



T.C.

KIRŞEHİR AHİ EVRAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI  
HEMŞİRELİĞİ

**AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDEKİ SAĞLIK  
ÇALIŞANLARININ OTİZM SPEKTRUM  
BOZUKLUĞU İLE İLGİLİ BİLGİ TUTUM VE  
FARKINDALIKLARININ İNCELENMESİ**

**BETÜL TÜRKER**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMANLAR**

**Doç. Dr. ALİ GÜNEŞ**

**Prof. Dr. AYL A ÜNSAL**

**KIRŞEHİR / 2021**



T.C.

**KIRŞEHİR AHİ EVRAN ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**  
**ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI**  
**HEMŞİRELİĞİ**

**AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDEKİ SAĞLIK**  
**ÇALIŞANLARININ OTİZM SPEKTRUM**  
**BOZUKLUĞU İLE İLGİLİ BİLGİ TUTUM VE**  
**FARKINDALIKLARININ İNCELENMESİ**

**BETÜL TÜRKER**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMANLAR**

**Doç. Dr. ALİ GÜNEŞ**

**Prof. Dr. AYL A ÜNSAL**

**KIRŞEHİR / 2021**

## KABUL VE ONAY

Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı 191217012 öğrenci numaralı Betül TÜRKER tarafından hazırlanan “Aile Sağlığı Merkezlerindeki Sağlık Çalışanlarının Otizm Spektrum Bozukluğu İle İlgili Bilgi Tutum Ve Farkındalıklarının İncelenmesi” adlı tez çalışması 13.07.2021 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından oy birliği/oy çokluğu ile Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

### Tez Jürisi

Doç. Dr. Ali GÜNEŞ	Prof. Dr. Ayla ÜNSAL	Doç. Dr. Çapan KONCA
Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi	Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi	Adıyaman Üniversitesi
Tıp Fakültesi	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Tıp Fakültesi
(Danışman)	(Başkan) (2. Danışman)	

Doç. Dr. Bahri Elmas  
Sakarya Üniversitesi  
Tıp Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi Erdal ÜNLÜ  
Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi  
Tıp Fakültesi

## TEZ BİLDİRİMİ

Tez içindeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu, ayrıca tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiksiz atıf yaptığımı bildiririm.

Betül TÜRKER



## ÖNSÖZ

Bu araştırma Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programında öğrenim gördüğüm sürede hazırladığım tez çalışmamdır.

Yüksek lisans eğitimim boyunca desteklerini her daim hissettiğim, tez konumu belirlememde ve tez sürecimde önemli yardımları olan başta çok değerli danışman hocalarım Doç. Dr. Ali GÜNEŞ ve Prof. Dr. Ayla ÜNSAL'a, aile sağlığı merkezlerinde önemli roller üstlenen ve çalışmaya gönüllü katılan değerli sağlık çalışanı arkadaşlarıma, tez sürecini birlikte yaşamaktan oldukça mutlu olduğum arkadaşlarıma, hayatım boyunca sevgi ve desteklerini her daim hissettiğim anneme, babama ve kardeşlerime minnettarım ve teşekkürlerimi sunarım.

Kırşehir-2021

Betül TÜRKER

# İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	iv
İÇİNDEKİLER.....	v
TABLO LİSTESİ.....	vii
SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ.....	ix
ÖZET.....	x
ABSTRACT.....	xii
1.GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Otizm Spektrum Bozukluğunun Tanımı.....	3
2.2. Otizm Spektrum Bozukluğunun Tarihçesi.....	3
2.3. Otizm Spektrum Bozukluğunun Epidemiyolojisi.....	6
2.4. Otizm Spektrum Bozukluğuna Neden Olan Faktörler.....	8
2.4.1. Genetik Faktörler.....	8
2.4.2. Nöroanatomik Faktörler.....	9
2.4.3. Çevresel Faktörler.....	10
2.5. Otizm Spektrum Bozukluğunun Belirtileri.....	10
2.5.1. Sosyal İletişim Yetersizliği.....	11
2.5.2. Tekrarlayıcı Davranışlar ve Kısıtlı İlgi Alanları.....	11
2.5.3. Bilişsel Özellikler.....	12
2.6. Yaşamın Farklı Evrelerindeki Klinik Özellikler.....	12
2.7. Otizm Spektrum Bozukluğunda Tanı.....	15

