırakabildiğı belirtilmiştir(115). Ayrıca tedaviye daha az uyum sağlanmasının, daha kötü tedavi sonuçları, daha fazla hastaneye yatış ve artan sağıık maliyetleri ile ilişkili olduğu gösterilmiştir(116). Bu nedenlerden dolayı içselleştirilmiş damgalamanın, ağır ruhsal bozukluğu olan bireylerin işlevselliğı üzerinde çok fazla olumsuz etkileri olduğu ve bu bireylerin bakımında toplumsal yükü arttırdığı ifade edilmektedir(117). İçselleştirilmiş damgalanma ve iyileşme arasındaki yakın olumsuz ilişki göz önüne alındığında, iyileşme

olasılıklarını arttırabilmek için ağır ruhsal hastalığı olanlara yönelik müdahalelerin hem psikiyatrik rehabilitasyonu hem de toplum entegrasyonunu içermesi oldukça önemlidir(118).

2.2.6 Ebeveynin damgalanması

Otizm spektrum bozukluğu tanılı bireylerin ebeveynleri hem çocukluk hem de yetişkinlik döneminde yetersiz gelişmiş hizmetler nedeniyle hala çocukları için bakım veren olmaya devam etmektedir. Bununla birlikte, ailenin rolü hala sadece etkilenen aile üyesiyle sınırlı olmayan damgalama ile zayıflatılmaktadır(119). Birincil toplumsal damgalama (primary public stigma), halkın engelli ve akıl hastalığı olan kişilere yönelik yaygın olumsuz tutum ve davranışlarının etkisini ifade etmektedir(90). İlişkisel damgalama (Courtesy stigma)veya ilişkilendirme yoluyla damgalama (stigma by association), damgalanmış bir kişi ile ilişkiden kaynaklanan olumsuz etkileri ifade etmektedir(90,120). Toplum tarafından damgalanma, akıl hastalığı olan bir kişiyle temas halinde olan herkese yayılır; bu nedenle, damgalanma kurbanları sadece engelli kişiler değil, aynı zamanda aileleri, arkadaşları, komşuları ve hatta doktorları bile damgalanmaktadır. Sonuç olarak aile üyeleri, etkilenen üyeyle olan bağlantıları yoluyla damgalanma yaşamaktadırlar(119). Etkilenen bir bireyin akrabalarını suçlamak ve utanmaları gerektiğine dair basmakalıp düşünceye sahip olmak, sosyal kaçınma biçiminde ayrımcılığa yol açıyor gibi görünmektedir(121).

Aile damgalaması, aile üyelerini çeşitli şekillerde olumsuz etkilemektedir ve sonuç olarak bu ailelerin yapısal ve dinamik çerçevesini bozabilmektedir. Ruhsal hastalığı veya zihinsel özürüllüğü olan bir kişinin aile üyeleri, sosyal durumlardan kaçınabilmekte, durumu gizlemek için zaman ve enerji harcayabilmekte veya iş yerinde veya yaşadıkları çevrede ayrımcılık yaşayabilmektedir(122). Aile üyeleri, akrabalarının durumu nedeniyle suçlanma olasılığı konusunda endişeli hissedebilmekte veya durumun aile için bir utanç kaynağı olduğuna inanmaktadır(121,123,124).

Literatürdeki çalışmalarda ebeveynlerin ve eşlerin, bir kişinin şizofreni başlangıcından, uyuşturucu bağımlılığından ve amfizeminden çocuk ve kardeşlerden daha sorumlu oldukları görülmüştür(124,125). Genellikle hasta bireyin kardeşlerinin en az damgalandığı, annelerin ise babalardan daha fazla damgalandığı bildirilmiştir(124).

2.3 Otizm Spektrum Bozukluğunun Ebeveyne Etkileri

Çocukların herhangi bir kronik rahatsızlığa ya da engelliğe sahip olması, ailedeki tüm bireyleri etkilemektedir. Çocuklarının davranışları nedeniyle toplum tarafından damgalanma, çocuğun gelecekteki bağımsız yaşamı hakkında aşırı endişe, sınırlı tedavi seçenekleri ve OSB'nin doğasını anlama eksikliği, ayrıca daha fazla kaynak, enerji, zaman ve para ayırma ihtiyacına ek olarak bu çocukların bakımı, ebeveynlerinin karşılaşılabileceği zorluklardan bazılarıdır(12,126). Ebeveynler tarafından en çok bildirilen duygular yorgunluk, değersizlik, suçlama, öfke, suçluluk, depresyon ve anksiyetedir. Bununla birlikte otistik çocukların ebeveynleri, hem diğer kronik rahatsızlığı olan çocukların ebeveynlerine hem sağlıklı yaşlıtlarının ebeveynlerine göre daha fazla stres ve uyum sorunu bildirmektedir(2).

Literatürde birçok çalışmada, tipik olarak gelişen çocuklar veya diğer gelişimsel engelli çocuklar ile karşılaştırıldığında, OSB tanılı çocukların ebeveynlerinde önemli ölçüde daha fazla stres, anksiyete ve depresyon bildirilmektedir(11–13). Otizm tanılı çocuğun çekirdek otistik belirtilerinin ebeveynler için önemli bir stres kaynağı olduğu bildirilmiştir(7). Ayrıca şiddetli otistik davranışsal belirtiler, ebeveynlerde şiddetli anksiyete ve depresyon belirtilerinin görülme olasılığını 35 kat artırdığı da gösterilmiştir(3). Genellikle temel bakım veren olan anneler daha fazla duygusal tepki gösterirler ve daha yüksek düzeyde stres, depresyon ve anksiyete bozuklukları için yüksek risk altındadır(126–128). Çocukların otizmden etkilenme düzeyi ile annelerinin yaşadıkları psikopatolojiler arasında ilişki anlamlı bir ilişki vardır(3).

2.3.1 OSB tanılı çocukların ebeveynleri ve depresyon

Otizmli çocukların ebeveynlerinin diğer klinik ve/veya klinik olmayan gruplardaki çocukların ebeveynlerine göre daha fazla ruh sağlığı sorunu bildirdikleri mevcut literatürde açıkça gösterilmiştir(8,9). Bu durumun hem ebeveynler üzerinde bir etkisi hem de otizmli çocuklar üzerinde ikincil bir etkisi vardır(129). Bir tedaviye uyum araştırmasında, ebeveynlerin, çocukları için davranışsal tedavi önerilerinden çok tıbbi tedavi önerilerine uyma olasılıklarının daha yüksek olduğunu bulunmuştur. Gözlemlenen bu farklılığın, otizmli bir çocuk için davranışsal programlar aracılığıyla takip etmenin doğasında bulunan duygusal zorluktan kaynaklandığı savunulmuştur(130).

Depresyon, bir bireyde yoğun bir üzüntü veya umutsuzluk hissi ile konsantre olamama, suçluluk duyguları, aşırı uyku ve zevkli aktivitelere ilgi kaybı ile karakterizedir(25).

Depresyon, otizmlı çocukların ebeveynleri arasında önemli ölçüde bildirilmektedir ve araştırmalar, artan anksiyete ve depresyon düzeylerinin artan ebeveynlik stresi ile ilişkili olduğunu göstermiştir(131). Bir başka çalışmada ise OSB tanılı çocuklarda belirti şiddetinin ebeveyn depresyonunun belirleyicisi olduğu gösterilmiştir. Buna ek olarak, sosyal desteğin ebeveynlerde stresi ve depresyon düzeylerini azalttığı bulunmuştur(132).

Batı ve yüksek gelirli ülkelerde yapılan çalışmalarda otizm tanılı çocukların ebeveynlerinin depresyon, anksiyete ve diğer ruhsal sorunlar açısından daha riskli olduğu gösterilmiştir(129,133,134). Bir çalışmada otistik çocukları olan İranlı annelerde kaygı, depresyon ve düşük yaşam kalitesinin daha yaygın olduğunu bildirilmiştir(128). Benzer şekilde uzak doğuda yapılan bir çalışmada, psikiyatrik bozukluklardan ağırlıklı olarak duygusal bozuklukların, otizm spektrum bozukluğu olan okul öncesi çocukların annelerinde yaygın olduğu belirtilmiştir(10). Bir başka çalışmada ise OSB belirti şiddetinin ebeveyn depresyonu ile ilişkili olmadığı ancak ebeveynlik yükünün önemli ölçüde anne depresyonu ile ilişkili olduğu bulunmuştur(135).

2.3.2 OSB tanılı çocukların ebeveynleri ve anksiyete

Anksiyete belirtileri yaşayan bireyler genellikle gergin, sinirli, yorgun, tedirgin, odaklanamama ve sürekli endişe nedeniyle uyumakta zorluk çekerler(27). Anksiyete, psikolojik sıkıntıya katkıda bulunur ve klinik olarak ciddi seviyelere ulaşır, bir bireyin işlevselliğini bozabilir. Anksiyete, otizmlı çocukları olan ebeveynlerin deneyimleriyle ilişkili strese benzer başka bir boyuttur ve otizmlı çocuğu olan ebeveynlerde anksiyete düzeyleri daha yüksektir(136,137). Bir çalışmada otizm belirti şiddeti ile anne stresi arasında anlamlı ilişki olduğunu bildirilmiştir(138). Ayrıca araştırmalar, annelerin daha fazla kaygı yaşadığını ve ruhsal olarak babalardan daha fazla etkilendiğini göstermektedir (139).

Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada, Down sendromlu çocukların ebeveynlerine kıyasla otizmlı çocukların ebeveynlerinde yaşam boyu anksiyete bozukluğu yaygınlık oranının anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulunmuştur(140). Suudi Arabistan'da yapılan bir başka çalışmada ise OSB tanılı çocukların ebeveynlerinde hem ortalama depresyon puanı hem de ortalama anksiyete puanı anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır(141).

Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuklarda davranış bozuklukları ile ebeveynlerinde daha fazla anksiyete ve depresyon belirtileri arasında bir ilişki olabileceği gibi

ebeveyn ruhsal bozukluklarının hem aile dinamikleri hem de otizmlı çocuğun davranışları üzerinde önemli bir etkisi olabilir(3,142). Buna göre çalışmalar, annedeki stresin çocuktaki davranış problemleriyle ilişkili olduğunu, annedeki duygudurum değişikliklerinin de davranışsal nitelikteki problemler ve çocuklarda içselleştirme ile ilişkili olduğunu ileri sürmüştür(139,143). Bu nedenle, ebeveynlerde duygusal belirtilerin belirlenmesi, yalnızca kendi sağlıklarını iyileştirmek için değil, aynı zamanda bu belirtiler otizmlı çocukların prognozunu etkileyebileceği için de önemlidir(3).

2.3.3 OSB tanılı çocukların ebeveynleri ve içselleştirilmiş damgalanma

Kanner tarafından otizm genetik yatkınlıklar ile ebeveynlik stillerinin etkileşimi sonucu oluştuğu belirtilmiştir(23). Psikoanalitik söylemler, otizmin sadece “soğuk annelik” sonucu geliştiği hipotezini ortaya atarak “buzdolabı anne” kavramını oluşturmuştur. Böylece otizmlı bireylerin özellikle anneleri damgalanmıştır(144). Bilişsel kuramlar ve biyogenetik biliminin gelişmesi ile otizmin nedeninin beyin ile ilgili işlevselliğin bozulması kuramına kayması, otizmin anneler üzerindeki aşağılayıcı etkisini ortadan kaldırmıştır(145).

Otizmlı çocuklar, kendi etraflarında dönmek, söyleneni tekrarlamak ve aynı oyunları oynamak gibi amaçsız tekrarlayıcı davranışlar ile istemsiz gülme, ağlama ve çılgık atma gibi başkaları tarafından anormal olarak değerlendirilebilecek davranışlar sergilemektedir(1). Bununla birlikte toplumun otizm hakkında bilgisi oldukça düşüktür ve genellikle zihinsel engellilik olarak görülmektedir(146). OSB tanılı çocuklar genellikle tekrarlayıcı davranışları için damgalama ve toplumun otizm hakkındaki yanlışları ve ayrımcılığı ile karşı karşıya kalırlar. Damgalama, sadece otizmlı çocukları etkilemekle kalmaz, aynı zamanda kendilerine yakın olan bireylere, özellikle ebeveynlerine de uzanmaktadır(147). Ayrıca OSB tanılı çocukların normal fiziksel görünümünün ebeveynlerini daha damgalı hale getirdiği savunulmaktadır(4). Bu nedenle karmaşık davranışları nedeniyle otizm tanısı konulan çocukların, normal fiziksel görünümünün olmasından dolayı “buzdolabı anne” kavramının ortaya çıktığı öne sürülmüştür(4,144).

Ebeveynler çocuklarının OSB tanılı olmalarının kendi suçları olduğunu ve bu yüzden cezalandırıldıklarını düşünebilirler(148). Bu yüzden hem tedaviye uyum sorunları hem de aile içi anlaşmazlıklar ve boşanma daha fazla görülmektedir(149).

Damgalanma, OSB tanılı çocukların ailelerinin yaşamlarında yaygın olarak algılanmaktadır, ancak büyük, sistematik çalışmalar yapılmamıştır(150). Literatürde OSB

tanılı çocukların ebeveynlerinin damgalanmasını değerlendiren bir derlemede otistik davranışların ve belirtilerin şiddetinin ebeveynlerin damgalanmasında önemli olduğu bulunmuştur(147).Ülkemizde yapılan bir çalışmada OSB tanılı çocukların annelerinde içselleştirilmiş damgalanma algısı ile anksiyete ve depresyon belirtileri arasında anlamlı pozitif bir ilişki olduğu gösterilmiştir(134). Bir başka çalışmada farklı faktörlerin damgalamaya nasıl katkıda bulunduğu ve otizmlili bir çocuk yetiştirmenin genel zorluklarını nasıl arttırdığı araştırılmıştır. Otizm davranışları, hem ailelerin otizmlili bir çocuk yetiştirme konusunda yaşadıkları zorluklara hem de bu davranışlarla ilişkili damgalama süreçlerine katkıda bulunmaktadır. Ayrıca damgalama ebeveynler için yaşamın genel olarak ne kadar zor olduğunu tahmin etmede önemli bir rol oynamaktadır(150).

2.4 Bağlanma

2.4.1 Bağlanma Kuramı ve Temel Kavramlar

Bağlanma, bebek ile bakım vereni arasında gelişen, özellikle sıkıntılı durumlarla karşılaşıldığında belirginleşen, bebeğin bakım vereni arama, bakım verene yönelme ve bakım verenin varlığını duyumsaması şeklinde kendini gösteren süregelen ve güçlü bir duygusal bağ olarak tanımlanır(151,152). Bir İngiliz psikolog olan John Bowlby tarafından geliştirilen bağlanma teorisi, bir bebek ile birincil bakım vereni arasında gelişen bu erken ilişkinin, bebeğin gelişimini nasıl şekillendirdiğini ve onun hayatındaki sonraki ilişkiler için bir nasıl bir temel oluşturduğunu açıklamaktadır(153).

Bowlby'ye göre bebeklerin temel bakım vereniyle ilişkileri sonucu gelişen ve değişime karşı oldukça dirençli olan bağlanma, yaşamın ilk yılında oluşmaktadır(153,154). İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra evsiz ve öksüz kalan çocukları gözlemleyen Bowlby, ruhsal olarak sağlıklı büyümek için bebeğin ve küçük çocuğun annesiyle sıcak, samimi ve sürekli bir ilişki yaşaması gerektiği sonucuna varmıştır(155). Daha sonra yapılan çalışmalarla bağlanmanın bebeklikten yetişkinliğe kadar sabit kaldığına yönelik bulgular saptanmıştır(156).

Bağlanmanın ilk aşaması olan 0-2 aylık dönemde meme arama, başı döndürme, emme, yutma, yakalama ve anneye yönelme gibi davranışlar gözlenmektedir. İkinci aşama 2-6 aylık dönemde bakım verene dönme, gülümseme ve sesler çıkarma şeklindedir. Üçüncü aşama ise 7-24 aylık döneme karşılık gelmektedir ve tüm ihtiyaçlarını karşılayan birincil

bağlanma nesnesinin seçilmesi, sekizinci aydan itibaren yabancı kaygısının ve 18. aydan itibaren ayrılık kaygısının gelişmesi sırasını izlemektedir. Çocuklar iki yaşından sonra nesne sürekliliğini kazanması ile temel bakım vereni ve diğer kişilerle karmaşık ilişkiler kurmaya başlar(157).

Ainsworth bebeklerin bağlanmalarını geliştirmiş olduğu Yabancı Durum Testi ile niceliksel olarak ölçülebilir hale getirmiştir(158). Çocukların ayrılmaya karşı gösterdikleri davranışsal tepkilere göre üç bağlanma şekli tanımlanmıştır. Annelerinden ayrıldıktan bir süre sonra bir araya gelen bebekler, anneleri ile iletişim kurar ve kolayca sakinleşirse “Güvenli bağlanma (Tip B)”; öfkeleri uzun sürer, kolay sakinleşmezlerse “Anksiyöz-ambivalan bağlanma (Tip C)”; annelerinin dönüşüne kayıtsız ise “Anksiyöz-kaçınan bağlanma (Tip A) olarak isimlendirilmiştir(158).Daha sonra yapılan çalışmalarda bazı bebeklerin önce annelerini aradıkları, daha sonra ise annelerinden kaçındıkları gözlenmiştir ve “Dezorganize bağlanma (Tip D)” olarak dördüncü bağlanma şekli de tanımlanmıştır(159).

2.4.2 Yetişkinlik Döneminde Bağlanma

İlk ve en temel ilişkilerden biri olan bebek-bakım veren bağlanmasının, bireyin yaşamı boyunca diğer bağlanmaları için de temel oluşturduğu öne sürülmüştür(14). Çocukluktaki bağlanma, hem akranlar ve romantik partnerlerle yakın ilişkiler hem de ebeveynlik yoluyla gösterilen yetişkinlikte bağlanma davranışlarıyla güçlü bir şekilde ilişkilidir (160–162). Doğumdan ölüme kadar devam eden bir yapı olarak tanımlanan bağlanma, uzun yıllar çocukluk döneminde araştırılmıştır(151,152). Sonraki yıllarda ise yarı yapılandırılmış bir görüşme çizelgesi ile erişkinlerin bağlanması değerlendirilmeye başlanmıştır(163). Ainsworth tarafından tanımlanan bağlanma stilleri, Hazan ve Shaver tarafından romantik ilişkilere uyarlanmıştır(164). Yapılan çalışmalarda da çocukluk ve erişkinlik bağlanma stillerinin benzer olduğu saptanmıştır(165). Erişkinlikte dört temel bağlanma biçimi tanımlanmış olup geliştirilen erişkin bağlanma ölçeklerinde, çocukluktaki dört temel bağlanma biçimi temel alınarak aynı ya da benzer şekilde isimlendirilmiştir(162,166,167).George ve arkadaşları tarafından 1985 yılında geliştirilen “Erişkin Bağlanma Görüşmesi” (Adult Attachment Interview) dört bağlanma stilini özerk (autonomous), kayıtsız (dismissing), saplantılı (preoccupied) ve kararsız (unresolved) olarak tanımlamıştır(14,18). Bartholomew ve arkadaşları tarafından İlişki Anketi ve İlişki Ölçekleri

Anketi ise dört bağlanma stilini “güvenli”, “kayıtsız”, “saplantılı” ve “korkulu” başlıkları altında toplamıştır(166).

2.4.3 Bağlanma ve Ebeveyn Psikopatolojisi

Çift yönlü bir etkileşim olan bağlanmada, bakım veren-çocuk ilişkisinin sürekliliğinin çocuğun sonraki yaşamında temel oluşturduğu ileri sürülmektedir(168). Bu nedenle, ebeveyn etkileri, çocuk etkileri ve iki yönlü ebeveyn-çocuk etkileri bağlanmada rol oynayabilmektedir(15). Bakım veren (çoğunlukla anne) ile bebek arasında gelişen bağlanma, bakım verenin kendi bebekliğinde bakım vereni ile geliştirdiği bağlanmanın özelliklerinden etkilenebilmektedir. Bakım veren rolündeki annenin, kendi bebekliğindeki bakım vereni ile kurduğu güvenli bağlanma hem eş ve arkadaş ilişkilerine hem de kendi bebeği ile kurduğu ilişkiye yansıyabileceği öne sürülmüştür(16). Arkadaşıklarda, güvenli bağlanma sergileyenlerin arkadaşlarına güvenme, karşılıklı tatmin edici arkadaşlıklara sahip olma ve daha etkili sorun çözme becerileri kullanma olasılıklarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir(169).

Bağlanma güvensizliği, yetişkinlikte ruh sağlığı sorunları riskini de artırabilmektedir. Güvensiz bağlanma, özellikle farklı kaçınma ve kaygı profillerini yansıtırken, artan depresyon riski ile ilişkilidir(19). Literatürdeki bir çalışmada güvensiz bir bağlanmanın kendilik değeri ve benlik saygısı üzerindeki etkisiyle yetişkinlikte depresif belirtilere yol açtığı bildirilmiştir(170). Kaçınan bağlanma (avoidant attachment) biçimine sahip ebeveynlerin, daha fazla ebeveynlik stresi ve ebeveynlik deneyiminden daha az tatmin yaşamaları daha olasıdır(171). Ambivalan bağlanma (attachment ambivalence) gösteren ebeveynlerin, ebeveynliği stresli bulma ve depresif belirtiler bildirme olasılıkları daha yüksektir(172).

Sonuç olarak literatürde güvensiz bağlanma biçiminin, bireyin sonraki yaşantısındaki psikopatolojinin belirleyicisi olabileceği ileri sürülmüştür(17). Güvensiz bağlanma biçimlerinin anksiyete bozuklukları, depresif bozukluklar, obsesif kompulsif bozukluklar, travma sonrası stres bozukluğu ve disosiyatif bozukluklarla ilişkileri çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir(18).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Örneklem Seçimi

Etik kurul onayı alındıktan sonra Ocak 2020–Ocak 2021 tarihleri arasında Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine gelen rastgele seçilen 2-15 yaş arası çocuklardan DSM-5 tanı kriterlerine göre OSB tanısını karşılayan 35 çocuk ve ergenin annesi olgu grubu, 35 sağlıklı çocuğun annesi kontrol grubu olarak çalışmayla ilgili onam alındıktan sonra çalışmaya dâhil edilmiştir. Bu çalışmanın örneklem büyüklüğü hesaplamasında G-Power programı kullanılmış olup örneklem hesabında, Akdemir ve arkadaşlarının çalışması referans alınmıştır(20). 0,503 etki büyüklüğü, tip I hata düzeyi %5, %90 güçte ve 3 serbestlik derecesinde çalışmanın örneklem büyüklüğü 57 kişi olarak hesaplanmıştır. Çalışma süresince oluşabilecek aksaklıklar öngörülerek %20 yedek eklenerek 69 kişiye ulaşılması hedeflenmiştir. Bilgilendirilmiş gönüllü onam formu Ek-9'da sunulmuştur. Çalışma Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 19.12.2019 tarihinde onaylanmıştır(Ek-8).