2.7.1. Otizm Spektrum Bozukluğunda Erken Tanı ve Taramalar.....	17
2.7.2. Ülkemizde Aile Hekimi ve Aile Sağlığı Elemanlarının Erken Tanıdaki Rolü.....	18
2.7.3. Ailelerin Otizm Spektrum Bozukluğunun Erken Tanısındaki Rolü.....	19
2.8. Otizm Spektrum Bozukluğunun Tedavisi.....	20
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>21</b>
3.1. Araştırmanın Şekli.....	21
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	21
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	21
3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	21
3.5. Verileri Toplama Aracı.....	21
3.6. Verilerin Toplanması.....	22
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	23
3.8. Araştırmanın Etik Yönü.....	23
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>24</b>
<b>5. TARTIŞMA VE SONUÇ.....</b>	<b>38</b>
<b>6. ÖNERİLER.....</b>	<b>48</b>
<b>KAYNAKLAR.....</b>	<b>49</b>

**EKLER**

**ÖZGEÇMİŞ**

## TABLO LİSTESİ

**Tablo 1:** DSM-5 Otizm Spektrum Bozuklukları Tanı Kriterleri

**Tablo 2:** Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik Özellikleri

**Tablo 3:** Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının OSB'ye İlişkin Görüşleri

**Tablo 4:** Aile Hekimleri ve ASE'lerin OSB Bilgi Tutum Ölçeği ve OSB Farkındalık Anketi Puanları

**Tablo 5:** Aile Hekimleri ve ASE'lerin OSB ile İlgili Bilgi Tutum ve Farkındalıklarının Cinsiyete Göre İncelenmesi

**Tablo 6:** Aile Hekimleri ve ASE'lerin OSB ile İlgili Bilgi Tutum ve Farkındalıklarının Yaş Gruplarına Göre İncelenmesi

**Tablo 7:** Aile Sağlığı Elemanlarının OSB ile İlgili Bilgi Tutum ve Farkındalıklarının Eğitim Durumuna Göre İncelenmesi

**Tablo 8:** Aile Hekimleri ve ASE'lerin OSB ile İlgili Bilgi Tutum ve Farkındalıklarının Meslekte Toplam Çalışma Yıllarına Göre İncelenmesi

**Tablo 9:** Aile Hekimleri ve ASE'lerin OSB ile İlgili Bilgi Tutum ve Farkındalıklarının Medeni Duruma Göre İncelenmesi

**Tablo 10:** Aile Hekimleri ve ASE'lerin OSB ile İlgili Bilgi Tutum ve Farkındalıklarının Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre İncelenmesi

**Tablo 11:** Aile Hekimleri ve ASE'lerin OSB ile İlgili Bilgi Tutum ve Farkındalıklarının Ailesinde veya Çevresinde OSB'li Birey Olma Durumuna Göre İncelenmesi

**Tablo 12:** Aile Hekimleri ve ASE'lerin OSB ile İlgili Bilgi Tutum ve Farkındalıklarının OSB ile İlgili Herhangi Bir Eğitim Programına Katılma Durumuna Göre İncelenmesi

**Tablo 13:** Aile Hekimleri ve ASE'lerin OSB ile İlgili Bilgi Tutum ve Farkındalıklarının Aile Sağlığı Merkezinde Ailelere OSB'ye Yönelik Bir Hizmet Verme Durumuna Göre İncelenmesi

**Tablo 14:** Aile Hekimleri ve ASE'lerin OSB ile İlgili Bilgi Tutum ve Farkındalıklarının Birimlerinde Kayıtlı OSB Tanısı Almış Çocuk Olma Durumuna Göre İncelenmesi

**Tablo 15:** Aile Hekimleri ve ASE'lerin OSB ile İlgili Bilgi Tutum ve Farkındalıklarının OSB Olabileceğinden Şüphelendikleri Çocuk Olma Durumuna Göre İncelenmesi

**Tablo 16:** OSB Bilgi Tutum Ölçeği ve OSB Farkındalık Anketi Puan Ortalamaları ve Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki



## SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ

**OSB:** Otizm Spektrum Bozukluğu

**ASM:** Aile Sağlığı Merkezi

**ASE:** Aile Sağlığı Elemanı

**CDC:** Amerika Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi

**ABD:** Amerika Birleşik Devletleri

**APA:** Amerikan Psikoloji Birliği

**DSM:** Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı IV/Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

**YGB:** Yaygın Gelişimsel Bozukluk

**CHAT:** Erken Çocukluk Dönemi Otizm Tarama Ölçeği/Checklist for Autism in Toddlers

**M-CHAT:** Değiştirilmiş Erken Çocukluk Dönemi Otizm Tarama Ölçeği

**MRI:** Manyetik Rezonans Görüntüleme

**EEG:** Elektroensefalografi

**OKB:** Obsesif-Kompulsif Bozukluk

**DEHB:** Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

**%:** Yüzde

**±:** Ortalama Değerlerin Standart Sapması

**Ort:** Ortalama

**SS:** Standart Sapma

**t:** Test

**p:** Güven Aralığı

**F:** Tek Yönlü Varyans Analizi

## ÖZET

### YÜKSEK LİSANS TEZİ

# AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDEKİ SAĞLIK ÇALIŞANLARININ OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU İLE İLGİLİ BİLGİ TUTUM VE FARKINDALIKLARININ İNCELENMESİ

**BETÜL TÜRKER**

**Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi**

**Sağlık Bilimleri Enstitüsü**

**Hemşirelik Anabilim Dalı**

**Danışmanlar**

**Doç. Dr. ALİ GÜNEŞ**

**Prof. Dr. AYLA ÜNSAL**

Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB) duygusal ve sosyal ilişkilerde yetersizlik, iletişimde bozukluk, yineleyici davranışlara yatkınlık ve ilgi alanının kısıtlılığı ile karakterize nörogelişimsel bir bozukluktur. OSB son dönemlerde artan prevalansı nedeniyle önemli bir halk sağlığı problemidir. Günümüzde en sık görülen gelişimsel bozukluklar arasında yer almaktadır. OSB'nin belirti ve bulguları erken çocukluk döneminde ortaya çıkıp etkileri yaşam boyu sürmektedir. OSB'nin klinik seyirinde erken tanı ile birlikte en erken zamanda özel eğitime ve davranışçı tedaviye başlanması prognozu olumlu yönde etkilemektedir. Bu nedenle gelişimsel izlem ve taramaların yapıldığı aile sağlığı merkezinde (ASM) görev yapan aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarına (ASE) OSB'nin erken tanısı ile ilgili önemli roller düşmektedir. Bu çalışmada OSB'nin erken tanısında büyük görevleri olan aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının OSB ile ilgili bilgi tutum ve farkındalıklarının incelenmesi amaçlanmıştır.