3.1.1 Çalışmaya dahil edilme ve dışlanma ölçütleri

Çalışmaya Dâhil Edilme Ölçütleri (Olgu Grubu için)

- 2-15 yaş arasında olmak
- DSM-5 tanı kriterlerine göre otizm spektrum bozukluğu tanısı almak
- Annenin klinik olarak zihinsel yetersizliğinin olmaması
- Annenin okur-yazar olması ve testleri tamamlayabilmesi
- Annede halen aktif bilinen psikiyatrik bozukluk olmaması (şizofreni, duygudurum bozukluğu gibi)
- Çalışmaya katılmak için gönüllü olmak ve onam formunu imzalamak

Çalışmaya Dâhil Edilme Ölçütleri (Kontrol Grubu için)

- 2-15 yaş arasında olmak
- Sağlıklı olmak (Herhangi bir kronik tıbbi hastalığının ve psikiyatrik bozukluğunun olmaması)
- Annenin okur-yazar olması ve testleri tamamlayabilmesi
- Annenin klinik olarak zihinsel yetersizliğinin olmaması

- Annede halen aktif bilinen psikiyatrik bozukluk olmaması (şizofreni, duygudurum bozukluğu gibi)
- Çalışmaya katılmak için gönüllü olmak ve onam formunu imzalamak

Çalışmadan Dışlanma Ölçütleri (Olgu Grubu için)

- Çocuğun 2 yaştan küçük 15 yaştan büyük olması
- Çocuğun OSB tanısının en az 6 ay içinde konulmuş olması
- Çocuğun evlat edinilmiş olması
- Annenin klinik olarak zihinsel yetersizliğinin olması
- Annenin psikiyatrik rahatsızlık öyküsünün olması
- Çalışmaya katılmak için gönüllü olmamak ve onam formunu imzalamaması

Çalışmadan Dışlanma Ölçütleri (Kontrol Grubu için)

- Çocuğun 2 yaştan küçük 15 yaştan büyük olması
- Çocuğun evlat edinilmiş olması
- Annenin klinik olarak zihinsel yetersizliğinin olması
- Annenin psikiyatrik rahatsızlık öyküsünün olması
- Çalışmaya katılmak için gönüllü olmamak ve onam formunu imzalamaması

3.2 Veri Toplama ve Ölçüm Araçları

Çalışmaya alınan olgu ve kontrol grubu annelerine sosyodemografik veri formu, Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ), Durumluk - Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI-1 ve STAI-2), İlişki Ölçekleri Anketi (Anne formu), Kısa Semptom Envanteri (KSE) ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) uygulanmıştır. Ayrıca olgu grubunda otizm şiddetini ölçmek için OSB tanılı çocuk ve ergenlere Çocukluk Otizmini Derecelendirme Ölçeği (ÇODÖ) uygulanmıştır.

3.2.1 Sosyodemografik Veri Formu (Ek 1)

Bu çalışmada araştırmacı tarafından hazırlanan form ebeveynlerden ve çocuklardan alınan bilgilere göre yine araştırmacı tarafından doldurulacaktır. Form sosyodemografik bilgileri (çocuğun adı-soyadı, doğum tarihi, cinsiyeti, adres-iletişim

bilgileri, kardeş sayısı, çocuğun ek hastalık, ilaç kullanım durumu bilgileri, anne ve babanın her birinin yaşı, mesleği ve eğitim durumu, ailenin ortalama aylık geliri ve klinisyenin uygulayacağı test puanlarını yazacağı bölümleri) içermektedir.

3.2.2 İlişki Ölçekleri Anketi (Anne formu) (Ek 2)

İlişki Ölçekleri Anketi (İÖA), Griffin ve Bartholomew (1994) tarafından geliştirilen, 30 maddeden oluşan ve “güvenli, kayıtsız, saplantılı ve korkulu” olmak üzere 4 bağlanma prototipini ölçmeyi amaçlayan bir ölçektir(166). Katılımcılar, 1-7 arasında puanlanan ve her bir maddenin kendilerini ve ilişkilerindeki tutumlarının ne derecede tanımlandığını gösteren (1=beni hiç tanımlamıyor; 7=tamamıyla beni tanımlıyor) bu ölçek üzerinde en uygun yanıtı işaretlerler. “Güvenli” ve “kayıtsız” bağlanma stilleri beşer madde ile; “saplantılı” ve “korkulu” bağlanma stilleri dörder madde ile ölçülmektedir. Dört bağlanma stilini yansıtan sürekli puanlar, bu stilleri ölçmeyi hedefleyen maddelerin toplanmasından ve bu toplamın her bir alt ölçekteki madde sayısına bölünmesinden elde edilmektedir. Böylece, alt ölçeklerden alınabilecek puanlar 1 ile 7 arasında değişmektedir. Bu yolla elde edilen sürekli puanlar katılımcıları bağlanma stilleri içerisinde gruplandırmak için de kullanılmaktadır. Gruplandırma sürecinde her bir katılımcı, en yüksek puana sahip olduğu bağlanma kategorisine atanmaktadır. Ölçeğin güvenirlik ve geçerliği Sümer ve Güngör (1999) tarafından kültürlerarası bir karşılaştırma ile yapılmıştır. Çok maddeyle ölçülen İlişki Ölçekleri Anketinin (İÖA) Türk örnekleme üzerinde yeterli düzeyde güvenirlik, değişmezlik ve birleşen geçerliği gösterdiği bulunmuştur(173).

3.2.3 Kısa Semptom Envanteri (Ek 3)

Kısa Semptom Envanteri (KSE), çeşitli psikolojik belirtileri taramak amacıyla Derogatis (1992) tarafından geliştirilen bir öz bildirim ölçeğidir. Doksan maddelik Semptom Belirleme Listesi’nin ayırdediciliği en yüksek 53 maddesi seçilerek oluşturulmuştur(174). Global indeksleri 3 başlık altında toplanmış ve Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi, Belirti Toplam İndeksi ve Semptom Rahatsızlık İndeksi olarak adlandırılmıştır. Beşli likert tipi olan ölçek maddeleri 0-4 arası puanlanmaktadır ve puan aralığı 0-212’dir. Ölçekten alınan toplam puanların yüksekliği bireyin psikolojik belirtilerinin arttığını göstermektedir. KSE’nin Türkiye uyarlaması üç ayrı çalışma ile gerçekleştirilmiştir(175). Ölçeğin “anksiyete”, “depresyon”, “olumsuz benlik”, “somatizasyon” ve “öfke/ saldırganlık” adı verilen beş

faktörden oluştuğu bildirilmektedir. Ayrıca ergenler için de geçerlik, güvenilirlik ve kullanımı için bir çalışma daha yapılmıştır(Şahin, Batıgün ve Uğurtaş, 2002).

3.2.4 Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (Ek 4)

Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ) Boyd-Ritsher ve arkadaşları (2003) tarafından geliştirilen içselleşmiş damgalanmayı değerlendiren, 29 maddeden oluşan bir öz-bildirim ölçeğidir. Ölçekte; “yabancılaşma” (1,5,8,16,17,21), “kalıp yargıların onaylanması” (26,10,18,19,23,29), “algılanan ayrımcılık” (3,15,22,25,28), “sosyal geri çekilme” (4,9,11,12,13,20), “damgalanmaya karşı direnç” (7,14,24,26,27) olarak beş alt ölçek vardır. Ölçekteki maddeler, “kesinlikle aynı fikirde değilim” (1 puan), “aynı fikirde değilim” (2 puan), “aynı fikirdeyim” (3 puan), “kesinlikle aynı fikirdeyim” (4 puan) şeklinde dördümlü likert tipi olarak yanıtlanmaktadır. Damgalanmaya karşı direnç alt ölçeğinin maddeleri (madde; 7, 14, 24, 26, 27) ters hesaplanmaktadır. RHİDÖ toplam puanı 4 ile 91 arasında değişmekte olup ölçek kesme puanı bulunmamaktadır. Yüksek puanlar kişinin içselleştirilmiş damgalanmasının daha yüksek olduğunu göstermektedir(176). Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenilirliği Ersoy ve Varan (2007) tarafından yapılmıştır(177).

3.2.5 Çocukluk Otizmini Derecelendirme Ölçeği (Ek 5)

Schopler ve ark. (1980) tarafından çocuklarda otizm belirtilerinin eşlik etmediği eğitilebilir zihinsel yetersizlik durumunun otizm belirtilerinden ayırt edilebilmesi amacıyla geliştirilmiş 15 maddeden oluşan bir davranışsal derecelendirme ölçeğidir. Günümüzde pek çok ülkede otizmin ayırıcı tanısında ve taramasında yaygın kullanımı olan ve otizm şiddetinin “hafif- orta” ve “ağır” olarak derecelendirilmesine olanak sağlayan geçerli ve güvenilir bir değerlendirme aracıdır. DSM-IV ile uyumlu olduğu kanıtlanmış, çocukluk çağı otizmi için tanı standardı olarak kabul edilen ve okul öncesi dönemden itibaren tüm yaş grubundaki çocuklara uygulanabilen bir ölçektir. Çocukluk Otizmini Derecelendirme Ölçeği (ÇODÖ) ile otizmde bozulmanın sık gözlemlendiği 15 davranışın şiddeti değerlendirilir. “İnsanlarla ilişki”, “Taklit”, “Duygusal Tepkiler”, “Vücudun Kullanımı”, “Nesne Kullanımı”, “Değişikliklere Uyum Sağlama”, “Görsel Tepkiler”, “Dinlenme Tepkileri”, “Tat, Koku ve Dokunma Tepkileri ve Kullanımı”, “Korku/Ürkeklik”, “Sözel İletişim”, “Sözel Olmayan İletişim”, “Etkinlik Düzeyi”, “Entelektüel Yanıtın Düzeyi ve Uygunluğu” ve en son davranışları otizm tanısı açısından genel olarak değerlendiren “Genel İzlenimler” şeklinde 15 alt başlıktan oluşmaktadır. Her madde 1-4 arasında yarım derecelik puanlama ile derecelendirilmektedir,

çocuğun yaşına göre normal olarak değerlendirilen davranışları için 1, normalden en çok sapan davranışları içinse 4 puan verilmektedir. Toplam puan 15 ve 60 puan arasında değişim gösterebilir. Puanlamaya göre; “15-29,5 puan” alan çocuklar otizm belirtileri göstermemektedir, “30-36,5 puan” alan çocuklar klinik olarak “hafif-orta” düzeyde otizm şiddeti, “37-60 puan” alanlar ise “ağır” düzeyde otizm şiddeti göstermektedir. Ergen ve yetişkinlerde kesme puanlarının, otizmin saptanmasında 28, ağır otizmin saptanmasında 35 olarak kullanılması önerilmektedir. ÇODÖ’nün Türkçe’ye uyarlanması ilk olarak Sucuoğlu ve arkadaşları (1996) tarafından yapılmıştır(178). Gassaloğlu, Baykara ve arkadaşları (2016) tarafından geçerlik ve güvenirlik analizi genişletilmiş ve otizm tanısı için kesme puanı 29,5 olarak bildirilmiştir(179).

3.2.6 Durumluluk-Süreklilik Kaygı Envanteri(Ek 6)

Spielberger, Gorsuch ve Lushene (1970) tarafından geliştirilmiş ve Türkçe’ye uyarlanması, geçerlik ve güvenirliği Öner ve Le Compte (1983) tarafından yapılmıştır. Envanterin her biri 20 maddelik durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini ölçen iki ayrı ölçeği vardır. Durumluk Kaygı, bireyin belli bir anda ve belli koşullarda kendini nasıl hissettiğini betimlerken; Sürekli Kaygı, bireyin kendisini genellikle nasıl hissettiğini betimler. 1-Durumluluk Kaygı Ölçeği (STAI-1): Bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini belirler. 2-Sürekli Kaygı Ölçeği(STAI-2): Bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak kendini nasıl hissettiğini belirler. Ölçeğin cronbach alfa değeri Durumluk Kaygı Ölçeği için 0.83 ile 0.92, Sürekli Kaygı Ölçeği için 0.86 ile 0.92 arasında bulunmuştur. Durumluk kaygı ölçeğinde dört sınıfta toplanan cevap seçenekleri, (1) Hiç, (2) Biraz, (3) Çok ve (4) Tamamıyla şeklinde; Sürekli Kaygı Ölçeğindeki seçenekler ise (1) Hemen hiçbir zaman, (2) Bazen, (3) Çok zaman ve (4) Hemen her zaman şeklindedir. Her bir alt ölçekten alınan yüksek puanlar, kaygı düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Durumluk kaygı ölçeğinde on tane (1,2,5,8,10,11,15,16,19 ve 20) Sürekli kaygı ölçeğinde ise yedi tane (21,26,27,30,33,36 ve 39) ters olarak puanlanmaktadır(180,181).

3.2.7 Beck Depresyon Ölçeği (Ek 7)

Beck ve arkadaşları (1961) tarafından bireylerin depresif düzeylerini belirlemek amacıyla tasarlanmış, 21 maddelik, dörtlü likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir. Depresyon riskini ve depresif belirtilerin düzeyini belirlemektedir. Her madde 0-3 arasında puan alır ve bu puanlar toplanır. Toplam puanın yüksek olması depresyon şiddetinin yüksek olduğunu

gösterir. Ölçekten alınabilecek puanlar 0-63 arasında değişmektedir. 0-9 puan minimal depresyonu, 10-16 puan hafif depresyonu, 17-29 puan orta depresyonu ve 30-63 puan şiddetli depresyonu göstermektedir(182). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları Hisli (1988; 1989) tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada kesme puanı 17 olarak belirlenmiştir(183,184).

3.3 Uygulama

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine gelen rastgele seçilen 2-15 yaş arası çocuklardan DSM-5 tanı kriterlerine göre OSB tanısını karşılayan 35 çocuk ve ergenin annesi olgu grubu, 35 sağlıklı çocuğun annesi kontrol grubu olarak çalışmaya dahil edilmiştir. Çocuk ve ergenler ile ebeveynleri çalışma hakkında ayrıntılı olarak bilgilendirilmiş, çalışmaya katılmaya gönüllü olan tüm ebeveynlerden Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu ile yazılı onam alınmıştır. Çocuklar ve ebeveynleri ile yüz yüze yapılan klinik değerlendirme sonrası sosyodemografik veri formu klinisyen tarafından doldurulmuştur. Ayrıca klinisyen tarafından otizm şiddetini belirlemek için olgu grubundaki çocuk ve ergenlere Çocukluk Otizmini Derecelendirme Ölçeği (ÇODÖ) uygulanmıştır. Hem olgu grubunun annelerine hem de kontrol grubunun annelerine Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ), Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI-1 ve 2), İlişki Ölçekleri Anketi (Anne formu), Kısa Semptom Envanteri (KSE) ve Beck Depresyon (BDÖ) verilmiştir. Uygulamalar her bir olgu/kontrol için yaklaşık 45 dakika sürmüştür.

3.4 Olgu ve Ebeveyn Onamının Alınması

Gönüllü katılımının sağlanması ve olurunun alınma yöntemi sözlü ve yazılı bilgilendirme ve araştırmanın ayrıntılı anlatılması ile yapılmıştır. Çalışmanın amacı, yöntemi, elde edilmesi istenen sonuçların önemi ve çalışmanın klinik uygulamada bize ve tıp disiplinine katacağı yararlar hastalara anlatılmıştır. Çalışmaya katılma gönüllülük ilkesi ile olup olgulara çalışma nedeni ile ek maliyet ve sorumluluk yüklenmemiştir.

Çalışmaya katılmayı kabul eden olguların ebeveynlerinden ayrıntılı bilgilendirilmiş olur formunu okuması, anlaması, anlamadığı yerleri sorması istenmiştir. Bilgilendirilmiş olur formunda çalışmanın yürütücüsüne ulaşabilecekleri telefon numaraları

verilmiş ve ihtiyaç duymaları halinde ulaşmaları istenmiştir. Hastaların polikliniğimizden takipleri çalışmaya katılmaları aranmaksızın devam etmiştir.

3.5 Çalışmanın Etik Yönü

Araştırma projesi Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin Girişimsel Olmayan Yerel Etik Kurulu'nun 19.12.2019 tarih ve 2019/211sayılı yazısıyla etik kurul onayı alınmıştır (Ek-8). Olgular ve ebeveynleri çalışma hakkında ayrıntılı olarak bilgilendirilmiş ve gönüllü olanların ebeveynlerinden sözel ve yazılı (Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu) onam alınarak olgular ve ebeveynleri çalışmaya dâhil edilmiştir (Ek-9). Olguların ve ebeveynlerin çalışmaya katılmayı reddetme veya görüşmeyi herhangi bir noktada sonlandırma hakkına sahip oldukları açıklanmış, kayıtlarının gizli tutulacağına dair güvence verilmiştir.

3.6 İstatistiksel Analiz

Tanımlayıcı verilerden kategorik değişkenler sayı ve yüzde ile sayısal veriler normal dağılıma uygunluğuna göre ortanca, çeyrekler arası aralık, ortalama ve standart sapma ile sunulmuştur. Normal dağılıma uygunluk Kolmogorov-Smirnov/Shapiro-Wilk testleri kullanarak kontrol edilmiştir. Sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösterenler için t-testi, diğerleri için Mann-Whitney-U testi kullanılmıştır. Ayrıca Pearson/Spearman korelasyon analizi yapılmıştır. Kategorik değişkenler arasındaki istatistiksel fark ki-kare testi ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık için $p < 0,05$ değeri anlamlı kabul edilmiştir. Veriler SPSS 18.0 kullanılarak analiz edilmiştir.

4. BULGULAR

Çalışmamıza katılan olgu ve kontrol grubunda yaş, cinsiyet, eğitim durumu ve doğum şekli açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Olgu grubunun doğum zamanı istatistiksel olarak anlamlı daha erken bulunmuştur(p=0,008). Çalışmamıza katılan çocukların sosyodemografik bilgileri Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 1:Araştırma grubundaki çocukların yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, doğum şekli ve doğum zamanı açısından dağılımı

	Olgu (n= 35)	Kontrol (n =35)	p*
Yaş			0,326**
Ortalama ± st.sapma	7,51 ± 3,641	6,69 ± 3,367	
(min – max)	(2 – 15)	(2 – 14)	
Cinsiyet	n (%)	n (%)	0,81
Erkek	26 (%74,3)	19 (%54,3)	
Kız	9 (%25,7)	16 (%45,7)	
Eğitim Durumu			0,348
Okula Gitmiyor	13 (%37,1)	13 (%37,1)	
Okul Öncesi Eğitim	3 (%8,6)	5 (%14,3)	
İlköğretim	14 (%40,0)	8 (%22,9)	
Ortaöğretim	4 (%11,4)	8 (%22,9)	
Lise	1 (%2,9)	1 (%2,9)	
Doğum Şekli			0,192
Normal	13 (%37,1)	8 (%22,9)	
Sezaryen	22 (%62,9)	27 (%77,1)	
Doğum Zamanı			0,008
<32 hafta-çok erken doğum	2 (%5,7)	0(%0)	
32-37 hafta-erken doğum	10 (%28,6)	3 (%8,6)	
>37 hafta-miadında doğum	23 (%65,7)	32 (%91,4)	

*Ki-kare, **Student t testi

Olgu grubunda kontrol grubuna göre zamanında doğum öyküsü anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur(p=0,008).

Özel eğitime gitme süreleri 1-3 yıl olan 18(%51,4), 4-6 yıl olan 9(%25,7), 6-9 yıl olan 5(14,3), 9 yıl üstü olan 2(%5,7) ve hiç gitmeyen 1(%2,9) olgu tespit edilmiştir. Olgu grubunun ortalama doğum ağırlığı 3,064 ± 654,05 gram; kontrol grubunun ortalama doğum ağırlığı 3,322 ± 451,10 gramdır. Olgu grubunun ortalama anne sütü alma süresi 14,8 ± 9,21 ay

olup min-max değeri (1-36) aydır. Kontrol grubunun ortalama anne sütü alma süreleri ise $17,8 \pm 6,75$ ay olup min-max değeri sırasıyla (6-27) aydır.

Olgu grubundaki çocukların %68,6'sında (n=24) komorbid hastalık vardır. Komorbid hastalıkların çoğunluğunu DEHB ve zihinsel/bilişsel gelişim geriliği oluşturmaktadır.

Otizmlili çocuk ve ergenlerin 18'i (%51,4) psikotrop tedavi almaktadır; 6 (%17,1) olgu metilfenidat tedavisi alırken, 17 (%48,6) olgu antipsikotik tedavi almaktadır.

Olgu grubunda OSB tanısı alma yaş ortalaması $3,7 \pm 2,26$ yıldır. Bu çocukların 20'si (%57,1) 3 yaş ve öncesinde tanı almışken, 15'i (%42,9) 3 yaşından sonra tanı almıştır.

Olgu ve kontrol grupları arasında motor gelişim basamaklarından oturma ve yürüme yaşı ile dil gelişim basamaklarından ilk kelime ayı açısından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < 0,001$). Olgu grubunda kontrol grubuna göre anlamlı şekilde bu basamaklarda gecikme vardır.

Araştırma grubundaki annelerin yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p = 0,0705$). Kontrol grubunda olgu grubuna göre annelerin eğitim durumu daha yüksek, çalışan bir anne olma durumu daha sık saptanmıştır (Tablo 2).

Tablo 2: Araştırma grubundaki annelerin yaşı, eğitim durumu ve çalışma durumu açısından dağılımı

	Olgu (n= 35)	Kontrol (n =35)	p*
Anne Yaşı			0,0705**
Ortalama $\pm$ Standart Sapma	35,20 $\pm$ 6,530	35,71 $\pm$ 4,644	
Annenin Eğitim Durumu	n (%)	n (%)	<0,001
İlkokul mezunu	13 (%37,1)	1 (%2,9)	
Ortaokul mezunu	10 (%28,6)	0 (%0)	
Lise mezunu	7 (%20,0)	8 (%22,9)	
Üniversite mezunu	5 (%14,3)	26 (%74,3)	
Annenin Çalışma Durumu			<0,001
Ev Hanımı	31 (%88,6)	7 (%20,0)	
Çalışan	4 (%11,4)	28 (%80,0)	

*Ki-kare, **Student t testi

Annedeki tanıli psikiyatrik bozukluk varlığı sorgulandığında, otizm grubundaki annelerin 11'i (%31,4) tanıli psikiyatrik bozukluğu olduğunu belirtirken, kontrol grubunda herhangi bir hastalık bildirimi yoktur. Olgu grubunda tanılar ne olduğu bilgisi alınamamıştır.

Olgu grubunun annelerinin BDÖ, STAI-1, STAI-2 ve KSE puanları, kontrol grubu annelerinin puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı daha fazladır ($p < 0,001$, $p = 0,001$, $p = 0,029$, $p = 0,001$) (Tablo 3). Beck Depresyon Ölçeği'nin puanlaması minimal (0-9), hafif (10-16), orta (17-29) ve ağır (30-63) depresif olarak gruplandırıldığında; olgu grubundaki annelerin 12'si (%34,3) ve kontrol grubunda annelerin 3'ü (%8,6) hafif/orta/şiddetli depresif grupta yer almıştır ve olgu grubundaki annelerde kontrol grubu annelerine göre istatistiksel anlamlı olarak daha fazladır ($p < 0,05$). RHİDÖ-Algılanan Ayrımcılık ve Yabancılaşma alt grup puanlarının olgu grubu annelerinde, kontrol grubu annelerine göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p < 0,001$, $p = 0,017$) (Tablo 3).