Araştırmanın örneklemini Niğde aile sağlığı merkezinde görev yapan 90 aile hekimi ve 88 aile sağlığı elemanı oluşturmaktadır. Veriler; sosyodemografik veri formu, OSB Bilgi ve Tutum Ölçeği ve OSB Farkındalık Anketi içeren soru formu internet ortamında

katılımcılara uygulanarak elde edilmiştir. Aile hekimlerinin farkındalık düzeyi ASE'lerden daha yüksek bulunmuştur. 35 yaş ve üzerinde olan ASE'lerin, kadın ASE'lerin, uzman aile hekimlerinin, evli ve çocuk sahibi olan ASE'lerin, lisans mezunu ASE'lerin, 21 yıl ve daha fazla süre çalışan aile hekimleri ve ASE'lerin bilgi düzeyi daha yüksek bulunmuştur. 35 yaş ve üzerinde olan aile hekimlerinin, 18-24 yaş arası ASE'lerin, evli ASE'lerin, çocuk sahibi olan aile hekimlerinin, lisans ve yüksek lisans mezunu ASE'lerin ise farkındalık düzeyi daha yüksek bulunmuştur.

Bu sonuçlardan yola çıkarak ASM'lerde çalışan aile hekimleri ve ASE'lerin OSB ile ilgili bilgi tutum ve farkındalıklarında eksiklikler olduğu saptanmıştır. OSB'nin belirtileri, erken tanı ve müdahalesi ile ilgili eğitimlerin düzenlenmesi, OSB ve erken tanısının önemini vurgulayan seminerler, programlar ve etkinlikler düzenlenmesi, ASM'lerde izlem ve taramalarda 18-36 ay arasındaki çocukların OSB açısından değerlendirilmesi için aile hekimleri ve ASE'lerin farkındalıklarının artırılmasının OSB'nin erken tanılanmasında katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Haziran 2021, 78 Sayfa

**Anahtar Kelimeler:** Otizm Spektrum Bozukluğu, aile sağlığı merkezi, sağlık çalışanı, bilgi, tutum, farkındalık

## **ABSTRACT**

### **MASTER THESIS**

# **INVESTIGATION OF THE INFORMATION ATTITUDES AND AWARENESS OF HEALTH PROFESSIONALS IN FAMILY HEALTH CENTERS ABOUT AUTISM SPECTRUM DISORDER**

**BETÜL TÜRKER**

**Kırşehir Ahi Evran University**

**The Institute of Health Sciences**

**Department of Nursing**

**Supervisors**

**Doç. Dr. ALİ GÜNEŞ**

**Prof. Dr. AYL A ÜNSAL**

Autism Spectrum Disorder (ASD) is a neurodevelopmental disorder characterized by inadequacy in emotional and social relationships, impaired communication, predisposition to repetitive behaviors, and limitation of interest. ASD is an important public health problem due to its increasing prevalence in recent years. It is among the most common developmental disorders today. The signs and symptoms of ASD appear in early childhood and its effects last a lifetime. In the clinical course of ASD, starting special education and behavioral treatment at the earliest time together with early diagnosis affects the prognosis in a positive way. For this reason, family physicians and family health professionals (FHP) working in the family health center (FHC), where developmental follow-up and screening are performed, have an important role in the early diagnosis of ASD. In this study, it was aimed to examine the information attitudes and awareness of primary care physicians and family health professionals who have a great role in the early diagnosis of ASD.

The sample of the study consists of 90 family physicians and 88 family health personnel working at the Niğde family health center. Data were gathered via the questionnaire

containing the sociodemographic data form, the ASD Knowledge and Attitude Scale and the ASD Awareness Questionnaire by applying to the participants on the internet. The level of information of family physicians was found to be higher than that of family health professionals. It was found that the level of information of family health professionals aged 35 and over, married family health professionals with children, family health professionals who are graduates of higher education, family physicians and family health professionals who have worked in the profession for more than 21 years. It was found that the level of awareness of family physicians aged 35 and over, family health professionals aged 18-24, married family health professionals, family health professionals who are graduates of higher education.

It was determined that family physicians and FHPs working in PHCs had deficiencies in their information, attitudes and awareness about ASD. It is thought that it is important to organize trainings on the symptoms, early diagnosis and prevention of ASD, organize seminars, programs, and events emphasizing the importance of ASD and its early diagnosis, evaluation of children aged 18-36 in terms of ASD during follow-up and screening in FHCs. Thus, it will raise the awareness of primary care physicians and professionals.

June 2021, 78 Pages

**Keywords:** Autism Spectrum Disorder, family health center, health worker, knowledge, attitude, awareness

# 1.GİRİŞ

OSB duygusal ve sosyal ilişkilerde yetersizlik, iletişimde bozukluk, yineleyici (stereotipik) davranışlara yatkınlık ve ilgi alanının kısıtlılığı ile karakterize nörogelişimsel bir bozukluktur (1). OSB'nin belirti ve bulguları erken çocukluk döneminde ortaya çıkıp etkileri yaşam boyu sürmektedir (2). OSB'nin prevalansı 1970'li yıllarda 5/10.000, 2006'da 1/150, 2008'de 1/88, 2012'de 1/68, 2014'de 1/45 ve 2018'de 1/59 olarak belirtilmiştir (2,3). Amerika Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri'nin (CDC) verilerine göre OSB'nin prevalansı son 10 yılda %123 artmıştır (2). OSB son dönemlerde artan prevalansı nedeniyle önemli bir halk sağlığı problemidir (4). Günümüzde en sık görülen gelişimsel bozukluklar arasında yer almaktadır. Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de OSB görülme oranının arttığı bilinmektedir. Milli Eğitim Bakanlığı'nın 2014 verilerine göre ülkemizde zorunlu eğitim çağında 16.837 OSB'li çocuk olduğu bildirilmiştir (5). Eğitim ve rehabilitasyon merkezlerinin %53.2'si OSB'li çocuklara hizmet etmektedir (6). Türkiye genelinde, 2020 verilerine göre OSB tanısı almış 38.661 birey olduğu bilinmektedir (7).

OSB'nin klinik seyrinde çocuğun zeka düzeyi ve görülen belirtilerin şiddeti önemli olup erken tanı ile birlikte en erken zamanda özel eğitime ve davranışçı tedaviye başlanması prognozu olumlu yönde etkilemektedir (8). Erken tanıyla birlikte uygun eğitim ve tedavi uygulanan otizmlili bireyler 6-7 yaşlarında %47'sinin entelektüel kapasitesinin normal olarak saptandığı ve normal okullara gidebildikleri bildirilmiştir (9). Aynı çocuklar üzerinde yapılan izlemlerde 6 yıl sonra %42'sinin yaşlılarından ayırt edilmeyecek davranış ve zeka düzeyine sahip oldukları bildirilmiştir. OSB'de anaokulundan önce yapılan iki yıllık müdahale önemli derecede akademik, toplumsal ve ekonomik faydalar sağlamaktadır. Erken tanı alan, uygun eğitim ve tedavi uygulanan bireylerin bağımsız yaşayabilme, liseyi bitirebilme ve bir meslek sahibi olabilme oranlarının daha yüksek; suç işleme ve istismara uğrama oranlarının daha düşük olduğu belirtilmiştir (10).

Yaşamın erken dönemlerinde otizmle ilgili birçok belirti görülmesine rağmen otizm tanı yaşının geç olduğu görülmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 2009 yılında yapılan bir araştırmada otizm tanı yaşı ortalama 5.7 olarak bildirilmiştir (11). OSB bulguları genellikle 30. aydan önce başlamaktadır. Bu yüzden Amerikan Psikoloji Birliği (APA) tüm çocukların sağlıklı çocuk izleminde 18 ve 24. aylarda OSB bakımından