Tablo 3: Araştırma grubundaki annelerin Beck Depresyon Ölçeği(BDÖ), Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği(STAI-1 ve STAI-2), Kısa Semptom Envanteri(KSE),Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği(RHİDÖ) puanları açısından karşılaştırılması

	Olgu (n= 35)	Kontrol (n =35)	p*
	Ort ±SS(Min-Max)	Ort ±SS(Min-Max)	
Beck Depresyon Ölçeği	10,14 ± 8,796(1 – 36)	4,14 ± 3,889(0 – 11)	<0,001
STAI-1	39,0 ± 10,6(24 – 64)	31,7 ± 6,7(20 – 50)	0,001**
STAI-2	41,6 ± 10,0(20 – 69)	36,8 ± 8,0(21 – 57)	0,029**
KSE-Toplam skor	37,49 ± 33,306(2 – 137)	16,14 ± 14,621(0 – 53)	0,001
RHİDÖ			
Yabancılaşma	10,37 ± 3,097(6 – 21)	7,63 ± 2,059(6 – 14)	<0,001
Kalıp yargıların onaylanması	12,66 ± 3,280(7 – 20)	11,80 ± 3,095(7 – 17)	0,338
Algılanan ayrımcılık	9,97 ± 3,560(5 – 18)	7,11 ± 2,483(5 – 12)	0,017
Sosyal geri çekilme	10,89 ± 4,199(6 – 22)	8,74 ± 3,467(6 -18)	0,149
Damgalanmaya karşı direnç	14,17 ± 2,695(6 – 20)	13,31 ± 2,878(7 – 19)	0,203**
RHİDÖ-Toplam	29,71 ± 13,367(9 – 69)	21,97 ± 9,429(10 – 48)	0,055

*Mann Whitney U, **Student t testi *Beck Depresyon Ölçeği(BDÖ)*, *Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği(STAI-1 ve STAI-2)*, *Kısa Semptom Envanteri(KSE)*,*Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği(RHİDÖ)*

Olgu grubu annelerinin güvenli bağlanma puanı kontrol grubu annelerine göre istatistiksel olarak anlamlı düşük saptanırken ($p<0.05$), diğer bağlanma stillerinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 4).

Tablo 4: Araştırma grubundaki annelerin İlişki Ölçekleri Anketi(İÖA)’ne göre bağlanma stilleri açısından karşılaştırılması

İlişki Ölçekleri Anketi	Olgu(n= 35)	Kontrol(n =35)	p
	<i>Ort±SS (Min-Max)</i>	<i>Ort±SS (Min-Max)</i>	
Güvenli bağlanma	4,11±0,78 (2,60 - 6,20)	4,74 ± 0,81 (2,60-6,60)	0,002*
Korkulu bağlanma	3.91±1.37 (1.00-6.25)	3.24±1.14 (1.25-5.25)	0,151**
Kayıtsız bağlanma	4.11±1.02 (1.80-6.20)	4.50±0.65 (3.20-5.80)	0,338**
Saplantılı bağlanma	3,49±0,82 (1,25 - 5,25)	3,70 ± 0,99 (1,75 – 6,00)	0,327*

Ort:ortalama, SS: standart sapma, min:minimum, max:maximum

*Student t-testi, **Mann-Whitney u testi

İlişki ölçekleri anketine göre bağlanma stilleri açısından olgu grubu annelerinin 9’unda (%25,7) güvenli bağlanma, 12’sinde (%34,3) korkulu bağlanma, 11’inde(%31,4) kayıtsız bağlanma ve 3’ünde (%8,6) saplantılı bağlanma bulunmuştur. Kontrol grubu annelerinin ise 22’sinde (%62,9) güvenli bağlanma, 2’sinde (%5,7) korkulu bağlanma, 8’inde (%22,9) kayıtsız bağlanma ve 3’ünde(%8,6) saplantılı bağlanma bulunmuştur.

Güvenli bağlanan ve diğer bağlanma stillerine sahip olan olgu grubu anneleri arasında BDÖ, STAI-1, STAI-2, ÇODÖ toplam ve RHİDÖ-toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,765$, $p=0,838$, $p=0,831$, $p=0,921$ $p=0,787$) (Tablo 5).

Tablo 5: Araştırma grubundaki olgu grubu annelerinin Güvenli ve Güvensiz(diğer) bağlanma stiline göre BDÖ, STAI-1, STAI-2, RHİDÖ-toplam, ÇODÖ toplam skorları açısından karşılaştırılması

	Olgu Grubu Anneleri		p
	Güvenli bağlanma	Diğer Bağlanma	
	(n=9)	(n=26)	
	<i>Ort±SS</i>	<i>Ort±SS</i>	
	<i>Ortanca(ÇAA)</i>	<i>Ortanca(ÇAA)</i>	
BDÖ	8,0 (4,0-15,0)	6,5 (5,0-11,0)	0,765**
STAI-1	38,33±10,40	39,19±10,93	0,838*
STAI-2	41,00±8,63	41,81±10,58	0,831*
RHİDÖ-toplam	28,89±8,52	30,00±14,81	0,787*
ÇODÖ-toplam	37,5(34,5-46,5)	40,75(34,5-46,0)	0,921**

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, ÇAA(Çeyrekler Arası Aralık), *Beck Depresyon Ölçeği(BDÖ)*, *Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği(STAI-1 ve STAI-2)*, *Kısa Semptom Envanteri(KSE)*, *Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği(RHİDÖ)*, *Çocukluk Otizmini Derecelendirme Ölçeği (ÇODÖ)*

*Student t testi, **Mann-Whitney U testi

Olgu grubundaki annelerin ölçek puanları korelasyon analizinde; BDÖ puanları ile KSE toplam puanı arasında pozitif yönde çok yüksek, STAI-1 ve STAI-2 puanları arasında pozitif yönde yüksek; KSE toplam puanı ile STAI-1, STAI-2 ve RHİDÖ toplam puanları arasında pozitif yönde yüksek; RHİDÖ toplam puanı ile STAI-1 ve STAI-2 puanları arasında pozitif yönde yüksek; STAI-1 ile STAI-2 arasında pozitif yönde yüksek; İÖA saplantılı bağlanma ile kayıtsız bağlanma arasında pozitif yönde orta derecede; İÖA güvenli bağlanma ile saplantılı bağlanma arasında pozitif yönde orta derecede, korkulu bağlanma ile negatif yönde orta derece korelasyon saptanmıştır (Tablo 6).

Tablo 6: Olgu grubundaki annelerin Beck Depresyon Ölçeği(BDÖ), Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği(STAI-1 ve STAI-2), Kısa Semptom Envanteri(KSE),Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği(RHİDÖ) ve İlişki Ölçekleri Anketi(İÖA) puanlarının Korelasyonları

KORELASYONLAR (r değerleri)										
	STAI-1	STAI-2	ÇODÖ TOPLAM PUANI	RHİDÖ TOPLAM	İÖA-KORKULU BAĞLANMA	İÖA-KAYITSIZ BAĞLANMA	İÖA-SAPLANTILI BAĞLANMA	İÖA-GÜVENLİ BAĞLANMA	KSE TOPLAM	BDÖ
STAI-1	1	,704**	,011	,504**	,112	-,219	,010	-,154	,625**	,722**
STAI-2	,704**	1	,090	,621**	,111	-,153	,001	-,152	,737**	,733**
ÇODÖ TOPLAM PUANI	,011	,090	1	,124	-,203	,325	,272	,188	-,011	-,002
RHİDÖ TOPLAM	,504**	,621**	,124	1	,190	-,150	,062	-,227	,613**	,561**
İÖA-KORKULU BAĞLANMA	,112	,111	-,203	,190	1	,184	-,083	-,251*	,312**	,236*
İÖA-KAYITSIZ BAĞLANMA	-,219	-,153	,325	-,150	,184	1	,461**	,207	-,133	-,248*
İÖA-SAPLANTILI BAĞLANMA	,010	,001	,272	,062	-,083	,461**	1	,377**	,054	,031
İÖA-GÜVENLİ BAĞLANMA	-,154	-,152	,188	-,227	-,251*	,207	,377**	1	-,197	-,210
KSE TOPLAM	,625**	,737**	-,011	,613**	,312**	-,133	,054	-,197	1	,853**
BDÖ	,722**	,733**	-,002	,561**	,236*	-,248*	,031	-,210	,853**	1
**p<0.01										
*p< 0.05										

Normal dağılıma uyanlarda Pearson, uymayanlarda Spearman korelasyon analizi yapılmıştır

Çalışmamıza katılan olguların ÇODÖ puan ortalamaları $40,51 \pm 6,91$ (min-max: 30,0-55,5) olarak bulunmuştur. Hafif-orta derecede OSB olan 15 (%42,9) olgu ve aşırı derecede OSB olan 20 (%57,1) olgu bulunmuştur. Olgularda ÇODÖ ile ölçülen otizm şiddeti ile RHİDÖ-Kalıp Yargıların Onaylanması alt ölçek puanı arasında pozitif yönde hafif derecede anlamlı korelasyon saptanmıştır ($p=0,042$; $r=0,346$). Diğer ölçek puanları ile ÇODÖ arasında herhangi bir korelasyon saptanmamıştır.

Olgu grubunda ÇODÖ puanları hafif-orta derecede olan grup ($n=15$) ile aşırı derece olan grubun ($n=20$) BDÖ, STAI-1, STAI-2, KSE ve RHİDÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 7). RHİDÖ-Kalıp yargıların onaylanması alt ölçeğinde ise korelasyon analizi ile benzer şekilde ÇODÖ puanları hafif-orta olan grupta anlamlı olarak düşük bulunmuştur ($p=0,002$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte tüm puanlar aşırı derecede OSB grubunda daha yüksek bulunmuştur (Tablo 7).

Tablo 7: Araştırma grubundaki olgu grubunun otizm şiddetine göre, annelerinin BDÖ, STAI-1, STAI-2, RHİDÖ-toplam, KSE toplam puanları açısından karşılaştırılması

	Olgu		p
	Hafif-orta derecede OSB	Aşırı derecede OSB	
	(n=15)	(n=20)	
	Ort±SS	Ort±SS	
BDÖ	9,6±8,5	10,5±9,2	0,807**
KSE-Toplam	33,0±31,7	40,9±34,9	0,591**
STAI-1	37,27±10,06	40,25±11,15	0,420*
STAI-2	39,27±10,76	43,40±9,27	0,232*
RHİDÖ-Toplam	25,07±12,25	33,20±13,39	0,074*

Beck Depresyon Ölçeği(BDÖ), Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği(STAI-1 ve STAI-2), Kısa Semptom Envanteri(KSE), Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği(RHİDÖ)

*Studen t testi, **Mann-Whitney-U testi

Çeşitli sosyodemografik veriler ile annelere uygulanan ölçeklerin puanları uygun gruplara ayrılarak aşağıda karşılaştırılmış ve istatistiksel sonuçları bulunmuştur.

Olgu grubunda zamanında doğan çocukların anneleri ($n=23$) ile erken-çok erken doğan çocukların anneleri($n=12$) arasında BDÖ, STAI-1,STAI-2, KSE toplam, RHİDÖ toplam ve alt puanları ve İÖA ve alt puanları açısından anlamlı fark saptanmamıştır.

Ayrıca 3 yıl altında özel eğitim alan çocukların anneleri (n=18) ile 3 yıl üzerinde eğitim alanların anneleri (n=16) arasında BDÖ, STAI-1, STAI-2, KSE toplam, RHİDÖ toplam ve alt puanları ve İÖA ve alt puanları açısından anlamlı fark saptanmamıştır (Özel eğitime gitmeyen 1 olgu dahil edilmemiştir).

Komorbiditesi olan OSB tanılı çocukların annelerinin (n=24) İÖA korkulu bağlanma alt puanı komorbiditesi olmayan OSB tanılı çocukların annelerine (n=11) göre anlamlı yüksektir (p=0,005). Diğer ölçek puanları (BDÖ, STAI-1, STAI-2, KSE toplam, RHİDÖ toplam ve alt puanları ve İÖA ve diğer alt puanları) ile anlamlı fark yoktur.

Herhangi bir psikiyatrik ilaç kullanan otizmli çocuk ve ergenlerin annelerinin (n=18), ilaç kullanmayanların annelerine (n=17) göre İÖA korkulu bağlanma puanları istatistiksel olarak anlamlı yüksektir (p=0,029). Diğer ölçek puanları açısından anlamlı fark bulunmamıştır.

Olguların tanı alma yaşlarına göre annelerinin BDÖ, STAI-1, STAI-2, RHİDÖ ve KSE puanları karşılaştırıldığında 3 yaş öncesi tanı alan olguların annelerinin sadece STAI-1 puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (p=0,043). 3 yaş sonrasında OSB tanısı alan çocuğa sahip annelerin STAI-1 puanları 3 yaş öncesi tanı alanlara göre daha düşüktür.

Olgu grubunda düşük eğitim düzeyi (ortaokul ve altı) olan annelerin (n=23) ile yüksek eğitim düzeyi (lise ve üstü) olan annelerin (n=12) BDÖ, STAI-1, STAI-2, KSE toplam, RHİDÖ toplam ve alt puanları ve İÖA ve alt puanları arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Olgu grubunda psikiyatrik bozukluğu olan annelerin, olmayan annelere göre BDÖ, KSE toplam puanı ve İÖA saplantılı bağlanma stili puanı anlamlı olarak yüksektir ((p=0,022, p=0,025, p=0,049). STAI-1, STAI-2, RHİDÖ toplam ve alt puanları ve İÖA toplam ve diğer alt puanları arasında anlamlı fark yoktur.

5. TARTIŞMA

Nörogelişimsel bir bozukluk olan OSB tanılı çocuk ve ergenlerin annelerinde çeşitli psikiyatrik bozuklukların görüldüğü bilinmektedir (12,13,128). Benzer şekilde OSB tanılı çocukların bağlanma stillerini inceleyen çalışmalar literatürde bulunmaktadır ancak otizmlili çocukların annelerinin bağlanma stilini inceleyen az sayıda çalışma vardır(185–188). OSB tanılı çocuk ile bakım veren arasındaki bağlanma ilişkisinde bakım verenin kendi bağlanma stilinin önemli olabileceği vurgulanmaktadır(185). Çoğu psikiyatrik bozuklukta olduğu gibi OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin de damgalanma algısının daha fazla olduğu vurgulanmaktadır(147). Çalışmamızda OSB tanılı olguların annelerinin depresyon, anksiyete, bağlanma stili ve içselleştirilmiş damgalanma algısının sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırılarak değerlendirilmesi literatür ışığında tartışılacaktır.

Çalışmamıza katılan çocuk ve ergenlerin sosyodemografik verileri incelendiğinde; olgu grubu ile kontrol grubu arasında yaş, cinsiyet ve eğitim durumu açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Çalışmamıza katılan OSB tanılı olguların %74,3'ünün erkek olduğu saptanmıştır. Daha küçük bir örnekleme araştırılan çalışmamızda cinsiyet dağılımı erkek çocuklar lehine 3 kat fazla olarak bulunmuş olması, birçok epidemiyolojik çalışmadaki OSB'nin erkeklerde 2-3 kat fazla görüldüğü bilgisi ile uyumludur(189–191). Otizmi olan kızların yeterince tanınmamış olabileceği, yüksek işlevselliği olan kızların erkeklerden daha geç tanı alabileceği ve erkeklere yönelik tanısall bir önyargı olabileceği düşünülmüştür(76,192). Bu nedenle kızların klinik olarak tanı alabilmeleri için erkeklerden daha fazla eşzamanlı davranışsal veya bilişsel belirtileri göstermelerine ihtiyaç olabilir.

Çalışmamızda OSB tanılı olguların gelişim basamaklarında kontrol grubuna kıyasla anlamlı olarak gecikme olduğu saptanmıştır. Literatürde birçok çalışmada OSB tanılı olgularda çeşitli basamaklarda gelişimsel gecikmelerin olabileceği, bazı belirtilerin OSB tanısında önemli olabileceği vurgulanırken, bazı belirtilerin de eşlik eden zihinsel engellilik ile ilişkili olabileceği belirtilmiştir(70,76,193).

Karıştırıcı etkenleri azaltmak için çalışmamızda annelerin yaşları eşleştirilmiştir. OSB tanılı çocukların annelerinin doğumdaki yaşları değerlendirildiğinde ileri anne yaşının olmadığı gözlenmiştir. Literatürde ebeveyn yaşı ile ilgili çeşitli bilgiler ortaya konmuştur. Bazı çalışmalarda ileri anne yaşının OSB ile ilişkili olduğu bulunmuştur(194). Diğerlerinde

ileri baba yaşının OSB ile ilişkili olduğu bulunmuştur(195). Her iki ebeveynin ileri yaşının OSB ile ilişkili olduğunu belirten çalışmalar da mevcuttur(196–198). Bununla birlikte, her iki ebeveynin yaşı da OSB teşhisi riskini etkileyebilir, bu nedenle ileri anne yaşının OSB üzerindeki etkisini araştırırken baba yaşı kontrol edilmelidir.

Olgu grubunda zamanında doğan çocukların anneleri ile erken-çok erken doğan çocukların anneleri arasında BDÖ, STAI-1,STAI-2, KSE toplam, RHİDÖ toplam ve alt puanları ve İÖA ve alt puanları açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Doğum zamanı ile anne psikopatolojisini inceleyen çalışmalar olmasına rağmen otizmlili çocukların doğum zamanı ile annelerinin psikopatolojilerini inceleyen çalışmalar oldukça sınırlıdır(199,200). Erken doğan çocukların annelerinin depresyon ve anksiyete belirtilerini araştıran bir çalışmada, maternal depresyonun 32 haftadan erken doğmuş bebeklerin nörogelişimiyle negatif yönde korelasyon gösterdiği bildirilmiştir (201). Bir doğum kohort araştırmasında otizmlili çocukların annelerinde psikiyatrik bozukluk öykülerinin erken doğum öyküsü olanlarda, zamanında doğanlara göre yaklaşık 1.5 kat daha fazla olduğu ileri sürülmüştür(202). Bizim literatürden farklı bulmamızın nedeni örneklem sayımızın düşük olması gösterilebilir.

Ayrıca 3 yıl altında özel eğitim alan çocukların anneleri (n=18) ile 3 yıl üzerinde eğitim alanların anneleri (n=16) arasında bütün ölçek puanları açısından anlamlı fark saptanmamıştır (Özel eğitime gitmeyen 1 olgu dahil edilmemiştir). Literatürde otizmlili çocukların annelerinin ruhsal durumlarının çocukların özel eğitim süreleri ile ilişkisini değerlendiren çalışmaya rastlanmamıştır.

Literatürde otizmlili çocukların annelerinin eğitim durumları ile psikiyatrik belirtileri, damgalanma algısı ve bağlanma ilişkisini inceleyen çok az çalışma bulunmaktadır. Ancak annedeki anksiyete gibi psikiyatrik belirtiler ile düşük eğitim düzeyinin çocuklarının nörobilişsel süreçlerini etkilediği bilinmektedir(203). İngiltere’de yapılan bir kohort çalışmasında eğitim düzeyi düşük annelerin çocukları için önemli düzeyde eksik otizm tanısı olduğu gösterilmiştir(204). Bir araştırmada ise annenin düşük eğitimi olması ve artmış yaşının otizm tanısı için risk faktörü olduğu ifade edilmiştir(198). Bir başka çalışmada ise daha yüksek anne yorgunluğu puanları, daha düşük eğitim düzeyi, daha problemlili çocuk davranışı, daha düşük beslenme kalitesi, egzersiz ve uyku ve sosyal desteğe duyulan yüksek ihtiyaç ile ilişkilendirilmiştir(205). Bir araştırmada OSB tanılı çocukların annelerinde yüksek

eğitim düzeyi ile içselleştirilmiş damgalanma algısı arasında negatif ilişki olduğu, depresyon ve anksiyete belirtileri arasında ilişki olmadığı bildirilmiştir(134). Bir başka çalışmada ise düşük anne eğitiminin daha fazla davranışsal otistik özellikleri öngördüğü bildirilmiştir(206).Yakın zamanlı bir çalışmada otizmlı çocukların annelerinin yaklaşık $\frac{3}{4}$ 'ünde depresif ve/veya anksiyete belirtileri olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışma ilköğretim veya daha düşük bir eğitim düzeyinin annenin anksiyete belirtileri ile anlamlı şekilde ilişkili olduğunu ortaya koymuştur(207).Çalışmamıza katılan olguların annelerinin eğitim düzeyleri kontrol grubu annelerine göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Ayrıca olgu grubunun annelerinin çoğunluğunun çalışmadığı saptanmıştır. Olgu grubunda düşük eğitim düzeyi (ortaokul ve altı) olan annelerin (n=23) ile yüksek eğitim düzeyi (lise ve üstü) olan annelerin (n=12) BDÖ, STAI-1,STAI-2, KSE toplam, RHİDÖ toplam ve alt puanları ve İÖA ve alt puanları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Literatürde aile geliri ve anne eğitim düzeyi gibi sosyoekonomik durum ile ilgili çelişkili bilgiler mevcuttur. Amerika Birleşik Devletleri'ndeki birkaç çalışmada daha düşük aile geliri ve ebeveyn eğitimi gibi sosyoekonomik durumların, çocukluk otizmi riskinin azalmasıyla ilişkili olduğunu bulmuştur(208–210). Buna karşın, İsveç, Fransa ve Japonya'da yapılan çalışmalar, düşük sosyoekonomik durum ile çocukluk otizmi arasında negatif bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur(211–213). Bununla beraber Danimarka'da yapılan bir çalışmada ise herhangi bir ilişki olmadığını bildirilmiştir(214). Literatürdeki bu çelişkinin kültürel farklılıklardan ve çalışma yöntemlerindeki farklılıklardan kaynaklanabileceği tahmin edilmiştir. Çalışmamızdaki OSB tanılı çocukların annelerinin çalışma durumlarının düşük eğitim düzeyi ile ilişkili olabileceği ancak OSB tanılı bir çocuğun bakımını ilk olarak annenin üstlenmesinin de annenin çalışma durumunu etkileyebileceği düşünülmüştür.

Otizm spektrum bozukluğu tanılı olguların %70'inden fazlasının eşzamanlı tıbbi, gelişimsel veya psikiyatrik rahatsızlıkları olduğu bildirilmiştir. Bununla birlikte zihinsel engellilik, DEHB, tik bozuklukları ve motor anormallikler ile anksiyete ve depresyon OSB tanılı çocuk ve ergenlerde en sık görülen eş tanılardır. Otizm tanılı olguların %28-44'üne DEHB ve yaklaşık %45'ine zihinsel gerilik eşlik etmektedir(76). Bir başka araştırmada otizmde psikiyatrik bozukluk oranlarının yüksek olduğu ve işlevsellikle ilişkili olduğu bildirilmiştir(215). Çalışmamızda da literatür ile benzer şekilde OSB tanılı çocuk ve ergenlerin 24(68,6) gibi yüksek bir oranda komorbid hastalık saptanmıştır. Çalışmamızda en sık tanı konulan komorbid hastalıklar sırasıyla 11(%31,4) olguda DEHB ve 6(%17) olguda

zihinsel engelliliktir. Komorbiditenin sık görülmesinin nedenleri arasında, tanısal birliktelik, bir bozukluğun diğer bozukluğa neden olması ya da çalışmanın kliniğe başvuran hastalardan yapıldığı göz önüne alınarak komorbiditenin kliniğe başvuru nedeni olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda komorbiditesi olan OSB tanılı çocukların annelerinin (n=24) sadece İÖA korkulu bağlanma alt puanı komorbiditesi olmayan OSB tanılı çocukların annelerine (n=11) göre anlamlı yüksektir (p=0,005). Aile üyelerindeki psikiyatrik belirtiler ile OSB tanılı bireylerdeki komorbidite arasındaki potansiyel ilişkileri araştırmak için henüz çok az çalışma vardır. Ghaziuddin ve Greden (1998), eşlik eden depresyonu olan ve olmayan OSB tanılı çocukların ailelerindeki psikiyatrik öykülerini karşılaştırmıştır. Eş tanılı depresyonu olan grubun %77'sinin, eş tanılı depresyonu olmayan çocukların %30'unun ailesinde depresyon öyküsü olduğunu göstermiştir(216). Bir araştırmada otizmlili çocukların annelerindeki yüksek depresif belirtiler, daha fazla ebeveynlik stresi ve otizmlili çocuklardaki daha fazla davranışsal sorunlarla ilişkili olduğu gösterilmiştir(217). Bir başka araştırmada, otizmlili çocukların davranışsal belirtileri ile ebeveyn ve çocuk uyku değişkenlerinin ebeveyn depresif belirtileriyle ilişkili olduğu gösterilmiştir(218). Daha yüksek otizm semptomatolojisi ve çocukta birlikte ortaya çıkan daha fazla sayıda psikiyatrik bozukluk, maternal depresyonun mevcut tedavisi için artmış bir risk ve daha düşük bir maternal yaşam kalitesi ile ilişkilendirilmiştir(219). Bununla birlikte aile üyelerinde afektif bozuklukların varlığının otizme yatkınlığı, komorbid özellikleri veya her ikisini artırıp artırmadığı açık değildir(220). Ailede afektif bozukluk öyküsü, özellikle eşlik eden duygu düzensizliği olan otizmin alt popülasyonu ile ilgili olabilir(220,221). Annedeki bağlanma örüntülerinin de OSB'deki komorbidite ve ilaç kullanım durumunu etkileyebileceği düşünülmüştür. Eş tanılı psikiyatrik durumları önlemek ve daha hızlı ve daha hedefe yönelik tedaviyi kolaylaştırmak ve OSB tanılı bireylere ve ailelerine hangi hizmetlerin sunulması gerektiğini belirlemek için OSB tanılı bireylerde eş tanı varlığı ile aile üyelerindeki psikiyatrik belirtiler ve bozukluk örüntüleri arasındaki ilişki üzerine daha fazla araştırma yapılması gerekmektedir.

Amerika Birleşik Devletleri'ndeki yapılan çalışmalar, OSB tanılı çocukların %30-60'ının sürekli olarak en az 1 psikotropik ilaç kullandığını bildirmiştir(222). Artan yaşın, eşlik eden bir psikiyatrik durumun varlığının ve daha fazla zihinsel engelliliğin psikotropik ilaç kullanımıyla ilişkili olduğu bulunmuştur(223). En yaygın ilaç sınıfları uyarıcılar, antipsikotikler ve antidepresanlardır (222). Literatür ile benzer şekilde çalışmamızdaki

olgularımızın 18'inin (%51,4) en az bir psikotropik tedavi aldığı bunlarının 6'sının (%17,1) metilfenidat tedavisi, 17'sinin (%48,6) ise antipsikotik tedavi aldığı saptanmıştır. Herhangi bir psikiyatrik ilaç kullanan OSB tanılı çocuk ve ergenlerin annelerinin (n=18), ilaç kullanmayanların annelerine (n=17) göre sadece İÖA korkulu bağlanma puanları istatistiksel olarak anlamlı yüksektir (p=0,029).

Çalışmamızdaki olguların ortalama OSB tanısı alma yaşı $3,70 \pm 2,26$ yıl olup 20'si (%57,1) 3 yaşından önce tanı almıştır. Çalışmamızda 3 yaş öncesi tanı alan olguların annelerinin STAI-1 puanları anlamlı olarak daha yüksektir. Literatürde bir çalışmada OSB tanılı çocukların ilk kez ortalama 48 aylıkken değerlendirildiği ancak ortalama 61 aylıkken OSB tanısı konulduğu bildirilmiştir(224). Otizm spektrum bozukluğu tanısında yaş farklılıklarını açıklamak için yapılan eleştirel bir incelemede 1990-2012 yılları arasında yapılan 42 epidemiyolojik çalışma değerlendirilmiştir. Bu çalışmada tüm OSB için ortalama tanı yaşının 38 ila 120 ay arasında değiştiği ve zamanla tanı yaşının azaldığı bulunmuştur(225). Amerikan Pediatri Akademisi, OSB taramasının 3 yaşından önce iki kez yapılmasını önermiştir(226). Geniş örneklemli iki ulusal anketten elde edilen sonuçların değerlendirildiği bir çalışmada OSB tanılı çocukların yaklaşık %20'sinin üç yaşından önce, yaklaşık yarısının 6 yaşından sonra tanı aldığını göstermiştir(227). 18 ve 24 aylıkken rutin erken tarama önerilmektedir(226). Olguların erken teşhisi, hem çocuğun hem de annenin psikolojik ihtiyaçlarına yönelik erken müdahale programlarının planlanmasına yardımcı olabilir(10). Bir araştırma otizm tanılı çocuğun başlangıçta ve izlemdeki davranışsal ve duygusal sorunları ile ebeveyn ruh sağlığı sorunları, ebeveyn stresi ve aile işleyişi önemli ölçüde ilişkilendirilmiştir. Aynı çalışmada OSB tanısı konulduktan sonra anneye uygulanan problem çözme eğitimi ile annenin depresif belirtilerinde azalma olabileceği bildirilmiştir(228). Literatürde tanı alma yaşının annenin ruh sağlığı üzerindeki etkilerini inceleyen herhangi bir çalışma bulunamamıştır. Çalışmamız literatüre bu yönüyle katkı sağlamıştır. Bir araştırmada otizm erken tanı konulmasının, başa çıkmalarını etkileyen şok, inkar, kontrol eksikliği gibi duygusal tepki ve belirsizliği yönetmeye yönelik bir dizi duyguyu tetiklediği vurgulanmıştır(229). Çalışmamızda düşük tanı alma yaşı ile yüksek anne anksiyetesi arasında ilişki bulunmuştur. Küçük yaştaki çocukların yaşadığı sorunların, sosyokültürel olarak toplum tarafından daha çok anneye yüklendiği göz önüne alındığında daha küçük yaşta tanı alan çocukların annelerinin daha kaygılı olduğu düşünülebilir.

Yapılacak daha geniş örneklemlili ve uygun yöntemli çalışmalar ile OSB tanı yaşının annenin ruh sağlığı ve damgalanması üzerindeki etkileri gösterilebilir.

Çalışmamızda olgu grubunda psikiyatrik bozukluğu olan annelerin, olmayan annelere göre BDÖ, KSE toplam puanı ve İÖA saplantılı bağlanma stili puanı anlamlı olarak yüksek saptanmıştır($p<0,05$). Ayrıca OSB tanıli çocukların annelerinin KSE ortalama puanlarının anlamlı şekilde daha yüksek olduğu ve %31,4'ünün herhangi bir psikiyatrik bozukluk nedeniyle tedavi aldığı saptanmıştır. Çalışmamızın sonuçları otizm tanıli çocukların annelerinin ruh sağlığının, tipik olarak gelişen çocukların annelerinden daha kötü olduğunu gösteren önceki çalışmalar ile uyumludur(7,230). Otizm tanıli çocukların ebeveynlerinin ruhsal sorunlarının KSE ile değerlendirildiği bir çalışmada Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksinde OSB tanıli çocukların babalarının %22,4'ü ve annelerinin %23,8'i olası psikopatolojiye işaret eden puanlar üretmiştir(231). Bir başka çalışmada ebeveynlik stresinin arttığı ve annelerinin ebeveynlik stresinin çocuğun davranışsal belirtileri ile ilişkili olduğu bildirilmiştir(13). Birçok çalışmada OSB tanıli çocukların ebeveynlerinde önemli ölçüde daha fazla psikolojik sorun bildirilmiştir(11–13). Alkol ve madde bağımlılığının yanı sıra, OSB olan çocukların anneleri, diğer annelere göre tüm psikiyatrik bozukluk kategorilerinde daha yüksek insidansa sahiptir(232). OSB tanıli çocukların anneleri arasında psikolojik sıkıntının yaygınlığı özellikle ebeveyn ruh sağlığını ele alan müdahalelere ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda OSB tanıli çocuk ve ergenlerin annelerinin BDÖ toplam puanı ile STAI-1 ve STAI-2 puanları kontrol grubu annelerine göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Uluslararası literatürde OSB tanıli çocukların ebeveynlerinde, normal yetişkin popülasyonda bildirilen oranın 3-5 katı klinik olarak önemli anksiyete ve depresyon olduğu belirtilmiştir(131). Yapılan birçok çalışmada otizm tanıli çocuk ve ergenlerin ebeveynlerinin depresyon, anksiyete ve diğer ruhsal sorunlar açısından daha riskli olduğu gösterilmiştir(129,133,134,141). Özellikle annelere odaklanan çalışmalarda anksiyete ve depresyon gibi ruhsal bozuklukların otizimli çocukların annelerinde daha fazla olduğu gösterilmiştir(10,128). Benzer şekilde ülkemizde yapılan tanımlayıcı bir çalışmada OSB tanıli çocukların annelerinin depresyon ve anksiyete belirtilerinin orta düzeyde olduğu ve anksiyete belirtileri ile depresyon belirtileri arasında anlamlı pozitif ilişki olduğu bildirilmiştir(134). OSB tanıli çocukların annelerinin taşıdığı artan yük, annelerde daha yüksek psikiyatrik bozukluk insidansına neden olabilir. Bu nedenle OSB tanıli çocukların başta anneleri olmak

üzere ebeveynlerinin ruhsal durumlarının tanı anında ve izlemde bir ruh sağlığı profesyoneli tarafından değerlendirilmesinin gerekli olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda ise içselleştirilmiş damgalanma algısı toplam puanının olgu grubu annelerinde kontrol grubu annelerine göre anlamlı olmasa da yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca RHİDÖ-Algılanan Ayrımcılık ve RHİDÖ-Yabancılaşma alt grup puanlarının olgu grubu annelerinde, kontrol grubu annelerine göre anlamlı daha yüksek olduğu bulunmuştur. Literatürde OSB tanılı çocukların tekrarlayıcı davranışları için damgalama ve ayrımcılık ile karşı karşıya kaldığı vurgulanmıştır. Ayrıca bu damgalanma sadece çocuk ile sınırlı kalmayıp özellikle ebeveynlerine kadar uzanmıştır(147). Damgalanma, OSB tanılı çocukların ailelerinin yaşamlarında yaygın olarak algılanmaktadır, ancak büyük, sistematik çalışmalar yapılmamıştır(150). Bir araştırmada otistik belirtilerin şiddetinin de ebeveynlerin damgalanmasında önemli olduğu bulunmuştur(147). Bir başka araştırmada başta otistik davranışlar olmak üzere birçok etkenin damgalamaya katkıda bulunduğu gösterilmiştir(150). Ülkemizde yapılan bir çalışmada otizmlili çocuk ve ailelerinin damgalamaya maruz kaldıkları sonucuna ulaşılmıştır. Çevredekilerin otizmlili çocuğu yakınlarında istememesi, çocuğa ve ebeveynlerine olumsuz söylemlerde bulunması, çocuk ve ebeveyn ile görüşmeyi sınırlaması/kesmesi, ebeveynlerin çocuğun durumundan sorumlu tutulması bu araştırmanın bulgularıdır(233). Ülkemizde yapılan güncel bir çalışmada OSB tanılı çocukların annelerinde içselleştirilmiş damgalanma algısı ile anksiyete ve depresyon belirtileri arasında anlamlı pozitif bir ilişki olduğu gösterilmiştir(134). Daha fazla katılımcı ile yapılacak boylamsal çalışmalar ile bu klinik durumun araştırılmasının uygun olabileceği düşünülmüştür.

Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocukların ebeveynlerinin aslında ilişkisel damgalanma yaşadığı bildirilmiştir. Genel olarak otizmlili çocuklar için damgalanma çalışmaları yeterince ilgi görmemiştir. Güncel bir derlemeye göre otizmlili çocukların ebeveynleri, otistik belirtilerin şiddetine bağlı olarak damgalanma ve çeşitli olumsuzluklar yaşamıştır(147). Uluslararası literatürde otizmlili çocukların ebeveynleri arasında damgalanmayı inceleyen büyük yaygınlık çalışmalarına, uzunlamasına çalışmalara ya da damgalanma alt puanlarını değerlendiren çalışmalara ulaşılamamıştır. Çalışmamızda yabancılaşma ve algılanan ayrımcılık alt puanlarının OSB tanılı çocukların annelerinde kontrol grubu annelerine göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Yabancılaşma ve algılanan ayrımcılığın toplumsal damgalanmayı gösterdiği düşünülebilir. Çalışmamızın bu alanda

yapılan ilk çalışma olma yönüyle literatüre katkıda bulunduğu düşünülmüştür. Daha ileri çalışmalar, otizmlı çocukların ebeveynleri arasında damgalanmanın bütün boyutları ile ele alınmasına ve damgalanmanın azaltılmasına yönelik müdahalelerin geliştirilmesine odaklanmalıdır.

Çalışmamızda olgu grubundaki annelerin kontrol grubu annelerine göre daha az güvenli bağlanma gösterdikleri saptanmıştır. Literatürde OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin bağlanma biçimlerini değerlendiren çok fazla çalışma yoktur. Goodman ve Glenwick (2012), bağlanmanın OSB tanılı bir çocuğa ebeveynlik yapma üzerindeki etkisini araştırmıştır. Bu çalışmada yetişkin bağlanmasının, çocuğun ebeveynine olan bağlanmasından ziyade genel ebeveynlik deneyimini daha fazla yordadığı bulunmuştur(188). Bir başka çalışmada da ebeveyn bağlanmasının ebeveynlik davranışıyla ilişkili olduğu bildirilmiştir(234). Ülkemizde yapılan bir çalışmada bilişsel gelişimde gecikmesi olan çocukların annelerinde sağlıklı kontrol grubu annelerine göre bağlanma ve alt gruplarında anlamlı fark bulunamamıştır(235). OSB tanılı çocukların annelerindeki güvensiz bağlanmanın annenin ebeveynlik davranışını olumsuz etkileyerek çocuk ve ergenin tedaviden yararlanımını azaltabileceği, ayrıca OSB'nin prognozunu olumsuz etkileyebileceği düşünülmüştür. OSB tanılı çocukların ebeveynlerindeki bağlanmanın daha iyi yorumlanabilmesi için daha fazla araştırmaya ihtiyaç olduğu düşünülmüştür.

Çalışmamızda güvensiz bağlanması olan otizmlı çocukların annelerinin, STAI 1,STAI-2 güvenli bağlanması olan otizmlı çocukların annelerine göre istatistiksel olarak anlamlı olmasa da yüksek bulunmuştur. Literatürde güvensiz bağlanma biçiminin, bireyin gelecek yaşamındaki ruhsal sorunları için artmış risk faktörü ve ruhsal sorunların belirleyicisi olabileceği belirtilmiştir (17,19). Güvensiz bağlanma biçimlerinin başta anksiyete bozuklukları ve depresif bozukluklar gibi birçok psikiyatrik bozuklukla ilişkili olduğu vurgulanmıştır(18). Güvensiz bağlanma, özellikle kaçınma, kaygı belirtileri ve artmış depresyon riski ile ilişkilidir(19). Kaçıngan bağlanma stiline sahip ebeveynlerin daha fazla ebeveynlik stresi ve daha kötü ebeveynlik deneyimi yaşama olasılıkları daha yüksektir(171). Ambivalan bağlanma gösteren ebeveynlerin, daha fazla stresli ebeveynlik ve depresif belirtiler bildirme olasılıkları daha yüksektir(172). Annelerdeki artmış kaygının özellikle ambivalan bağlanma ile daha fazla ilişkili olduğu gösterilmiştir(241,242). Annenin kaygı belirtileri ile annenin bağlanma stili arasındaki ilişkiyi anlayabilmenin, OSB tanılı çocuklarda bu ilişkinin olumsuz etkilerini önlemeye ve erken müdahaleye katkı sağlayabileceği

düşünülmüştür. Çalışmanın sonuçlarının daha iyi yorumlanabilmesi için OSB tanılı ebeveynlerden oluşan daha geniş örneklemlerle bir araştırma grubunda anne bağlanması ile annenin depresif belirtilerinin değerlendirilmesine ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda güvensiz bağlanması olan otizmliler çocukların annelerinin RHİDÖ toplam puanları güvenli bağlanması olan otizmliler çocukların annelerine göre istatistiksel olarak anlamlı olmasa da yüksek bulunmuştur. Literatürde OSB olan çocukların ebeveynlerinde bağlanma stili ve damgalanmayı inceleyen bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Bir çalışmada özellikle kaçınan ve kaygılı bağlanma ile toplumsal ve kendini damgalanmanın, stres ve yardım aramaya yönelik tutumlar arasındaki ilişkiye aracılık ettiği gösterilmiştir(236). Yakın zamanda yapılan bir çalışmada içselleştirilmiş damgalanma, algılanan toplumsal damgalanma ve güvensiz bağlanmanın yaygın olarak bildirildiği ve içselleştirilmiş damgalanmanın algılanan toplumsal damgalanma ile pozitif yönde ilişkili olduğu bildirilmiştir(237). Mevcut sonuçlar, bağlanma ile içselleştirilmiş damgalanma arasındaki ilişkiyi inceleyen daha fazla araştırmanın gerekli olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda olgu grubu annelerinde RHİDÖ toplam puanı ile BDÖ, STAI-1, STAI-2 ve KSE toplam puanları arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır (Tablo 6). Bir çalışmada otizmliler çocukların annelerinde depresyon belirtileri ile içselleştirilmiş damgalanma algısı, yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması ve sosyal geri çekilme arasında pozitif korelasyon olduğu, anksiyete belirtileri ile de içselleştirilmiş damgalanma algısı, yabancılaşma ve sosyal geri çekilme arasında pozitif korelasyon olduğu ileri sürülmüştür(134). Yüksek maternal damgalanmanın, annede daha fazla psikiyatrik belirtilerle ilişkili olabileceği veya karşılıklı etkileşebileceği düşünülebilir. Sonuç olarak çalışmamız ve literatür birlikte değerlendirildiğinde OSB tanılı çocukların annelerinin içselleştirilmiş damgalanma algısı ile ruhsal belirtileri arasındaki neden sonuç ilişkisinin aydınlatılmasına yönelik yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda olgu grubunda BDÖ, STAI-1, STAI-2, KSE ve RHİDÖ toplam puanları ile ÇODÖ puanları arasında ilişki saptanmamıştır. Ek olarak ÇODÖ puanlarına göre hafif-orta derecede olan grup (n=15) ile aşırı derecede olan grubun(n=20) ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ancak aşırı derece OSB olan grupta BDÖ, STAI-1, STAI-2, KSE ve RHİDÖ toplam puanları aritmetik olarak daha yüksek bulunmuştur (Tablo 7). Bulgularımıza göre ÇODÖ puanı (OSB şiddeti) arttıkça RHİDÖ-kalıp

yargıların onaylanması puanı artmış ve ÇODÖ puanları aşırı derecede olan grupta hafif-orta derecede olan gruba göre anlamlı daha yüksek saptanmıştır. Liao ve ark. (2019) yaptığı derlemede otistik belirtilerin şiddetinin ebeveynlerin damgalanmasında önemli olduğu vurgulanmıştır(147). Çocuğun otistik davranış ve belirtilerinin, ebeveynlerin hem çocuk yetiştirme hem de damgalanma süreçlerine olumsuz etkileri olmuştur(150). Bir başka çalışmada otizmlili çocukların annelerinin ebeveynlik stresi, depresyon/anksiyete düzeyleri ile çocuğun davranışsal belirtileri ilişkili bulunmuştur(13). Benzer şekilde OSB tanılı çocuklarda belirti şiddetinin ebeveyn depresyonunun belirleyicisi olduğu da gösterilmiştir(132). Buna karşı bazı çalışmalarda farklı sonuçlar da bulunmuştur. Yang ve ark. (2016) çalışmasında otizm belirti şiddetinin ebeveyn depresyonu ile ilişkili olmadığı ancak ebeveynlik yükünün anne depresyonu ile daha fazla ilişkili olduğu gösterilmiştir(135). OSB tanılı çocukların davranışsal belirtilerinin, ebeveynlerde daha fazla depresyon, anksiyete ve damgalanmaya neden olabileceği, ayrıca ebeveynlerin ruhsal sorunlarının da OSB tanılı çocukların davranışsal belirtilerini etkileyebileceği düşünülmüştür. Otizm tanısının yanısıra otizmin şiddetinin de ebeveynlerin ruhsal açıdan olumsuz etkilenmelerini daha fazla arttırabileceği düşünülebilir. Yapılacak sonraki çalışmalar ebeveynlerdeki ruhsal belirtilere ve OSB tanılı çocukların otistik belirtileri ile ilişkisine odaklanmalıdır.

Çalışmamızın kısıtlılıkları

Çalışmamız olgu-kontrol çalışması olup nispeten küçük bir örneklem ile çalışılmıştır. Bu nedenle sonuçlarımız nedensellik ilişkisi açısından dikkatle değerlendirilmelidir. Daha geniş örneklem ile yapılacak boylamsal çalışmalara gereksinim bulunmaktadır.

Çalışmamızda sadece annelerin depresyon ve anksiyete belirtileri ile içselleştirilmiş damgalanma algısı değerlendirilmiştir. Babalarının değerlendirilmemesi sonuçlarımızın ebeveynlere genellenmesini sınırlandırmaktadır.

Özbildirime dayalı ölçekler kullandığımız için sonuçların bireysel bildirimlerden etkilenmiş olabileceği ve ebeveynlerin davranışları farklı değerlendirebilme olasılıkları göz önünde bulundurulmalıdır.

Çalışmaya dahil edilen ebeveynlerin depresif ve anksiyete belirtilerinin öz bildirime dayalı ölçekler ile değerlendirilmiş olması ve ruhsal durumlarının yapılandırılmış bir klinik değerlendirme aracı ile ölçülmemesi çalışmamızın bir diğer kısıtlılığıdır.

Çalışmamızda cinsiyetler arasındaki dağılımın orantısız ve kız cinsiyet sayısının az olması sebebiyle cinsiyetler arasındaki farklılıkların değerlendirildiği analizler yapılamamıştır.