taranmalarını önermektedir (12). Halk Sağlığı Kurumu'nun yayınladığı çocukluk dönemi tarama protokolünde çocukların ilk 6 yaştaki bilişsel gelişimi, motor gelişimi, dil gelişimi ve sosyal gelişiminin düzenli değerlendirilmesi ve riskli çocukların ilgili uzmanlara sevk edilmesi gerektiği ifade edilmiştir. Çocuklara 18 ile 36 arasında OSB açısından izlem-tarama yapılması önerilmektedir. Bu nedenle gelişimsel izlem ve taramalar erken tanı için çok önemlidir. ASM'ler erken çocukluk döneminde gelişimsel izlem ve taramaların yapıldığı yerlerdir. Aile sağlığı merkezindeki sağlık çalışanlarının bebeklik ve erken çocukluk döneminde gelişimin izlenmesi ve desteklenmesi açısından rolleri oldukça önemlidir (13). Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının (ASE) bu önemli rolü gerçekleştirebilmeleri için OSB'nin belirtileri, erken tanısı ve müdahalesi hakkında bilgi sahibi olmaları gerekmektedir (11). Literatürde konu ile ilgili ulusal ve uluslararası düzeyde yapılan çalışmalarda aile hekimi ve ASE'lerin OSB ile ilgili bilgi ve farkındalık düzeylerinde eksiklikler olduğu gözlenmiştir (14-16). Aile hekimleri ve ASE'lerin konu ile ilgili bilgi ve farkındalık düzeylerinin belirlenmesi, hangi noktalarda eksikliklerin olduğunun saptanması, bilgi ve farkındalık düzeylerinin arttırılması noktasında gerekli müdahalelerin yapılması OSB'nin erken tanısı ve tedavisi açısından oldukça önemlidir.

Bu araştırmanın amacı OSB'nin erken tanısında büyük görevleri olan ASM'lerdeki aile hekimleri ve ASE'lerin OSB ile ilgili bilgi tutum ve farkındalıklarının incelenmesidir. Bu amaçla alışmamızda OSB'nin erken tanısında aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının rolünün önemine değinilmiştir.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Otizm Spektrum Bozukluğunun Tanımı

Otizm sözcüğü Yunan dilindeki autos (kendi) ve ismos (durum ya da harekete ait ek) kelimelerinin birleşiminden meydana gelmiştir (17). Otizm içe yöneliklik anlamına gelmektedir (18). Spektrum ise çeşitlilik, renkler yelpazesi anlamında kullanılmaktadır. Gökkuşluğu üzerinde birçok farklılığın bulunduğu bir aralık düşünülmektedir.

OSB duygusal ve sosyal ilişkilerde yetersizlik, iletişimde bozukluk, basmakalıp ve yineleyici (stereotipik) davranışlara yatkınlık ve ilgi alanının kısıtlılığı ile karakterize nörogelişimsel bir bozukluktur (1). Belirtileri erken çocukluk döneminde ortaya çıkıp etkileri yaşam boyu sürmektedir (2). OSB'nin tüm yaş gruplarında temel benzer belirtileri göstermesine rağmen ortaya çıkma biçimi ve bireyin yaşamını etkileme şiddeti değişkenlik göstermektedir (18). Bu nörogelişimsel bozukluğun etkileri ve şiddeti oldukça değişen bir çeşitlilikte olsa da tamamı için OSB ismi genel kabul görmüştür ve kullanılmaya devam edilmektedir (1).

### 2.2. Otizm Spektrum Bozukluğunun Tarihçesi

OSB'nin tanımlanmasından uzun zaman önce kaleme alınmış bazı eserlerde otistik belirtilerden ve tedavisi için bazı uygulamalardan bahsedilir. Martin Luther şiddetli otistik semptomlar gösteren bir erkek çocuğunu eserlerinde betimlemektedir. 1798'de otizm semptomları taşıyan Aveyronlu Victor, bir tıp öğrencisi tarafından davranışsal bir yöntem kullanılarak sosyal bağlar kurması ve konuşması sağlanmak amacıyla tedavi edilmeye çalışılmıştır (19).