Çalışmaya dahil edilen annelerin farklı eğitim ve çalışma durumlarının olması çalışma verileri üzerinde karıştırıcı bir etki oluşturabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızın güçlü yönleri

Çalışmamız bildiğimiz kadarıyla OSB tanılı çocukların annelerinde depresif ve anksiyete belirtileri ile içselleştirilmiş damgalanma ve bağlanma arasındaki ilişkiyi olgu-kontrol düzeyinde inceleyen ilk çalışmadır.

Çalışmaya dahil edilen olgu ve kontrol grubu çocukların yaş ve cinsiyet yönünden benzer olması, annelerinin de yaş yönünden eşleştirilmiş olması, içselleştirilmiş damgalanma ve bağlanma üzerindeki olası karıştırıcı etkilerin azaltıldığı düşünülmektedir.

İçselleştirilmiş damgalanma ve yetişkin bağlanması arasındaki ilişkiyi değerlendirdiği için literatüre katkı sunacağı düşünülmüştür.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda OSB tanılı çocuk ve ergenlerin annelerinde depresyon ve anksiyete belirtileri, bağlanma ve içselleştirilmiş damgalanma algısının değerlendirilmesi amaçlanmış olup çalışmamıza 35 olgu ve 35 sağlıklı kontrol alınmıştır. Annelerin depresyon belirtileri BDÖ, anksiyete belirtileri STAI-1 ve STAI-2, bağlanma İÖA ve içselleştirilmiş damgalanma algısı RHİDÖ ile ölçülmüştür. Ayrıca çeşitli klinik ve sosyodemografik değişkenler ile ölçeklerin ilişkisi incelenmiş ve olgu ve kontrol grubu karşılaştırılarak elde ettiğimiz bulgularımız literatür ışığında tartışılmıştır.

Literatür ile benzer şekilde çalışmamızda OSB tanısının erkek çocuklarda 3 kat fazla olduğu ve ortalama tanı yaşının güncel verilere uyumlu olduğu bulunmuştur. Hem ülkemizde hem de kliniğimizde ortalama tanı yaşının uluslararası literatür ile benzer olması erken tanı ve müdahalenin önemini bir kez daha vurgulamıştır.

Üç yaşından önce tanı alan çocukların annelerinin kaygı puanlarının anlamlı yüksek çıkması literatüre katkı sunmaktadır. Ayrıca sonraki çalışmalara bu yönüyle yöntemsel olarak örnek olacağını düşünmekteyiz. Ek olarak tanı yaşı ile depresyon ve diğer ruhsal belirtilerin değerlendirildiği daha geniş örneklemli ve uygun yöntemli çalışmalar ile OSB tanı yaşının annenin ruh sağlığı üzerindeki etkileri gösterilebilir.

İlişki ölçekleri anketi korkulu bağlanma puanları hem komorbiditesi olan çocukların annelerinde olmayanlara göre hem de psikiyatrik ilaç tedavi alan çocukların annelerinde olmayanlara göre yüksek saptanmıştır. Annelerin bağlanma stillerinin, çocuklarının komorbid bozukları ve psikiyatrik ilaç tedavisi almaları arasındaki nedensel ilişkisinin araştırılmasının dikkate değer olduğu düşünülmüştür.

Literatürde OSB tanılı çocukların annelerinde eğitim ve çalışma durumu ile ilgili çelişkili veriler mevcuttur. Çalışmamızda ise olgu grubunda annelerin düşük eğitim durumuna sahip olduğu ve çoğunluğunun çalışmıyor olduğu bulunmuştur. Ülkemizin sosyokültürel durumu değerlendirildiğinde çocuğun büyütülmesi sorumluluğunun daha çok annenin üzerinde olduğu bilinmektedir. Ek olarak hastalığı olan bir çocuğun anne dışında birine (bakıcı, kurum vb.) verilmesi toplum tarafından annenin ve ailenin eleştirilmesine ve dışlanmasına neden olabileceği de düşünülmektedir.

Psikiyatrik bozukluğu olan annelerin, olmayan annelere göre BDÖ ve KSE toplam puanlarının yüksek olması literatürle uyumlu olarak beklenen bir bulgu olmakla beraber İÖA saplantılı bağlanma puanlarının yüksek olması da dikkatli yorumlanarak araştırılmaya değer bir konu olarak görülmüştür.

Otizm şiddetini ölçtüğümüz ÇODÖ puanları ile kalıp yargıların onaylanması arasındaki pozitif korelasyon saptanmış olması hem literatüre bir katkı hem de sonraki çalışmalara model olması açısından değerli bir veridir.

Olgu grubunda, kontrol grubuna göre KSE, BDÖ, STAI-1 ve STAI-2 ölçek puanları anlamlı yüksek bulunmuş, RHİDÖ toplam puanı ise anlamlı olmamakla birlikte yüksek saptanmıştır. Otizm şiddeti aşırı derecede olan OSB grubunda, ölçek puanları istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte aritmetik olarak daha yüksek bulunmuştur. Otizm tanısının yanı sıra otizm belirti şiddetinin de ebeveynlerde ruhsal belirtileri ve damgalanmayı etkilediği söylenebilir. Bulgularımız bu alanda daha fazla çalışmaya gereksinim olduğuna işaret etmektedir.

İçselleştirilmiş damgalanma ölçeği alt puanlarından yabancılaşıma ve algılanan ayrımcılık puanları olgu grubu annelerinde anlamlı daha yüksek bulunmuştur. Literatüre bu yönüyle katkı sunan ilk çalışmadır. Yapılacak sonraki boylamsal ve müdahale çalışmalarına ışık tutacağı düşünülmektedir.

RHİDÖ toplam puanı ile BDÖ, STAI-1, STAI-2 ve KSE toplam puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır. OSB tanılı çocukların annelerinin içselleştirilmiş damgalanma algısı ile ruhsal belirtileri arasındaki neden sonuç ilişkisinin aydınlatılmasına yönelik yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

Son olarak olgu grubu annelerinde kontrol grubu annelerine göre güvenli bağlanma daha az saptanmıştır. Bu alanda literatürde de kısıtlı bilgi olduğu gözlenmiştir. Yetişkinlikte bağlanmanın özellikle de ruhsal hastalıkları olan çocukların ebeveynlerindeki bağlanmanın değerlendirildiği ileri çalışmalar ile ruhsal sorunları olan çocuklara yönelik koruyucu müdahalelere destek olacağı düşünülmektedir.

ÖZET

OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU TANISI OLAN ÇOCUK VE ERGENLERİN ANNELERİNİN DEPRESYON, ANKSİYETE, BAĞLANMA VE İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA ALGISININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Amaç ve Hipotez: Nörogelişimsel bir bozukluk olan otizm spektrum bozukluğu (OSB) tanılı çocuk ve ergenlerin annelerinde başta depresyon ve anksiyete olmak üzere çeşitli psikiyatrik bozuklukların görüldüğü bilinmektedir. Çoğu psikiyatrik bozuklukta olduğu gibi OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin de damgalanma algısının daha fazla olduğu vurgulanmaktadır. Bu çalışmadaki amacımız, OSB tanılı olguların annelerinin depresyon ve anksiyete belirtilerinin, bağlanma stilinin ve içselleştirilmiş damgalanma algısının kontrol grubu ile karşılaştırılarak değerlendirilmesidir.

Yöntem: Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniğine ayaktan başvuran, çalışmaya dahil edilme ölçütlerini karşılayan, rastgele seçilen ve 2-15 yaş arası çocuklardan DSM-5 tanı kriterlerine göre OSB tanısını karşılayan 35 çocuk ve ergen olgu grubu, 35 sağlıklı çocuk kontrol grubu olarak çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmaya katılmaya gönüllü olan tüm ebeveynlerden yazılı onam alınmıştır. Olgu ve kontrol grubu annelerine sosyodemografik veri formu, Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ), Durumluk - Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI-1 ve STAI-2), İlişki Ölçekleri Anketi (Anne formu), Kısa Semptom Envanteri (KSE) ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) uygulanmıştır. Ayrıca olgu grubunda otizm şiddetini ölçmek için OSB tanılı çocuk ve ergenlere Çocukluk Otizmini Derecelendirme Ölçeği (ÇODÖ) uygulanmıştır. Elde edilen veriler uygun istatistiksel yöntemlerle değerlendirilmiştir.

Bulgular: Olgu grubu annelerinin BDÖ, STAI-1, STAI-2 ve KSE-toplam puanları kontrol grubu annelerine göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0,001$, $p=0,001$, $p=0,029$, $p=0,001$). İçselleştirilmiş damgalanma algısını ölçen RHİDÖ-toplam puanı ise olgu grubunda anlamlı olma eğilimindedir ($p=0,055$). Yabancılaşma ve algılanan ayrımcılık alt puanları da olgu grubu annelerinde anlamlı olarak yüksek saptanmıştır ($p<0,001$, $p=0,017$).

Ayrıca olgu grubu annelerinin kontrol grubu annelerine göre güvenli bağlanma puanları da anlamlı olarak düşük saptanmıştır($p=0,002$). İçselleştirilmiş damgalanma algısı ölçeği kalıp yargıların onaylanması alt puanı ile ÇODÖ puanı arasında pozitif korelasyon bulunmuştur($p=0,042$; $r=0,346$). Üç yaş öncesinde otizm tanısı alan çocuğa sahip annelerin STAI-1 puanları 3 yaş sonrası tanı alanlara göre daha yüksek saptanmıştır($p=0,043$). Ek olarak olgu grubunda komorbiditesi olan çocukların annelerinin, olmayanların annelerine göre İÖA korkulu bağlanma puanları anlamlı yüksek bulunmuştur($p=0,005$). Benzer şekilde ilaç tedavisi alan olguların annelerinin, olmayanların annelerine göre İÖA korkulu bağlanma puanları yüksek saptanmıştır($p=0,029$). Psikiyatrik bozukluğu olan annelerin, olmayan annelere göre BDÖ, KSE toplam puanı ve İÖA saplantılı bağlanma puanları yüksek bulunmuştur($p=0,022$, $p=0,025$, $p=0,049$). Son olarak olgu grubu annelerinde RHİDÖ toplam puanı ile BDÖ, STAI-1, STAI-2 ve KSE toplam puanları arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır($p<0,01$).

Sonuç: Otizm tanılı çocuk ve ergenlerin davranışsal belirtileri, ebeveynlerde daha fazla depresyon, anksiyete ve damgalanmaya neden olabilir. Ebeveynlerin ruhsal sorunları da OSB tanılı çocukların davranışsal belirtilerini olumsuz etkileyebilir. Daha erken yaşta OSB tanısı alan çocukların annelerinin daha kaygılı olduğu düşünülebilir. Otizmlili çocukların annelerinin de bağlanma durumlarının sorgulanması gerekmektedir. Bu nedenle OSB tanılı çocukların başta anneleri olmak üzere ebeveynlerinin ruhsal durumlarının tanı anında ve izlemde bir ruh sağlığı profesyoneli tarafından değerlendirilmesi gerekmektedir. Yapılacak sonraki çalışmalar, otizmlili çocukların ebeveynlerinde damgalanmanın bütün boyutları ile ele alınmasına, ebeveynlerdeki ruhsal belirtiler ve bağlanma stilleri ile OSB tanılı çocukların otistik belirtileri arasındaki neden-sonuç ilişkisine ve koruyucu müdahalelere odaklanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Otizm, annede damgalanma algısı, depresyon, anksiyete, bağlanma

İletişim Adresi: ssalihoglu82@hotmail.com

SUMMARY

Aim and Hypothesis: It is known that mothers of children and adolescents diagnosed with autism spectrum disorder (ASD), which is a neurodevelopmental disorder, have various psychiatric disorders, especially depression and anxiety. It is emphasized that the parents of children diagnosed with ASD have a higher perception of stigma, as in many psychiatric disorders. Our aim in this study is to evaluate the depression and anxiety symptoms, attachment styles and internalized stigma perception of the mothers of patients with ASD compared to the control group.

Method: This study included 35 healthy volunteers and 35 patients who were admitted to Aydın Adnan Menderes University Department of Child and Adolescent Mental Health and Diseases outpatient clinic, met the inclusion criteria, were selected randomly and were diagnosed as ASD according to DSM-5 criteria. Informed consent form was obtained from all parents who volunteered to participate in the study. The scales that will be applied to the patients and healthy volunteers included in the study; sociodemographic data form, Internalized Stigma of Mental Illness scale (ISMI), State-Trait Anxiety Inventory (STAI-1 ve 2), Relationship Scales Questionnaire (RSQ), Brief Symptom Inventory (BSI) and Beck Depression Inventory (BDI). In addition, Childhood Autism Rating Scale (CARS) was applied to children and adolescents diagnosed with ASD to measure the severity of autism in the case group. The data obtained were evaluated using appropriate statistical methods.

Results: BDI, STAI-1, STAI-2 and BSI-total scores of the mothers of the case group were found to be significantly higher than the mothers of the control group ($p < 0,001$, $p = 0,001$, $p = 0,029$, $p = 0,001$). ISMI-total score, which measures internalized stigma perception, tends to be significant in the case group ($p = 0,055$). Sub-scores of alienation and discrimination experience were also found to be significantly higher in mothers of the case group ($p < 0,001$, $p = 0,017$). In addition, the secure attachment scores of the mothers of the case group were found to be significantly lower than those of the control group ($p = 0,002$). A positive correlation was found between stereotype endorsement sub-score of the internalized stigma of mental illness and the ÇODÖ score ($p = 0,042$; $r = 0,346$). STAI-1 scores of mothers with children diagnosed with autism before the age of 3 years were found to be higher than those diagnosed after 3 years of age ($p = 0,043$). Additionally, in the case group, the fearful

attachment scores of the mothers of children with comorbidity compared to the mothers of those without. In addition, the fearful attachment scores of the mothers of children with comorbidity in the case group were found to be significantly higher than those of those without ($p=0,005$). Similarly, the fearful attachment scores of the mothers of the patients who received medication were found to be higher than the mothers of those without ($p=0,029$). Mothers with psychiatric disorders had higher total scores of BDI, BSI and preoccupied attachment subscores of RSQ compared to mothers without psychiatric disorders ($p=0,022$, $p=0,025$, $p=0,049$). Finally, a positive significant correlation was found between ISMI total score and BDI, STAI-1, STAI-2 and BSI total scores in the mothers of the case group ($p < 0.01$).

Conclusion: Behavioral symptoms of children and adolescents with ASD may cause more depression, anxiety and stigma in their parents. Psychological problems of parents may also negatively affect the behavioral symptoms of children diagnosed with ASD. Mothers of children diagnosed with ASD at an earlier age may be thought to be more anxious. The attachment status of mothers of children with autism should also be questioned. For this reason, the mental health of the parents, especially the mothers, of children diagnosed with ASD should be evaluated by a mental health professional at the time of diagnosis and during follow-up. Future studies should focus on addressing all aspects of stigmatization in the parents of children with autism, the psychological symptoms and attachment styles of the parents, the cause and effect relationship between the autistic symptoms of children with ASD, and preventive interventions.

Keywords: Autism, stigma perception in mother, depression, anxiety, attachment

Contact Address: ssalihoglu82@hotmail.com

KAYNAKLAR

1. Mukaddes NM, Dursun OB. Otizm Spektrum Bozuklukları. In Mukaddes NM, Ercan ES, editors. Nörogelişimsel Bozukluklar İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri Tic. Ltd. Şti., 2018, p. 259–366.
2. Sanders JL, Morgan SB. Family stress and adjustment as perceived by parents of children with autism or down syndrome: Implications for intervention. *Child Fam Behav Ther* 1997; 19:15–32.
3. MacHado Junior SB, Celestino MIO, Serra JPC, Caron J, Pondé MP. Risk and protective factors for symptoms of anxiety and depression in parents of children with autism spectrum disorder. *Dev Neurorehabil* 2016; 19:146–53.
4. Gray DE. “Everybody just freezes. Everybody is just embarrassed”: Felt and enacted stigma among parents of children with high functioning autism. *Sociol Heal Illn* 2002; 24:734–49.
5. Gray DE. Perceptions of stigma: the parents of autistic children. *Sociol Health Illn* 1993; 15:102–20.
6. Ellen Selman L, Fox F, Aabe N, Turner K, Rai D, Redwood S. ‘You are labelled by your children’s disability’—A community-based, participatory study of stigma among Somali parents of children with autism living in the United Kingdom. *Ethn Heal* 2018; 23:781–96.
7. Montes G, Halterman JS. Psychological functioning and coping among mothers of children with autism: A population-based study. *Pediatrics* 2007; 119:1040–6.
8. Kuusikko-Gauffin S, Pollock-Wurman R, Mattila ML, Jussila K, Ebeling H, Pauls D, Moilanen I. Social anxiety in parents of high-functioning children with autism and asperger syndrome. *J Autism Dev Disord* 2013; 43:521–9.
9. Benjak T, Mavrinac GV, Šimetin IP. Comparative study on selfperceived health of parents of children with autism spectrum disorders and parents of nondisabled children in Croatia. *Croat Med J* 2009; 50:403–9.
10. Yu YW, Chung KH, Lee YK, Lam WC, Yiu MGC. Prevalence of maternal affective

- disorders in Chinese mothers of preschool children with autism spectrum disorders. *East Asian Arch Psychiatry* 2016; 26:121–8.
11. Davis NO, Carter AS. Parenting stress in mothers and fathers of toddlers with autism spectrum disorders: Associations with child characteristics. *J Autism Dev Disord* 2008; 38:1278–91.
 12. Schultz TR, Stichter JP, Herzog MJ, McGhee SD, Lierheimer K. Social Competence Intervention for Parents (SCI-P): Comparing Outcomes for a Parent Education Program Targeting Adolescents with ASD. *Autism Res Treat* 2012; 2012:1–10.
 13. Wang J, Hu Y, Wang Y, Qin X, Xia W, Sun C, Wu L, Wang J. Parenting stress in Chinese mothers of children with autism spectrum disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2013; 48:575–82.
 14. Uytun MC, Oztop DB, Esel E. Evaluating the attachment behaviour in during puberty and adulthood. *Dusunen Adam* 2013; 26:177–89.
 15. Glazebrook K, Townsend E, Sayal K. The Role of Attachment Style in Predicting Repetition of Adolescent Self-Harm: A Longitudinal Study. *Suicide Life-Threatening Behav* 2015; 45:664–78.
 16. Zeanah CH, Boris NW, Larrieu JA. Infant development and developmental risk: A review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36:165–78.
 17. Mikulincer M, Shaver PR. An attachment perspective on psychopathology. *World Psychiatry* 2012; 11:11–5.
 18. Kesebir S, Kavzoglu S, Üstündağ M. Attachment and Psychopathology. *Psikiyatr Guncel Yaklasimlar* 2011; 3:321–42.
 19. Cyranowski JM, Bookwala J, Feske U, Houck P, Pilkonis P, Kostelnik B, Frank E. Adult attachment profiles, interpersonal difficulties, and response to interpersonal psychotherapy in women with recurrent major depression. *J Soc Clin Psychol* 2002; 21:191–217.
 20. Akdemir D, Pehlivan Türk B, Ünal F, Özusta Ş. Comparison of attachment-related social behaviors in autistic disorder and developmental disability. *Turk Psikiyatr Derg*

2009; 20:1–13.

21. American Psychiatric Association. DSM-5 Diagnostic Classification. In Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 2013,
22. TILLMAN C. Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias. Eugen Bleuler; translated by Joseph Zinkin. New York: International Universities Press, 1950. 548 pp. \$7.50. Science (80-) 1951; 113:368–368.
23. Kanner L. Autistic disturbances of affective contact. Nerv Child 1943; 2:217–50.
24. Wing L. Asperger’s syndrome: A clinical account. Psychol Med 1981; 11:115–29.
25. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [Internet]. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition. American Psychiatric Association, 2013, 271–279 p. Available from: <https://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>
26. Silleresi S, Prévost P, Zebib R, Bonnet-Brilhault F, Conte D, Tuller L. Identifying Language and Cognitive Profiles in Children With ASD via a Cluster Analysis Exploration: Implications for the New ICD-11. Autism Res 2020; 13:1155–67.
27. Köroğlu E. DSM-5 Tanı ölçütleri başvuru el kitabı. Beşinci baskı, Ankara: HYB. 2013,
28. Christensen DL, Baio J, Van Naarden Braun K, Bilder D, Charles J, Constantino JN, Daniels J, Durkin MS, Fitzgerald RT, Kurzius-Spencer M, Lee LC, Pettygrove S, Robinson C, Schulz E, Wells C, Wingate MS, Zahorodny W, Yeargin-Allsopp M. 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; 65:1–23.
29. Palinkas LA, Mendon SJ, Hamilton AB. Innovations in Mixed Methods Evaluations. Annu Rev Public Health 2019; 40:423–42.
30. Loomes R, Hull L, Mandy WPL. What Is the Male-to-Female Ratio in Autism Spectrum Disorder? A Systematic Review and Meta-Analysis. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2017; 56:466–74.
31. Dworzynski K, Ronald A, Bolton P, Happé F. How different are girls and boys above

- and below the diagnostic threshold for autism spectrum disorders? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2012; 51:788–97.
32. Demily C, Poisson A, Peyroux E, Gatellier V, Nicolas A, Rigard C, Schluth-Bolard C, Sanlaville D, Rossi M. Autism spectrum disorder associated with 49,XYYYY: Case report and review of the literature. *BMC Med Genet* 2017; 18:9.
 33. Tartaglia NR, Wilson R, Miller JS, Rafalko J, Cordeiro L, Davis S, Hessel D, Ross J. Autism Spectrum Disorder in Males with Sex Chromosome Aneuploidy: XXY/Klinefelter Syndrome, XYY, and XXYY. *J Dev Behav Pediatr* 2017; 38:197–207.
 34. Hodges H, Fealko C, Soares N. Autism spectrum disorder: definition, epidemiology, causes, and clinical evaluation. *Transl Pediatr* 2020; 9:S55–65.
 35. Risch N, Hoffmann TJ, Anderson M, Croen LA, Grether JK, Windham GC. Familial recurrence of autism spectrum disorder: Evaluating genetic and environmental contributions. *Am J Psychiatry* 2014; 171:1206–13.
 36. Hebebrand J, Scherag A, Schimmelmann BG, Hinney A. Child and adolescent psychiatric genetics. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2010; 19:259–79.
 37. Bohm H V., Stewart MG, Healy AM. On the Autistic Spectrum Disorder concordance rates of twins and non-twin siblings. *Med Hypotheses* 2013; 81:789–91.
 38. Ramaswami G, Geschwind DH. Genetics of autism spectrum disorder. In *Handbook of Clinical Neurology* 2018, p. 321–9.
 39. Rubenstein JLR. Three hypotheses for developmental defects that may underlie some forms of autism spectrum disorder. *Curr Opin Neurol* 2010; 23:118–23.
 40. Pinto D, Delaby E, Merico D, Barbosa M, Merikangas A, Klei L, Thiruvahindrapuram B, Xu X, Ziman R, Wang Z, Vorstman JAS, Thompson A, Regan R, Pilorge M, Pellecchia G, Pagnamenta AT, Oliveira B, Marshall CR, Magalhaes TR, et al. Convergence of genes and cellular pathways dysregulated in autism spectrum disorders. *Am J Hum Genet* 2014; 94:677–94.
 41. Hedges DJ, Hamilton-Nelson KL, Sacharow SJ, Nations L, Beecham GW,

- Kozhekbaeva ZM, Butler BL, Cukier HN, Whitehead PL, Ma D, Jaworski JM, Nathanson L, Lee JM, Hauser SL, Oksenberg JR, Cuccaro ML, Haines JL, Gilbert JR, Pericak-Vance MA. Evidence of novel fine-scale structural variation at autism spectrum disorder candidate loci. *Mol Autism* 2012; 3
42. Kim H, Keifer C, Rodriguez-Seijas C, Eaton N, Lerner M, Gadow K. Quantifying the Optimal Structure of the Autism Phenotype: A Comprehensive Comparison of Dimensional, Categorical, and Hybrid Models. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2019; 58:876-886.e2.
 43. Geier DA, Kern JK, Geier MR. A two-phase case-control study of autism risk among children born from the late 1990s through the early 2000s in the United States. *Med Sci Monit* 2016; 22:5190–6.
 44. Hviid A, Hansen JV, Frisch M, Melbye M. Measles, mumps, rubella vaccination and autism a nationwide cohort study. *Ann Intern Med* 2019; 170:513–20.
 45. Hornig M, Bresnahan MA, Che X, Schultz AF, Ukaigwe JE, Eddy ML, Hirtz D, Gunnes N, Lie KK, Magnus P, Mjaaland S, Reichborn-Kjennerud T, Schjølberg S, Øyen AS, Levin B, Susser ES, Stoltenberg C, Lipkin WI. Prenatal fever and autism risk. *Mol Psychiatry* 2018; 23:759–66.
 46. Brucato M, Ladd-Acosta C, Li M, Caruso D, Hong X, Kaczaniuk J, Stuart EA, Fallin MD, Wang X. Prenatal exposure to fever is associated with autism spectrum disorder in the boston birth cohort. *Autism Res* 2017; 10:1878–90.
 47. Magnusson C, Kosidou K, Dalman C, Lundberg M, Lee BK, Rai D, Karlsson H, Gardner R, Arver S. Maternal vitamin D deficiency and the risk of autism spectrum disorders: population-based study. *BJPsych Open* 2016; 2:170–2.
 48. Vinkhuyzen AAE, Eyles DW, Burne THJ, Blanken LME, Kruithof CJ, Verhulst F, Jaddoe VW, Tiemeier H, McGrath JJ. Gestational Vitamin D deficiency and autism-related traits: The Generation R Study. *Mol Psychiatry* 2018; 23:240–6.
 49. Lyall K, Schmidt RJ, Hertz-Picciotto I. Maternal lifestyle and environmental risk factors for autism spectrum disorders. *Int J Epidemiol* 2014; 43:443–64.
 50. Sandin S, Schendel D, Magnusson P, Hultman C, Surén P, Susser E, Grønberg T,

- Gissler M, Gunnes N, Gross R, Henning M, Bresnahan M, Sourander A, Hornig M, Carter K, Francis R, Parner E, Leonard H, Rosanoff M, et al. Autism risk associated with parental age and with increasing difference in age between the parents. *Mol Psychiatry* 2016; 21:693–700.
51. Wu S, Wu F, Ding Y, Hou J, Bi J, Zhang Z. Advanced parental age and autism risk in children: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* 2017; 135:29–41.
 52. Kemper TL, Bauman M. Neuropathology of infantile Autism. *J Neuropathol Exp Neurol* 1998; 57:645–52.
 53. Bailey A, Luthert P, Dean A, Harding B, Janota I, Montgomery M, Rutter M, Lantos P. A clinicopathological study of autism. *Brain* 1998; 121:889–905.
 54. D’Mello AM, Crocetti D, Mostofsky SH, Stoodley CJ. Cerebellar gray matter and lobular volumes correlate with core autism symptoms. *NeuroImage Clin* 2015; 7:631–9.
 55. Foster NEV, Doyle-Thomas KAR, Tryfon A, Ouimet T, Anagnostou E, Evans AC, Zwaigenbaum L, Lerch JP, Lewis JD, Hyde KL. Structural Gray Matter Differences during Childhood Development in Autism Spectrum Disorder: A Multimetric Approach. *Pediatr Neurol* 2015; 53:350–9.
 56. Geschwind DH, Levitt P. Autism spectrum disorders: developmental disconnection syndromes. *Curr Opin Neurobiol* 2007; 17:103–11.
 57. Marchetto MC, Belinson H, Tian Y, Freitas BC, Fu C, Vadodaria KC, Beltrao-Braga PC, Trujillo CA, Mendes APD, Padmanabhan K, Nunez Y, Ou J, Ghosh H, Wright R, Brennand KJ, Pierce K, Eichenfield L, Pramparo T, Eyler LT, et al. Altered proliferation and networks in neural cells derived from idiopathic autistic individuals. *Mol Psychiatry* 2017; 22:820–35.
 58. Nickel K, Tebartz van Elst L, Perlov E, Endres D, Müller GT, Riedel A, Fangmeier T, Maier S. Altered white matter integrity in adults with autism spectrum disorder and an IQ >100: a diffusion tensor imaging study. *Acta Psychiatr Scand* 2017; 135:573–83.
 59. Boddaert N, Chabane N, Barthélemy C, Bourgeois M, Pollne JB, Brunelle F, Samson

- Y, Zilbovicius M. Dysfonctionnement bitemporal dans l'autisme infantile: Étude en tomographie par émission de positons. *J Radiol* 2002; 83:1829–33.
60. Lord C, Brugha TS, Charman T, Cusack J, Dumas G, Frazier T, Jones EJJ, Jones RM, Pickles A, State MW, Taylor JL, Veenstra-VanderWeele J. Autism spectrum disorder. *Nat Rev Dis Prim Engl*, 2020; 6:5.
 61. Ecker C. The neuroanatomy of autism spectrum disorder: An overview of structural neuroimaging findings and their translatability to the clinical setting. *Autism Engl*, 2017; 21:18–28.
 62. Chugani DC. Neurotransmitters. In Amaral D, Dawson G, Geschwind DH, editors. *Autism Spectrum Disorders* Oxford University Press, 2011, p. 566–75.
 63. Fatemi SH, Reutiman TJ, Folsom TD, Thuras PD. GABAA receptor downregulation in brains of subjects with autism. *J Autism Dev Disord* 2009; 39:223–30.
 64. El-Ansary A, Al-Ayadhi L. GABAergic/glutamatergic imbalance relative to excessive neuroinflammation in autism spectrum disorders. *J Neuroinflammation* 2014; 11
 65. El Achkar CM, Spence SJ. Clinical characteristics of children and young adults with co-occurring autism spectrum disorder and epilepsy. *Epilepsy Behav* 2015; 47:183–90.
 66. Samra NM, Abdel Ghaffar HM, El Awady HA, Soltan MR, Moktader RMA. Epilepsy and EEG Findings in Children with Autism Spectrum Disorders. *Autism Open Access* 2017; 07:1–6.
 67. Kim S, Kim H, Yim YS, Ha S, Atarashi K, Tan TG, Longman RS, Honda K, Littman DR, Choi GB, Huh JR. Maternal gut bacteria promote neurodevelopmental abnormalities in mouse offspring. *Nature* 2017; 549:528–32.
 68. Masi A, Glozier N, Dale R, Guastella AJ. The Immune System, Cytokines, and Biomarkers in Autism Spectrum Disorder. *Neurosci Bull* 2017; 33:194–204.
 69. Yang X, Liang S, Wang L, Han P, Jiang X, Wang J, Hao Y, Wu L. Sialic acid and anti-ganglioside antibody levels in children with autism spectrum disorders. *Brain Res* 2018; 1678:273–7.
 70. Landa RJ. Developmental Features and Trajectories Associated with Autism Spectrum

- Disorders in Infants and Toddlers. In *Autism Spectrum Disorders* 2013, p. 213–28.
71. Mitchell S, Brian J, Zwaigenbaum L, Roberts W, Szatmari P, Smith I, Bryson S. Early language and communication development of infants later diagnosed with autism spectrum disorder. *J Dev Behav Pediatr* 2006; 27
 72. Landa RJ, Holman KC, Garrett-Mayer E. Social and communication development in toddlers with early and later diagnosis of autism spectrum disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64:853–64.
 73. Broadhurst S. Mental Health Aspects of Autism and Asperger Syndrome. *Tizard Learn Disabil Rev* 2007; 12:45–6.
 74. Shea V, Mesibov GB. Adolescents and Adults with Autism. In *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders* 2005, p. 288–311.
 75. White SW, Simmons GL, Gotham KO, Conner CM, Smith IC, Beck KB, Mazefsky CA. Psychosocial Treatments Targeting Anxiety and Depression in Adolescents and Adults on the Autism Spectrum: Review of the Latest Research and Recommended Future Directions. *Curr Psychiatry Rep* 2018; 20
 76. Lai MC, Lombardo M V., Baron-Cohen S. Autism. *Lancet* 2014; 383:896–910.
 77. Simonoff E, Jones CRG, Baird G, Pickles A, Happé F, Charman T. The persistence and stability of psychiatric problems in adolescents with autism spectrum disorders. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip* 2013; 54:186–94.
 78. Mattila ML, Hurtig T, Haapsamo H, Jussila K, Kuusikko-Gauffin S, Kielinen M, Linna SL, Ebeling H, Bloigu R, Joskitt L, Pauls DL, Moilanen I. Comorbid psychiatric disorders associated with asperger syndrome/high-functioning autism: A community- and clinic-based study. *J Autism Dev Disord* 2010; 40:1080–93.
 79. Simonoff E, Pickles A, Charman T, Chandler S, Loucas T, Baird G. Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: Prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008; 47:921–9.
 80. Lugnegård T, Hallerbäck MU, Gillberg C. Psychiatric comorbidity in young adults

- with a clinical diagnosis of Asperger syndrome. *Res Dev Disabil* 2011; 32:1910–7.
81. Hofvander B, Delorme R, Chaste P, Nydén A, Wentz E, Ståhlberg O, Herbrecht E, Stopin A, Anckarsäter H, Gillberg C, Råstam M, Leboyer M. Psychiatric and psychosocial problems in adults with normal-intelligence autism spectrum disorders. *BMC Psychiatry* 2009; 9
 82. Lugnegård T, Hallerbäck MU, Gillberg C. Personality disorders and autism spectrum disorders: What are the connections? *Compr Psychiatry* 2012; 53:333–40.
 83. Aung T. G158(P) Audit on diagnostic assessment of Autistic Spectrum Disorder. *Arch Dis Child* 2014; 99:A69–70.
 84. Smith T, Eikeseth S. O. Ivar Lovaas: Pioneer of applied behavior analysis and intervention for children with autism. *J Autism Dev Disord* 2011; 41:375–8.
 85. Gengoux GW, Berquist KL, Salzman E, Schapp S, Phillips JM, Frazier TW, Minjarez MB, Hardan AY. Pivotal Response Treatment Parent Training for Autism: Findings from a 3-Month Follow-Up Evaluation. *J Autism Dev Disord* 2015; 45:2889–98.
 86. McPheeters ML, Warren Z, Sathe N, Bruzek JL, Krishnaswami S, Jerome RN, Veenstra-VanderWeele J. A systematic review of medical treatments for children with autism spectrum disorders. *Pediatrics* 2011; 127
 87. Dove D, Warren Z, McPheeters ML, Taylor JL, Sathe NA, Veenstra-VanderWeele J. Medications for adolescents and young adults with autism spectrum disorders: A systematic review. *Pediatrics* 2012; 130:717–26.
 88. Howes OD, Group EPF, Rogdaki M, Findon JL, Wichers RH, Charman T, King BH, Loth E, Mcalonan GM, Mccracken JT, Parr JR, Povey C, Santosh P, Wallace S, Simonoff E, Murphy DG. Autism spectrum disorder: Consensus guidelines on assessment, treatment and research from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol* [Internet] 2018; 32:3–29. Available from: <https://doi.org/10.1177/0269881117741766>
 89. Yates K, Le Couteur A. Diagnosing autism/autism spectrum disorders. *Paediatr Child Heal (United Kingdom)* 2016; 26:513–8.

90. Goffman E. Stigma: Notes on the management of spoiled identity. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1963, 1–180 p.
91. Taşkın EO. Ruhsal hastalıklarda damgalama ve ayrımcılık. In Taşkın EO, editor. Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama 1. Baskı. İzmir: Meta Matbaacılık, 2007, p. 17–30.
92. Manzo JF. On the sociology and social organization of stigma: Some ethnomethodological insights. Hum Stud 2004; 27:401–16.
93. Thornicroft G, Mehta N, Clement S, Evans-Lacko S, Doherty M, Rose D, Koschorke M, Shidhaye R, O'Reilly C, Henderson C. Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. Lancet 2016; 387:1123–32.
94. Bhugra D. Attitudes towards mental illness: A review of the literature. Acta Psychiatr Scand 1989; 80:1–12.
95. World Health Organization. Stigma and discrimination. 2015, p. <https://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommu>.
96. Arkar H. Akıl hastasının sosyal reddedilimi. Düşünen Adam 1991; 4:6–9.
97. Arboleda-Flórez J. What causes stigma? World Psychiatry [Internet] 2002; 1:25–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16946812>
98. Malay H. Çağlar Boyu Kölelik. Ankara: Gündoğan yayınları, 2010, 196–197 p.
99. Çam O, Bilge A. Ruhsal hastalığa yönelik damgalama ile mücadele. TAF Prev Med Bull 2010; 9:71–8.
100. Corrigan P. How stigma interferes with mental health care. Am Psychol 2004; 59:614–25.
101. Corrigan PW, editor. On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change. [Internet]. Washington: American Psychological Association, 2005, Available from: <http://content.apa.org/books/10887-000>
102. Thornicroft G. Shunned: discrimination against people with mental illness. Oxford University Press, 2006, 1–322 p.

103. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing Stigma. *Annu Rev Sociol* 2001; 27:363–85.
104. Link BG, Phelan JC. Stigma and its public health implications. *Lancet* 2006; 367:528–9.
105. Jussim L, Nelson TE, Manis M, Soffin S. Prejudice, Stereotypes, and Labeling Effects: Sources of Bias in Person Perception. *J Pers Soc Psychol* 1995; 68:228–46.
106. Kaushik A, Kostaki E, Kyriakopoulos M. The stigma of mental illness in children and adolescents: A systematic review. *Psychiatry Res* 2016; 243:469–94.
107. Gerlinger G, Hauser M, De Hert M, Lacluyse K, Wampers M, Correll CU. Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: A systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. *World Psychiatry* 2013; 12:155–64.
108. Yanos PT, Roe D, Lysaker PH. Narrative enhancement and cognitive therapy: A new group-based treatment for internalized stigma among persons with severe mental illness. *Int J Group Psychother* 2011; 61:576–95.
109. Rüsch N, Corrigan PW, Wassel A, Michaels P, Larson JE, Olschewski M, Wilkniss S, Batia K. Self-stigma, group identification, perceived legitimacy of discrimination and mental health service use. *Br J Psychiatry* 2009; 195:551–2.
110. Ritsher JB, Phelan JC. Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Res* 2004; 129:257–65.
111. Brohan E, Elgie R, Sartorius N, Thornicroft G. Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: The GAMIAN-Europe study. *Schizophr Res* 2010; 122:232–8.
112. Livingston JD, Boyd JE. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med* 2010; 71:2150–61.
113. Yanos PT, West ML, Gonzales L, Smith SM, Roe D, Lysaker PH. Change in internalized stigma and social functioning among persons diagnosed with severe mental illness. *Psychiatry Res* 2012; 200:1032–4.
114. Mosanya TJ, Adelufosi AO, Adebawale OT, Ogunwale A, Adebayo OK. Self-stigma,

- quality of life and schizophrenia: An outpatient clinic survey in Nigeria. *Int J Soc Psychiatry* 2014; 60:377–86.
115. Corrigan PW, Druss BG, Perlick DA. The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychol Sci Public Interes Suppl* 2014; 15:37–70.
 116. Lacro JP, Dunn LB, Dolder CR, Leckband SG, Jeste D V. Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: A comprehensive review of recent literature. *J Clin Psychiatry* 2002; 63:892–909.
 117. Tsang HWH, Ching SC, Tang KH, Lam HT, Law PYY, Wan CN. Therapeutic intervention for internalized stigma of severe mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Schizophr Res* 2016; 173:45–53.
 118. Yanos PT, Roe D, Markus K, Lysaker PH. Pathways Between Internalized Stigma and Outcomes Related to Recovery in Schizophrenia Spectrum Disorders. *Psychiatr Serv* 2008; 59:1437–42.
 119. Milacić-Vidojevic I, Gligorović M, Dragojević N. Tendency towards stigmatization of families of a person with autistic spectrum disorders. *Int J Soc Psychiatry* 2014; 60:63–70.
 120. Mehta SI, Farina A. Associative Stigma: Perceptions of the Difficulties of College-Aged Children of Stigmatized Fathers. *J Soc Clin Psychol* 1988; 7:192–202.
 121. Corrigan PW, Watson AC, Miller FE. Blame, shame, and contamination: The impact of mental illness and drug dependence stigma on family members. *J Fam Psychol* 2006; 20:239–46.
 122. Larson JE, Corrigan P. The stigma of families with mental illness. *Acad Psychiatry* 2008; 32:87–91.
 123. Shibre T, Negash A, Kullgren G, Kebede D, Alem A, Fekadu A, Fekadu D, Medhin G, Jacobsson L. Perception of stigma among family members of individuals with schizophrenia and major affective disorders in rural Ethiopia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001; 36:299–303.

124. Corrigan PW, Miller FE. Shame, blame, and contamination: A review of the impact of mental illness stigma on family members. *J Ment Heal* 2004; 13:537–48.
125. Lefley HP. The stigmatized family. In Fink PJ, Tasman A, editors. *Stigma and mental illness* Washington DC: American Psychiatric Press, 1992, p. 127–138.
126. Rezendes DL, Scarpa A. Associations between Parental Anxiety/Depression and Child Behavior Problems Related to Autism Spectrum Disorders: The Roles of Parenting Stress and Parenting Self-Efficacy. *Autism Res Treat* 2011; 2011:1–10.
127. Ghanizadeh A, Alishahi MJ, Ashkani H. Helping families for caring children with autistic spectrum disorders. *Arch Iran Med* 2009; 12:478–82.
128. Kousha M, Attar HA, Shoar Z. Anxiety, depression, and quality of life in Iranian mothers of children with autism spectrum disorder. *J Child Heal Care* 2016; 20:405–14.
129. Falk NH, Norris K, Quinn MG. The Factors Predicting Stress, Anxiety and Depression in the Parents of Children with Autism. *J Autism Dev Disord* 2014; 44:3185–203.
130. Moore TR, Symons FJ. Adherence to behavioral and medical treatment recommendations by parents of children with autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord* 2009; 39:1173–84.
131. Bitsika V, Sharpley CF, Bell R. The Buffering Effect of Resilience upon Stress, Anxiety and Depression in Parents of a Child with an Autism Spectrum Disorder. *J Dev Phys Disabil* 2013; 25:533–43.
132. Benson PR. The impact of child symptom severity on depressed mood among parents of children with ASD: The mediating role of stress proliferation. *J Autism Dev Disord* 2006; 36:685–95.
133. Hastings RP, Robertson J, Yasamy MT. Interventions for children with pervasive developmental disorders in low and middle income countries. *J Appl Res Intellect Disabil* 2012; 25:119–34.
134. Öz B, Yüksel T, Nasiroğlu S. Depression-anxiety symptoms and stigma perception in mothers of children with autism spectrum disorder. *Noropsikiyatri Ars* 2020; 57:50–5.

135. Yang CH, Du YS, Gong Y, Liu WW, Kutcher S. Depressive symptoms and their correlates in parents of children with autism spectrum disorders. *Int J Clin Exp Med* 2016; 9:5135–43.
136. Sharpley CF, Bitsika V, Efremidis B. Influence of gender, parental health, and perceived expertise of assistance upon stress, anxiety, and depression among parents of children with autism. *J Intellect Dev Disabil* 1997; 22:19–28.
137. Bromley J, Hare DJ, Davison K, Emerson E. Mothers supporting children with autistic spectrum disorders: Social support, mental health status and satisfaction with services. *Autism* 2004; 8:409–23.
138. Duarte CS, Bordin IA, Yazigi L, Mooney J. Factors associated with stress in mothers of children with autism. *Autism* 2005; 9:416–27.
139. Hastings RP. Child behaviour problems and partner mental health as correlates of stress in mothers and fathers of children with autism. *J Intellect Disabil Res* 2003; 47:231–7.
140. PIVEN J, CHASE GA, LANDA R, WZOREK M, GAYLE J, CLOUD D, FOLSTEIN S. Psychiatric Disorders in the Parents of Autistic Individuals. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991; 30:471–8.
141. Almansour MA, Alateeq MA, Alzahrani MK, Algeffari MA, Alhomaidan HT. Depression and anxiety among parents and caregivers of autistic spectral disorder children. *Neurosciences* 2013; 18:58–63.
142. Barnes J, Kroll L, Lee J, Jones A, Stein A. Communication about parental illness with children who have learning disabilities and behavioural problems: Three case studies. *Child Care Health Dev* 1998; 24:441–56.
143. Cohen IL, Tsiouris JA. Maternal recurrent mood disorders and high-functioning autism. *J Autism Dev Disord* 2006; 36:1077–88.
144. Nadesan MH. Constructing autism: A brief genealogy. In Osteen M, editor. *Autism and Representation* Routledge Taylor & Francis Group, 2007, p. 19.
145. Farrugia D. Exploring stigma: Medical knowledge and the stigmatisation of parents of

- children diagnosed with autism spectrum disorder. *Sociol Heal Illn* 2009; 31:1011–27.
146. Karabekiroğlu K, Cakin-Memik N, Ozcan-Ozel O, Toros F, Öztop D, Özbaran B, Cengel-Kultur E, Akbağ S, Nur Tapdemir G, Ayaz M, Aydın C, Bildik T, Ererim S, Kemal Yaman A. DEHB ve Otizm ile İlgili Bilgi Düzeyleri ve Damgalama: Sınıf Öğretmenleri ve Anababalarla Çok Merkezli Bir Çalışma. *Klin Psikiyatr* [Internet] 2009; 12:79–89. Available from: https://www.journalagent.com/kpd/pdfs/KPD_12_2_79_89.pdf
 147. Liao X, Lei X, Li Y. Stigma among parents of children with autism: A literature review. *Asian J Psychiatr* 2019; 45:88–94.
 148. Furnham A, Buck C. A comparison of lay-beliefs about autism and obsessive-compulsive disorder. *Int J Soc Psychiatry* 2003; 49:287–307.
 149. Higgins DJ, Bailey SR, Pearce JC. Factors associated with functioning style and coping strategies of families with a child with an autism spectrum disorder. *Autism* 2005; 9:125–37.
 150. Kinnear SH, Link BG, Ballan MS, Fischbach RL. Understanding the Experience of Stigma for Parents of Children with Autism Spectrum Disorder and the Role Stigma Plays in Families' Lives. *J Autism Dev Disord* 2016; 46:942–53.
 151. Bowlby J. Attachment and loss: Attachment (Vol. 1). Attachment. 1969, 379–399 p.
 152. Bowlby J. Attachment and loss: Vol.2. Separation: Anxiety and anger. *Int psychoanalytical Libr* 1973; 95:1–429.
 153. Bowlby J. ATTACHMENT AND LOSS: Retrospect and Prospect. *Am J Orthopsychiatry* 1982; 52:664–78.
 154. Albert S, Bowlby J. Attachment and Loss: Sadness and Depression. *Journal of Marriage and the Family*. 1982, 248 p.
 155. BOWLBY J. Maternal care and mental health. *Bull World Health Organ* 1951; 3:355–533.
 156. Ranson KE, Urichuk LJ. The effect of parent-child attachment relationships on child biopsychosocial outcomes: A review. *Early Child Dev Care* 2008; 178:129–52.

157. İşeri E, Bodur Ş. Bağlanma Bozuklukları. In Pekcanlar Akay A, Ercan ES, Perçinel İ, editors. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları 1st ed. Ankara, 2016, p. 441–8.
158. Serim Demirgören B, Özbek A. Bağlanma ve Gelişimi. In Karabekiroğlu K, editor. Bebek Ruh Sağlığı (0-4 Yaş) Temel Kitabı 1st ed. Ankara, 2012, p. 72–7.
159. Brown LS, Wright J. Attachment Theory in Adolescence and its Relevance to Developmental Psychopathology. Clin Psychol Psychother 2001; 8:15–32.
160. Fraley RC. Attachment Stability from Infancy to Adulthood: Meta-Analysis and Dynamic Modeling of Developmental Mechanisms. Personal Soc Psychol Rev 2002; 6:123–51.
161. Main M. The organized categories of infant, child, and adult attachment: Flexible VS. inflexible attention under attachment-related stress. J Am Psychoanal Assoc 2000; 48:1055–93.
162. Van Ijzendoorn MH. Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the adult attachment interview. Psychol Bull 1995; 117:387–403.
163. Holmes J. Origins and Context of Attachment Theory. In Attachment theory: social, developmental, and clinical perspectives 2000, p. 407–74.
164. Hazan C, Shaver PR. Attachment as an Organizational Framework for Research on Close Relationships. Psychol Inq 1994; 5:1–22.
165. Grossmann KE, Grossmann K, Waters E. Attachment from infancy to adulthood: The major longitudinal studies. Guilford Publications, 2005, 1–321 p.
166. Griffin D, Bartholomew K. The metaphysics of measurement: The case of adult attachment. In Journal of personality and social psychology [Internet] 1994, p. 17–52. Available from: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1994-97997-001%5Cnhttp://psycnet.apa.org/journals/psp/67/3/430/>
167. Main M, Solomon J. Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. Attach Presch years Theory, Res Interv 1990;121–60.

168. Pearson JL, Cowan PA, Cowan CP, Cohn DA. Adult Attachment and Adult Child-Older Parent Relationships. *Am J Orthopsychiatry* 1993; 63:606–13.
169. Mikulincer M, Shaver PR. Attachment bases of psychopathology. In *Attachment in adulthood: structure, dynamics, and change* 2007, p. 369–404.
170. Roberts JE, Gotlib IH, Kassel JD. Adult Attachment Security and Symptoms of Depression: The Mediating Roles of Dysfunctional Attitudes and Low Self-Esteem. *J Pers Soc Psychol* 1996; 70:310–20.
171. Rholes WS, Simpson JA, Friedman M. Avoidant attachment and the experience of parenting. *Personal Soc Psychol Bull* 2006; 32:275–85.
172. Simpson JA, Rholes WS, Campbell L, Tran S, Wilson CL. Adult Attachment, the Transition to Parenthood, and Depressive Symptoms. *J Pers Soc Psychol* 2003; 84:1172–87.
173. Sümer N, Güngör D. Yetişkin Bağlanma Stilleri Ölçeklerinin Türk Örnekleme Üzerinde Psikometrik Değerlendirmesi ve Kültürlerarası Bir Karşılaştırma. *Türk Psikol Derg* 1999; 14:71–106.
174. Derogatis LR. BSI: brief symptom inventory [Internet]. Minneapolis: National Computer Systems. 1993, 32–40 p. Available from: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Brief+Symptom+Inventory#0>
175. Sahin NH, Durak A. A study of the Brief Symptom Inventory in Turkish Youth. *Kısa Semptom Envanter (br Symptom Inventory-BSI) Türk Gençleri İçin Uyarlanması* [Internet] 1994; 9:44–56. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=psyc3&NEWS=N&AN=1997-86724-001>
176. Ritsher JB, Otilingam PG, Grajales M. Internalized stigma of mental illness: Psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Res* 2003; 121:31–49.
177. Ersoy MA, Varan A. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Türkçe Formu'nun Güvenilirlik ve Geçerlik Çalışması. *Türk Psikiyatr Derg* 2007; 18:163–71.

178. Sucuoğlu B, Öktem F, Gökler B. Otistik çocukların değerlendirilmesinde kullanılan ölçeklere ilişkin bir çalışma. *Psikiyatr Psikol Psikofarmakol Derg* 1996; 4:116–21.
179. İncekaş Gassaloğlu S, Baykara B, Avcil S, Demiral Y. Çocukluk Otizmi Derecelendirme Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Derg* 2016; 27:266–74.
180. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. STAI Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto: Consulting Psychologists Press, 1970, 1 p.
181. Öner N, Le Compte A. Durumluluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Matbaası, 1983, 1 p.
182. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An Inventory for Measuring Depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4:561–71.
183. Hisli N. Beck Depresyon Envanteri'nin Geçerliği Üzerine Bir Çalışma. *Psikol Derg* 1988; 6:118–22.
184. Hisli N. Beck Depresyon Envanteri'nin Üniversite Öğrencileri için Geçerliği, Güvenirliği. *Psikol Derg* 1989; 7:3–13.
185. Van Ijzendoorn MH, Rutgers AH, Bakermans-Kranenburg MJ, Swinkels SHN, Van Daalen E, Dietz C, Naber FBA, Buitelaar JK, Van Engeland H. Parental sensitivity and attachment in children with autism spectrum disorder: Comparison with children with mental retardation, with language delays, and with typical development. *Child Dev* 2007; 78:597–608.
186. Rutgers AH, Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH, van Berckelaer-Onnes IA. Autism and attachment: A meta-analytic review. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip* 2004; 45:1123–34.
187. McKenzie R, Dallos R. Autism and attachment difficulties: Overlap of symptoms, implications and innovative solutions. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2017; 22:632–48.
188. Goodman SJ, Glenwick DS. Correlates of attachment perceptions in parents of children with autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord* 2012; 42:2056–66.
189. Saemundsen E, Magnússon P, Georgsdóttir I, Egilsson E, Rafnsson V. Prevalence of

- autism spectrum disorders in an Icelandic birth cohort. *BMJ Open* 2013; 3:e002748.
190. Kim YS, Leventhal BL, Koh YJ, Fombonne E, Laska E, Lim EC, Cheon KA, Kim SJ, Kim YK, Lee HK, Song DH, Grinker RR. Prevalence of autism spectrum disorders in a total population sample. *Am J Psychiatry* 2011; 168:904–12.
 191. Mattila ML, Kielinen M, Linna SL, Jussila K, Ebeling H, Bloigu R, Joseph RM, Moilanen I. Autism spectrum disorders according to DSM-IV-TR and comparison with DSM-5 draft criteria: An epidemiological study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2011; 50:583-592.e11.
 192. Dworzynski K, Ronald A, Bolton P, Happé F. How different are girls and boys above and below the diagnostic threshold for autism spectrum disorders? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2012; 51:788–97.
 193. Fein D, Helt M, Brennan L, Barton M. The activity kit for babies and toddlers at risk: How to use everyday routines to build social and communication skills [Internet]. The activity kit for babies and toddlers at risk: How to use everyday routines to build social and communication skills. 2016, 240-Chapter xiii, 240 Pages p. Available from: http://ezproxy.library.yorku.ca/login?url=https://search.proquest.com/docview/1762367665?accountid=15182%0Ahttp://sfx.scholarsportal.info/york?url_ver=Z39.88-2004&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:book&genre=book&sid=ProQ:ProQ%3Apsycinfo&atitle=&title=The+
 194. Sandin S, Hultman CM, Klevzon A, Gross R, MacCabe JH, Reichenberg A. Advancing maternal age is associated with increasing risk for autism: A review and meta-analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2012; 51:477–86.
 195. Reichenberg A, Gross R, Weiser M, Bresnahan M, Silverman J, Harlap S, Rabinowitz J, Shulman C, Malaspina D, Lubin G, Knobler HY, Davidson M, Susser E. Advancing paternal age and autism. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63:1026–32.
 196. Idring S, Magnusson C, Lundberg M, Ek M, Rai D, Svensson AC, Dalman C, Karlsson H, Lee BK. Parental age and the risk of autism spectrum disorders: Findings from a Swedish population-based cohort. *Int J Epidemiol* 2014; 43:107–15.
 197. Parner ET, Baron-Cohen S, Lauritsen MB, Jørgensen M, Schieve LA, Yeargin-Allsopp

- M, Obel C. Parental Age and Autism Spectrum Disorders. *Ann Epidemiol* 2012; 22:143–50.
198. Lung FW, Chiang TL, Lin SJ, Lee MC, Shu BC. Advanced Maternal Age and Maternal Education Disparity in Children with Autism Spectrum Disorder. *Matern Child Health J* 2018; 22:941–9.
 199. Grigoriadis S, Graves L, Peer M, Mamisashvili L, Tomlinson G, Vigod SN, Dennis CL, Steiner M, Brown C, Cheung A, Dawson H, Rector NA, Guenette M, Richter M. Maternal anxiety during pregnancy and the association with adverse perinatal outcomes: Systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry* 2018; 79:17r12011.
 200. Uguz F, Yakut E, Aydogan S, Bayman MG, Gezgin K. The impact of maternal major depression, anxiety disorders and their comorbidities on gestational age, birth weight, preterm birth and low birth weight in newborns. *J Affect Disord* 2019; 259:382–5.
 201. Bozkurt O, Eras Z, Sari FN, Dizdar EA, Uras N, Canpolat FE, Oguz SS. Does maternal psychological distress affect neurodevelopmental outcomes of preterm infants at a gestational age of ≤ 32 weeks. *Early Hum Dev* 2017; 104:27–31.
 202. Brumbaugh JE, Weaver AL, Myers SM, Voigt RG, Katusic SK. Gestational Age, Perinatal Characteristics, and Autism Spectrum Disorder: A Birth Cohort Study. *J Pediatr* 2020; 220:175-183.e8.
 203. Shephard E, Fatori D, Mauro LR, de Medeiros Filho M V., Hoexter MQ, Chiesa AM, Fraccolli LA, Brentani H, Ferraro AA, Nelson CA, Miguel EC, Polanczyk G V. Effects of Maternal Psychopathology and Education Level on Neurocognitive Development in Infants of Adolescent Mothers Living in Poverty in Brazil. *Biol Psychiatry Cogn Neurosci Neuroimaging* 2019; 4:925–34.
 204. Kelly B, Williams S, Collins S, Mushtaq F, Mon-Williams M, Wright B, Mason D, Wright J. The association between socioeconomic status and autism diagnosis in the United Kingdom for children aged 5–8 years of age: Findings from the Born in Bradford cohort. *Autism* 2019; 23:131–40.
 205. Giallo R, Wood CE, Jellett R, Porter R. Fatigue, wellbeing and parental self-efficacy in mothers of children with an Autism Spectrum Disorder. *Autism* 2013; 17:465–80.

206. Goh DA, Gan D, Kung J, Baron-Cohen S, Allison C, Chen H, Saw SM, Chong YS, Rajadurai VS, Tan KH, Shek PCL, Yap F, Broekman BFP, Magiati I. Child, Maternal and Demographic Factors Influencing Caregiver-Reported Autistic Trait Symptomatology in Toddlers. *J Autism Dev Disord* 2018; 48:1325–37.
207. Zhou W, Liu D, Xiong X, Xu H, Manchia M. Emotional problems in mothers of autistic children and their correlation with socioeconomic status and the children's core symptoms. *Med (United States)* 2019; 98:e16794.
208. Durkin MS, Maenner MJ, Meaney FJ, Levy SE, di Guiseppi C, Nicholas JS, Kirby RS, Pinto-Martin JA, Schieve LA. Socioeconomic inequality in the prevalence of autism spectrum disorder: Evidence from a U.S. cross-sectional study. *PLoS One* 2010; 5:e11551.
209. Fountain C, King MD, Bearman PS. Age of diagnosis for autism: Individual and community factors across 10 birth cohorts. *J Epidemiol Community Health* 2011; 65:503–10.
210. Thomas P, Zahorodny W, Peng B, Kim S, Jani N, Halperin W, Brimacombe M. The association of autism diagnosis with socioeconomic status. *Autism* 2012; 16:201–13.
211. Rai D, Lewis G, Lundberg M, Araya R, Svensson A, Dalman C, Carpenter P, Magnusson C. Parental socioeconomic status and risk of offspring autism spectrum disorders in a swedish population-based study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2012; 51:467–76.
212. Delobel-Ayoub M, Ehlinger V, Klapouszczak D, Maffre T, Raynaud JP, Delpierre C, Arnaud C. Socioeconomic disparities and prevalence of autism spectrum disorders and intellectual disability. *PLoS One* 2015; 10
213. Fujiwara T. Socioeconomic status and the risk of suspected autism spectrum disorders among 18-month-old toddlers in Japan: A population-based study. *J Autism Dev Disord* 2014; 44:1323–31.
214. Larsson HJ, Eaton WW, Madsen KM, Vestergaard M, Olesen AV, Agerbo E, Schendel D, Thorsen P, Mortensen PB. Risk factors for autism: Perinatal factors, parental psychiatric history, and socioeconomic status. *Am J Epidemiol* 2005; 161:916–25.

215. Leyfer OT, Folstein SE, Bacalman S, Davis NO, Dinh E, Morgan J, Tager-Flusberg H, Lainhart JE. Comorbid psychiatric disorders in children with autism: Interview development and rates of disorders. *J Autism Dev Disord* 2006; 36:849–61.
216. Ghaziuddin M, Greden J. Depression in children with autism/pervasive developmental disorders: A case-control family history study. *J Autism Dev Disord* 1998; 28:111–5.
217. Weitlauf AS, Vehorn AC, Taylor JL, Warren ZE. Relationship satisfaction, parenting stress, and depression in mothers of children with autism. *Autism* 2014; 18:194–8.
218. Meltzer LJ. Factors associated with depressive symptoms in parents of children with autism spectrum disorders. *Res Autism Spectr Disord* 2011; 5:361–7.
219. Zablotsky B, Anderson C, Law P. The association between child autism symptomatology, maternal quality of life, and risk for depression. *J Autism Dev Disord* 2013; 43:1946–55.
220. Mazefsky CA, Folstein SE, Lainhart JE. Overrepresentation of mood and anxiety disorders in adults with autism and their first-degree relatives: What does it mean? *Autism Res* 2008; 1:193–7.
221. Mazefsky CA, Williams DL, Minshew NJ. Variability in adaptive behavior in autism: Evidence for the importance of family history. *J Abnorm Child Psychol* 2008; 36:591–9.
222. Siegel M. Psychopharmacology of Autism Spectrum Disorder. Evidence and Practice. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2012; 21:957–73.
223. Mandell DS. Psychiatric hospitalization among children with autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord* 2008; 38:1059–65.
224. Wiggins LD, Baio J, Rice C. Examination of the time between first evaluation and first autism spectrum diagnosis in a population-based sample. *J Dev Behav Pediatr* 2006; 27.
225. Daniels AM, Mandell DS. Explaining differences in age at autism spectrum disorder diagnosis: A critical review. *Autism* 2014; 18:583–97.
226. Johnson CP, Myers SM, Lipkin PH, Cartwright JD, Desch LW, Duby JC, Elias ER, Levey EB, Liptak GS, Murphy NA, Tilton AH, Lollar D, Macias M, McPherson M,

- Olson DG, Strickland B, Skipper SM, Ackermann J, Del Monte M, et al. Identification and evaluation of children with autism spectrum disorders. *Pediatrics*. 2007, p. 1183–215.
227. Sheldrick RC, Maye MP, Carter AS. Age at First Identification of Autism Spectrum Disorder: An Analysis of Two US Surveys. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2017; 56:313–20.
228. Feinberg E, Augustyn M, Fitzgerald E, Sandler J, Suarez ZFC, Chen N, Cabral H, Beardslee W, Silverstein M. Improving maternal mental health after a child's diagnosis of autism spectrum disorder: Results from a randomized clinical trial. *JAMA Pediatr* 2014; 168:40–6.
229. Rabba AS, Dissanayake C, Barbaro J. Parents' experiences of an early autism diagnosis: Insights into their needs. *Res Autism Spectr Disord* 2019; 66:101415.
230. Daniels JL, Forssen U, Hultman CM, Cnattingius S, Savitz DA, Feychting M, Sparen P. Parental psychiatric disorders associated with autism spectrum disorders in the offspring. *Pediatrics* 2008; 121:e1357–e1362.
231. Skokauskas N, Gallagher L. Mental health aspects of autistic spectrum disorders in children. *J Intellect Disabil Res* 2012; 56:248–57.
232. Fairthorne J, Jacoby P, Bourke J, De Klerk N, Leonard H. Onset of maternal psychiatric disorders after the birth of a child with autism spectrum disorder: A retrospective cohort study. *Autism* 2016; 20:37–44.
233. Uz S, Kaya K. Otizmli Çocuklara ve Ailelerine Yönelik Damgalama / Stigmatization of Children with Autism and Their Parents. *J Hist Cult Art Res [Internet]* 2018; 7:663–8. Available from: <http://kutaksam.karabuk.edu.tr/index.php/ilk/article/view/1411>
234. Seskin L, Feliciano E, Tippy G, Yedloutschnig R, Sossin KM, Yasik A. Attachment and autism: Parental attachment representations and relational behaviors in the parent-child dyad. *J Abnorm Child Psychol United States*, 2010; 38:949–60.
235. Ünverdi G. Bilişsel Gelişimde Gecikmesi Olan Çocukların Annelerinde Bağlanma Biçimi ve Zihin Kuramı Becerileri. Kocaeli University, 2020,

236. Nam SK, Lee SM. The role of attachment and stigma in the relationship between stress and attitudes toward counseling in South Korea. *J Couns Dev* 2015; 93:212–24.
237. Bradstreet S, Dodd A, Jones S. Internalised stigma in mental health: An investigation of the role of attachment style. *Psychiatry Res* 2018; 270:1001–9.



EKLER

Ek-1.Sosyodemografik Veri Formu

Sosyodemografik Veri Formu - Otizm spektrum bozukluğu tanısı olan çocuk ve ergenlerin annelerinin depresyon, anksiyete, bağlanma ve içselleştirilmiş damgalanma algısının değerlendirilmesi (Olgu Rapor Formu/Veri Takip Raporu).

1) Hastanın Adı Soyadı:

2) Doğum Tarihi ve Yaşı:

3) Cinsiyeti: a) kız b) erkek

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

5) Otizm Spektrum bozukluğu tanısı konan çocuğunuzun kardeşlerinde psikiyatrik hastalık öyküsü:

1)var (tanısını belirtiniz.....) 2)yok

6) Çocuğunuz okula gidiyormu? Gidiyorsa kaç yıldır eğitim görüyor?

a) 1-3 yıl b) 4-6 yıl c) 6-9 yıl d) 9 ve üstü

7) Çocuğunuz özel eğitime gidiyormu? Gidiyorsa kaç yıldır eğitim görüyor?

a) 1-3 yıl b) 4-6 yıl c) 6-9 yıl d) 9 ve üstü

8) Düzenli olarak kullandığı ilaç tedavisi:

a) var (belirtiniz)

b) yok

9) Yaşadığı yer: a) İl merkezi b) İlçe c) Köy

10) Anne Yaşı:

11) Annenin mesleği:

12) Anne eğitim düzeyi:

a) okuryazar değil b) ilkokul c) ortaokul d) lise e) üniversite

13) Annede psikiyatrik hastalık öyküsü:

a)var (tanısını belirtiniz.....) b)yok

14) Babanın yaşı:

15) Babanın mesleği:

16) Baba eğitim düzeyi:

a) okuryazar değil b) ilkokul c) ortaokul d) lise e) üniversite

17) Babada psikiyatrik hastalık öyküsü:

a)var (tanısını belirtiniz.....) b)yok

18) Hamilelik süreci: a)normal b)sorunlu

19) Doğum şekli: a) sezeryan b) normal doğum

20) Doğum zamanı:

a) çok erken doğum (<32 hafta) b) erken doğum (32-37 hafta) c) miad (>37 hafta)

21) Doğum ağırlığı:

22) Motor gelişim: Oturma :

Yürüme:

23) Dil Gelişimi: İlk kelime :

İlk cümle:

24) Kaç ay anne sütü aldı:

Ek-2. İlişki Ölçekleri Anketi (İÖA)

İLİŞKİ ÖLÇEKLERİ ANKETİ (RELATIONSHIP SCALES QUESTIONNAIRE)

Aşağıda yakın duygusal ilişkilerinizde kendinizi nasıl hissettiğinize ilişkin çeşitli ifadeler yer almaktadır. Yakın duygusal ilişkilerden kastedilen arkadaşlık, dostluk, romantik ilişkiler ve benzerleridir. Lütfen her bir ifadeyi bu tür ilişkilerinizi düşünerek okuyun ve her bir ifadenin sizi ne ölçüde tanımladığını aşağıdaki 7 aralıklı ölçek üzerinde değerlendiriniz.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

Beni hiç

Beni kısmen

Tamamıyla

tanımlamıyor

tanımlıyor

beni tanımlıyor

1. Başkalarına kolaylıkla güvenemem.	1	2	3	4	5	6	7
2. Kendimi bağımsız hissetmem benim için çok önemli.	1	2	3	4	5	6	7
3. Başkalarıyla kolaylıkla duygusal yakınlık kurarım.	1	2	3	4	5	6	7
4. Bir başka kişiyle tam anlamıyla kaynaşıp bütünleşmek isterim.	1	2	3	4	5	6	7
5. Başkalarıyla çok yakınlaşırsam incitileceğimden korkuyorum.	1	2	3	4	5	6	7
6. Başkalarıyla yakın duygusal ilişkilerim olmadığı sürece oldukça rahatım.	1	2	3	4	5	6	7
7. İhtiyacım olduğunda yardıma koşacakları konusunda başkalarına her zaman güvenebileceğimden emin değilim.	1	2	3	4	5	6	7
8. Başkalarıyla tam anlamıyla duygusal yakınlık kurmak istiyorum.	1	2	3	4	5	6	7
9. Yalnız kalmaktan korkarım.	1	2	3	4	5	6	7
10. Başkalarına rahatlıkla güvenip bağlanabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
11. Çoğu zaman, romantik ilişkide olduğum insanların beni gerçekten sevmediği konusunda endişelenirim.	1	2	3	4	5	6	7
12. Başkalarına tamamıyla güvenmekte zorlanırım.	1	2	3	4	5	6	7
13. Başkalarının bana çok yakınlaşması beni endişelendirir.	1	2	3	4	5	6	7
14. Duygusal yönden yakın ilişkilerim olsun isterim.	1	2	3	4	5	6	7

15. Başkalarının bana dayanıp bel bağlaması konusunda oldukça rahatımdır.	1	2	3	4	5	6	7
16. Başkalarının bana, benim onlara verdiğim kadar değer vermediğinden kaygılanırım.	1	2	3	4	5	6	7
17. İhtiyacınız olduğunda hiç kimseyi yanınızda bulamazsınız.	1	2	3	4	5	6	7
18. Başkalarıyla tam olarak kaynaşıp bütünleşme arzum bazen onları ürkütüp benden uzaklaştırıyor.	1	2	3	4	5	6	7
19. Kendi kendime yettiğimi hissetmem benim için çok önemli.	1	2	3	4	5	6	7
20. Birisi bana çok fazla yaklaştığında rahatsızlık duyarım.	1	2	3	4	5	6	7
21. Romantik ilişkide olduğum insanların benimle kalmak istemeyeceklerinden korkarım.	1	2	3	4	5	6	7
22. Başkalarının bana bağlanmamalarını tercih ederim.	1	2	3	4	5	6	7
23. Terk edilmekten korkarım.	1	2	3	4	5	6	7
24. Başkalarıyla yakın olmak beni rahatsız eder.	1	2	3	4	5	6	7
25. Başkalarının bana, benim istediğim kadar yakınlaşmakta gönülsüz olduklarını düşünüyorum.	1	2	3	4	5	6	7
26. Başkalarına bağlanmamayı tercih ederim.	1	2	3	4	5	6	7
27. İhtiyacım olduğunda insanları yanımda bulacağımı biliyorum.	1	2	3	4	5	6	7
28. Başkaları beni kabul etmeyecek diye korkarım.	1	2	3	4	5	6	7
29. Romantik ilişkide olduğum insanlar, genellikle onlarla, benim kendimi rahat hissettiğimden daha yakın olmamı isterler.	1	2	3	4	5	6	7
30. Başkalarıyla yakınlaşmayı nispeten kolay bulurum.	1	2	3	4	5	6	7

Ek-3. Kısa Semptom Envanteri (KSE)

İsim:

Tarih:

Aşağıda insanların bazen yaşadıkları belirtilerin ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Listedeki her maddeyi lütfen dikkatle okuyunuz. Daha sonra sizde o belirtinin **BUGÜN DAHİL, SON BİRHAFTADIR NE KADAR VAROLDUĞUNU** yandaki bölmede uygun olan yerde işaretleyiniz. Her belirti için sadece bir yeri işaretlemeye ve hiçbir maddeyi atlamamaya özen gösteriniz. Cevaplarınızı aşağıdaki ölçeğe göre değerlendiriniz.

Bu belirtiler son bir haftadır sizde ne kadar var?

0. Hiç yok 1.Biraz var 2.Orta derecede var 3.Epey var 4.Çok fazla var

Bu belirtiler son bir haftadır sizde ne

kadar var?

	Hiç				Çok fazla
1.İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali	☐	☐	☐	☐	☐
2.Baygınlık, başdönmesi	☐	☐	☐	☐	☐
3.Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri	☐	☐	☐	☐	☐
4.Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu	☐	☐	☐	☐	☐
5.Olayları hatırlamada güçlük	☐	☐	☐	☐	☐
6.Çok kolayca kızıp öfkelenme	☐	☐	☐	☐	☐
6.Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar	☐	☐	☐	☐	☐
8.Meydanlık (açık) yerlerden korkma duygusu	☐	☐	☐	☐	☐
9.Yaşamınıza son verme düşünceleri	☐	☐	☐	☐	☐
10.İnsanların çoğuna güvenilmeyeceği hissi	☐	☐	☐	☐	☐
11.İştahta bozukluklar	☐	☐	☐	☐	☐
12.Hiçbir nedeni olmayan ani korkular	☐	☐	☐	☐	☐
13.Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları	☐	☐	☐	☐	☐
14.Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetmek	☐	☐	☐	☐	☐
15.İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetmek	☐	☐	☐	☐	☐
16.Yalnızlık hissetmek	☐	☐	☐	☐	☐
17.Hüzünlü, kederli hissetmek	☐	☐	☐	☐	☐
18.Hiçbirşeye ilgi duymamak	☐	☐	☐	☐	☐
19.Ağlamaklı hissetmek	☐	☐	☐	☐	☐
20.Kolayca incinebilme, kırılmak	☐	☐	☐	☐	☐
21.İnsanların sizi sevmediğine, kötü davrandığına inanmak	☐	☐	☐	☐	☐
22.Kendini diğerlerinden daha aşağı görmek	☐	☐	☐	☐	☐

23.Mide bozukluğu, bulantı	☐	☐	☐	☐	☐
24.Diğerlerinin sizi gözlediği yada hakkınızda konuştuğu	☐	☐	☐	☐	☐
25.Uykuya dalmada güçlük	☐	☐	☐	☐	☐
26.Yaptığınız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etmek	☐	☐	☐	☐	☐
27.Karar vermede güçlükler	☐	☐	☐	☐	☐
28.Otobüs,tren,metro gibi umumi vasıtalarla seyahatlerden korkmak	☐	☐	☐	☐	☐
29.Nefes darlığı, nefessiz kalmak	☐	☐	☐	☐	☐
30.Sıcak, soğuk basmaları	☐	☐	☐	☐	☐
31.Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer yada etkinliklerden uzak kalmaya çalışmak	☐	☐	☐	☐	☐
32.Kafanızın bomboş kalması	☐	☐	☐	☐	☐
33.Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar	☐	☐	☐	☐	☐
34.Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği	☐	☐	☐	☐	☐
35.Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları	☐	☐	☐	☐	☐
36.Konsantrasyonda(dikkati birşey üzerine toplama) güçlük	☐	☐	☐	☐	☐
37.Bedenin bazı bölgelerinde zayıflık,güçsüzlük hissi	☐	☐	☐	☐	☐
38.Kendini gergin ve tedirgin hissetmek	☐	☐	☐	☐	☐
39. Ölme ve ölüm üzerine düşünceler	☐	☐	☐	☐	☐
40.Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği	☐	☐	☐	☐	☐
41.Birşeyleri kırma, dökme isteği	☐	☐	☐	☐	☐
42.Diğerlerinin yanındayken yanlış birşeyler yapmamaya	☐	☐	☐	☐	☐
43.Kalabalıklarda rahatsızlık duymak	☐	☐	☐	☐	☐
44.Bir başka insana hiç yakınlık duymamak	☐	☐	☐	☐	☐
45.Dehşet ve panik nöbetleri	☐	☐	☐	☐	☐
46.Sık sık tartışmaya girmek	☐	☐	☐	☐	☐
47.Yalnız bırakıldığında/kalındığında sinirlilik hissetmek	☐	☐	☐	☐	☐
48.Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmemek	☐	☐	☐	☐	☐
49.Yerinde duramayacak kadar tedirgin hissetmek	☐	☐	☐	☐	☐
50.Kendini değersiz görmek/değersizlik duyguları	☐	☐	☐	☐	☐
51.Eğer izin vererseniz insanların sizi sömüreceği duygusu	☐	☐	☐	☐	☐
52.Suçluluk duyguları	☐	☐	☐	☐	☐
53.Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri	☐	☐	☐	☐	☐

Ek-4. Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması (RHİDÖ)

RUHSAL HASTALIKLARIN İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMASI ÖLÇEĞİ (RHİDÖ)

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

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

“Aynı fikirde değilim” diyorsanız (2) rakamını,

“Aynı fikirdeyim” diyorsanız (3) rakamını,

“Kesinlikle aynı fikirdeyim” diyorsanız (4) rakamını,

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

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

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

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

Ek-5. Çocukluk Otizmi Değerlendirme Ölçeği (ÇODÖ)

ÇOCUKLUK OTİZMİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (ÇODÖ)

Adı Soyadı :

Cinsiyeti:

Doğum Tarihi:

Doldurulma Tarihi:

Değerlendiren:

Yönerge: Her bir kategori için, ölçeğin her maddesinin altında bırakılan yeri kullanınız. Çocuğu gözlemlemeyi bitirdikten sonra, ölçeğin maddelerinde yer alan davranışları değerlendiriniz. Her madde için çocuğu en iyi biçimde tanımlayan ifadenin numarasını daire içine alınız. İki ifade arasında değerlendirmeniz gerekiyorsa 1,5; 2,5 ya da 3,5 değerlerinden birini kullanabilirsiniz. Her madde için kısaltılmış değerlendirme ölçütü gösterilmiştir.

Kategorileri Dereceleme Puanları

Her kategori için çocuğa verdiğiniz puanı aşağıya yazın ve sonrasında toplayın.

I. İnsanlarla İlişki	
II. Taklit	
III. Duygusal Tepkiler	
IV. Bedenin Kullanımı	
V. Nesne Kullanımı	
VI. Değişikliğe Uyum	
VII. Görsel Tepki	
VIII. Dinleme Tepkisi	
IX. Tatma, Koklama, Dokunma Tepkisi ve Kullanımı	
X. Korku ya da Sinirlilik	
XI. Sözel İletişim	
XII. Sözel Olmayan İletişim	
XIII. Etkinlik Düzeyi	
XIV. Zihinsel Tepkilerin Düzeyi ve Tutarlılığı	
XV. Genel İzlenimler	
<u>TOPLAM</u>	

15–29: Otizm yok

30–36: Hafif-Orta Derecede Otistik

37–60: Aşırı Derecede Otistik

Ek-6. Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI-1 ve STAI-2)

STAI FORM TX – I

İsim:..... Cinsiyet:.....

Yaş:..... Meslek:..... Tarih:...../...../.....

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

		HİÇ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMIYLA
1.	Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3.	Su 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 hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)

STAI FORM TX – 2

İsim:..... Cinsiyet:.....

Yaş:..... Meslek:..... Tarih:...../...../.....

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

		Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	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 isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25.	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27.	Genellikle sakın, kendine 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.	Herşeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32.	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33.	Genellikle kendimi emniyette hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
34.	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35.	Genellikle kendimi hüznümlü 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.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40.	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

Ek-7.Beck Depresyon Ölçeği

Beck Depresyon Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:..... Tarih:.....

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

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

Toplam BECK-D skoru:.....

Ek-8. Etik Kurul Onayı

ADÜ Evrak Tarih ve Sayısı: 10/01/2020-E.2035



T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı : 53043469-050.04.04
Konu : Kararlar

Sayın Doç.Dr. Sibelnur AVCİL
Öğretim Üyesi

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 09.01.2020 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 18 nolu karar aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

e-imzalıdır

Prof.Dr. Hatice ERTABAKLAR
Kurul Başkanı

KARAR 18

Protokol No : 2019/211
Sorumlu Yürütücü : Doç.Dr. Sibelnur AVCİL
Çocuk, Ergen Ruh Sağlığı ve Hast. AD

Tıp Fakültesi Çocuk Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç.Dr. Sibelnur AVCİL'in "Otizm spektrum bozukluğu tanılı olan çocuk ve ergenlerin annelerinin depresyon, anksiyete, bağlanma ve içselleştirilmiş damgalanma algısının değerlendirilmesi" başlıklı klinik araştırmasının 19.12.2019 tarihli kurul kararında eksiklikler saptanmıştı. 23.12.2019 tarihli gelen dilekçesi ve ekleri görüşüldü.

Sonuçta, klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Yine sorumlu araştırmacıya; Form 2'nin 14.1.'in son bölümünde taahhüt edilen çalışma bittikten sonra nihai raporun, [Sonuç Raporu (web'te), BGOF (Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu-gönüllüler tarafından bizzat kendilerinin kendi adı-soyadını yazması ve imzalamasının sağlanması ile adreslerinin eksiksiz olarak formlara yazılmasına dikkat edilmelidir.) ve ORF (Olgu Rapor Formu/Anket)] gönderilmesi gerektiğinin hatırlatılmasına ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

ADÜ Merkez Kampüs Kepez Mevkii 09010 Efeler/AYDIN
Telefon No: 0256 225 31 66 / 4224 / 4225 Faks No: 0256 212 31 69
E-Posta: goetik@adu.edu.tr İnternet Adresi: akademik.adu.edu.tr/fakulte/med/

Bilgi İçin: Tülay Şahin
Unvan: Sağlık Teknikeri

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek-9. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Araştırmanın Adı: Otizm spektrum bozukluğu tanısı olan çocuk ve ergenlerin annelerinin depresyon, anksiyete, bağlanma ve içselleştirilmiş damgalanma algısının değerlendirilmesi

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (BGOF) (FORM 3)-OLGU

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Çalışmamızın ana amacı otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuk ve ergenlerin annelerinin depresyon, anksiyete, bağlanma ve içselleştirilmiş damgalanma algısının değerlendirilmesi ve sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırılmasıdır. Çalışmamızın ikincil amacı otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuk ve ergenlerde hastalığın şiddeti ile annenin depresyon, anksiyete, bağlanma ve içselleştirilmiş damgalanma algısının ilişkisinin değerlendirilmesidir.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için çocuğunuzun 2-15 yaş arasında ve otizm spektrum bozukluğu tanısının olması, annenin klinik olarak zihinsel yetersizliğinin olmaması, annenin okur-yazar olması ve annede halen aktif bilinen psikiyatrik hastalık olmaması (şizofreni, duygudurum bozukluğu gibi) gerekir.

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Çocuk psikiyatristi tarafından hem siz anneler ile hem de çocuk ile görüşülüp çocuğunuzun psikiyatrik tanıları ve hastalık şiddeti saptanacaktır. Bunun için doktorunuz tarafından size ve çocuğunuza sorular sorulacaktır. Daha sonra siz annelerin doldurması istenen Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ), Durumluk - Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI); (Durumluk ve sürekli kaygıyı ölçen 20'şer ifadeli 2 alt ölçekten oluşmaktadır.), İlişki Ölçekleri Anketi (Anne formu), Kısa Semptom Envanteri (KSE) ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) anketlerini cevaplamanız istenecektir. Anketlerin nasıl doldurulacağı doktorunuz tarafından ayrıntılı bir şekilde uygulama sırasında anlatılacaktır.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Araştırma ile ilgili olarak anketlerin eksiksiz şekilde doldurulması, çocuğunuz ile ilgili doğru bilgiler vermeniz (ilaç kullanım durumu, psikiyatrik şikayetler ile ilgili gözlemlerinizi) sizin sorumluluklarınızdır. Bu koşullara uymadığınız durumlarda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı 01.01.2020- 01.12.2020 tarihleri arasında Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniklerine başvuran Otizm spektrum bozukluğu tanılı 35 çocuk ve herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan 35 çocuk ve ebeveynleri olmak üzere en az 70 çocuk ve ebeveynleri çalışmaya dahil edilecektir.

ÇALIŞMANIN SÜRESİ NE KADAR?

Bu araştırma için öngörülen süre 12 aydır.

GÖNÜLLÜNÜN BU ARAŞTIRMADAKİ TOPLAM KATILIM SÜRESİ NE KADAR?

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen zamanınız 1,5 saattir.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Bu araştırmada sizin için beklenen yararlar; araştırmanın amacı doğrudan bir tedavi müdahalesi yapmayı içermemektedir. Ancak çocuğunuzda saptanan psikiyatrik tanılar ile ilgili araştırmacı sizi poliklinik muayenesi ve tedavi için yönlendirebilir. Bu çalışma yalnızca araştırma amaçlıdır ve doğrudan yarar görmesi ya da tedavisinin seyrinin değiştirilmesinin beklenmemelidir.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

Size bu araştırmada anketler uygulanacak ve çocuğunuz ve sizinle psikiyatrik görüşme yapılacaktır. Bu uygulamalar ile ilgili gözlenebilecek istenmeyen bir etki yoktur.

ARAŞTIRMA SÜRECİNDE BİRLİKTE KULLANILMASININ SAKINCALI OLDUĞU BİLİLEN İLAÇLAR/BESİNLER NELERDİR?

Çalışma süresince birlikte kullanımının sakıncalı olduğu ilaç ve besinler bulunmamaktadır.

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?

Formlardaki bilgiler eksik olduğu takdirde araştırma dışı bırakılabilirsiniz.

DİĞER TEDAVİLER NELERDİR?

Bu tanının (Otizm spektrum bozukluğu) tedavisinde uygulanabilecek çeşitli tedavi yöntemleri vardır ancak bu çalışma bir tedavi müdahalesi içermediği için tedavi ile ilgili bir girişimde çocuğunuza bulunulmayacaktır. Araştırmacı tedavi açısından sizi ilgili doktora yönlendirdiğinde tedaviler ile ilgili bilgiyi ondan alabilirsiniz.

HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK/SORUMLULUK KİMDEDİR VE NE YAPILACAKTIR?

Araştırmaya bağlı bir zarar söz konusu olduğunda, bu durumun tedavisi sorumlu araştırmacı tarafından yapılacak, ortaya çıkan masraflar Dr.Sibelnur AVCİL tarafından karşılanacaktır.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?

Uygulama süresi boyunca, zorunlu olarak araştırma dışı ilaç almak durumunda kaldığınızda Sorumlu Araştırmacıyı önceden bilgilendirmek için, araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 05056486435 no.lu telefondan Dr.SibelnurAvcil'e başvurabilirsiniz.

ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?

Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR?

Çalışmayı destekleyen kurum yoktur.

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

ARAşTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAşTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır. Araştırıcı, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle isteğiniz dışında ancak bilginiz dahilinde sizi araştırmadan çıkarabilir. Bu durumda da sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır.

Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırıcı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler bilimsel amaçla kullanılmayacaktır.

KATILMAMA İLİşKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAğLANABİLECEK MİDİR?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 3 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırıcıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		
VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		
ARAşTIRMA EKİBİNDE YER ALAN VE YETKİN BİR ARAşTIRMACININ		İMZASI
ADI & SOYADI		
TARİH		
GEREKTİğİ DURUMLARDA TANIK		İMZASI
ADI & SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (BGOF) (FORM 3)-KONTROL

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Çalışmamızın ana amacı otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuk ve ergenlerin annelerinin depresyon, anksiyete, bağlanma ve içselleştirilmiş damgalanma algısının değerlendirilmesi ve sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırılmasıdır. Çalışmamızın ikincil amacı otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuk ve ergenlerde hastalığın şiddeti ile annenin depresyon, anksiyete, bağlanma ve içselleştirilmiş damgalanma algısının ilişkisinin değerlendirilmesidir.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için çocuğunuzun 2-15 yaş arasında ve otizm spektrum bozukluğu tanısının olmaması, annenin klinik olarak zihinsel yetersizliğinin olmaması, annenin okur-yazar olması ve annede halen aktif bilinen psikiyatrik hastalık olmaması (şizofreni, duygudurum bozukluğu gibi) gerekir.

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Çocuk psikiyatristi tarafından hem siz anneler ile hem de çocuk ile görüşülüp çocuğunuzun psikiyatrik tanıları ve hastalık şiddeti saptanacaktır. Bunun için doktorunuz tarafından size ve çocuğunuza sorular sorulacaktır. Daha sonra siz annelerin doldurması istenen Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ), Durumluk - Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI); (Durumluk ve sürekli kaygıyı ölçen 20'şer ifadeli 2 alt ölçekten oluşmaktadır.), İlişki Ölçekleri Anketi (Anne formu) , Kısa Semptom Envanteri (KSE) ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) anketlerini cevaplamanız istenecektir. Anketlerin nasıl doldurulacağı doktorunuz tarafından ayrıntılı bir şekilde uygulama sırasında anlatılacaktır.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Araştırma ile ilgili olarak anketlerin eksiksiz şekilde doldurulması, çocuğunuz ile ilgili doğru bilgiler vermeniz (ilaç kullanım durumu, psikiyatrik şikayetler ile ilgili gözlemlerinizi) sizin sorumluluklarıdır. Bu koşullara uymadığınız durumlarda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı 01.01.2020 – 01.12.2020 tarihleri arasında Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniklerine başvuran Otizm spektrum bozukluğu tanılı 35 çocuk ve herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan 35 çocuk ve ebeveynleri olmak üzere en az 70 çocuk ve ebeveynleri çalışmaya dahil edilecektir.

ÇALIŞMANIN SÜRESİ NE KADAR ?

Bu araştırma için öngörülen süre 12 aydır.

GÖNÜLLÜNÜN BU ARAŞTIRMADAKİ TOPLAM KATILIM SÜRESİ NE KADAR ?

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen zamanınız 1,5 saattir.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Bu araştırmada sizin için beklenen yararlar; araştırmanın amacı doğrudan bir tedavi müdahalesi yapmayı içermemektedir. Ancak çocuğunuzda saptanan psikiyatrik tanılar ile ilgili araştırmacı sizi poliklinik muayenesi ve tedavi için yönlendirebilir. Bu çalışma yalnızca araştırma amaçlıdır ve doğrudan yarar görmesi ya da tedavisinin seyrinin değiştirilmesinin beklenmemelidir.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

Size bu araştırmada anketler uygulanacak ve çocuğunuz ve sizinle psikiyatrik görüşme yapılacaktır. Bu uygulamalar ile ilgili gözlenebilecek istenmeyen bir etki yoktur.

ARAŞTIRMA SÜRECİNDE BİRLİKTE KULLANILMASININ SAKINCALI OLDUĞU BİLİLEN İLAÇLAR/BESİNLER NELERDİR?

Çalışma süresince birlikte kullanımının sakıncalı olduğu ilaç ve besinler bulunmamaktadır.

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?

Formlardaki bilgiler eksik olduğu takdirde araştırma dışı bırakılabilirsiniz.

DİĞER TEDAVİLER NELERDİR?

Çocuğunuz sağlıklı kontrol grubunda yer aldığı için herhangi bir tedavi söz konusu değildir.

HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK/SORUMLULUK KİMDEDİR VE NE YAPILACAKTIR?

Araştırmaya bağlı bir zarar söz konusu olduğunda, bu durumun tedavisi sorumlu araştırmacı tarafından yapılacaktır, ortaya çıkan masraflar Dr.Sibelnur AVCİL tarafından karşılanacaktır.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?

Uygulama süresi boyunca, zorunlu olarak araştırma dışı ilaç almak durumunda kaldığınızda Sorumlu Araştırmacıyı önceden bilgilendirmek için, araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 05056486435 no.lu telefondan Dr.SibelnurAvcil'e başvurabilirsiniz.

ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?

Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR ?

Çalışmayı destekleyen kurum yoktur.

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır. Araştırıcı, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle isteğiniz dışında ancak bilginiz dahilinde sizi araştırmadan çıkarabilir. Bu durumda da sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır.

Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırıcı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler bilimsel amaçla kullanılmayacaktır.

KATILMAMA İLİşKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAğLANABİLECEK MİDİR?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 3 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırıcıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		
VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		
ARAşTIRMA EKİBİNDE YER ALAN VE YETKİN BİR ARAşTIRMACININ		İMZASI
ADI & SOYADI		
TARİH		
GEREKTİğİ DURUMLARDA TANIK		İMZASI
ADI & SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		