Tarihte otizm terimi ilk defa bireylerin kendini dış dünyadan soyutlamasını belirtmek için 1911'de İsviçreli psikiyatrist Eugen Bleuler tarafından türetilmiştir (20). Otizmi günümüzdeki anlamıyla ilk defa 1938 tarihinde Avusturyalı psikiyatrist Hans Asperger tanımlamıştır. Asperger, Viyana Üniversitesi'nde verdiği bir derste Bleuler'in 'otistik psikopatlar' terminolojisini yorumlamıştır (21).

Otizm ile ilgili tarihte ilk araştırma 1943 yılında ABD'de Jonh Hopkins Üniversitesi'nde görev yapan Leo Kanner tarafından yapılmıştır (22). Kanner diğer insanlara karşı belirgin ilgisizliği, değişime karşı aşırı direnci, tekrarlayıcı ve amaçsız davranışları ve dil işlevlerinde bozukluğu olan on bir çocuğun klinik özelliklerini

incelemiştir. Bunların yanında bu çocukların soyut kavramları anlamada ve sembolleştirme konusunda güçlükler yaşadığını, özellikle ses gibi uyaranlara aşırı tepki gösterdiklerini ve spontan aktivitelerde zorlandıklarını gözlemlemiştir (23). Otizmi ‘aşırı yalnızlık’ anlamında tanımlayan Kanner, bu tabloyu “erken bebeklik otizmi –early infantil autism” olarak adlandırmıştır (22). Kanner araştırmalarından yola çıkarak otizmle ilgili ilk bilimsel nitelikli makale olan “Autistic Disturbances of Affective Conact (Afektif İletişimim Otistik Bozuklukları)” adlı makalesini yayınlamıştır (24). Makalesinde çocukların davranışlarında farklılıklar olduğunu ancak çocukların akranlarıyla benzer fiziksel özelliklere sahip olduğunu belirtmiştir. Kanner bu durumu OSB’nin organik bir bozukluk olamayacağı şeklinde yorumlamıştır. Fakat günümüzde OSB’nin organik bir sorun olduğu fikri baskındır (25). Kanner otistik belirtiler gösteren çocukların annelerini gözlemleyerek soğuk ve ilgisiz "buzdolabı annelerin" otizme sebep olduğunu öne sürmüştür (26). Kanner’in tanımladığı birçok özellik bugün de geçerliyken; bozukluğun uygunsuz ve yetersiz bakım sonucu gelişebileceği, eş tanı alamadığı, anlık yeti yitimi ile ilişkili olmadığı gibi bazı iddialar geçerliliğini kaybetmiştir (27).

Daha sonraları Hans Asperger, 1944 yılında yayınladığı doktora tezinde ergen ve okul çağında olan 4 erkek çocuğunu incelemiştir. Bu çocukların iletişim becerilerinde yetersizlik, sosyal yetersizlik, empati yoksunluğu ve tek bir konu üzerinde odaklanma gibi benzer özelliklerinden bahsetmiştir (28). Asperger, Kanner’dan farklı olarak bu çocukların dil ve bilişsel alanda herhangi bir geriliklerinin olmadığını ifade etmiştir (29). Asperger daha sonra Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV-DSM IV) tanı kategorisinde Asperger Sendromu olarak anılacak olan bu bir grup hasta için “otistik psikopatlar” terimini kullanmıştır (20).

Bruno Bettelheim 1960’lı yıllarda otistik olarak adlandırdığı çocuklarda üç terapi seansının etkinliğini incelemiştir. Bettelheim, çocuklarda görülen otistik belirtilerin tümüyle “patolojik” annelerin neden olduğunu ileri sürmüş “buzdolabı anne” terimini kullanmaya devam etmiş ve bu çocukları annelerinden ayırmıştır. Bu durum halkta büyük bir yankı uyandırmıştır (19). Bu duruma otizmlili bir çocuğu olan Psikolog Bernard Rimland karşı çıkmıştır. Otizmin nörolojik temelli bozukluk olduğunu ileri sürerek “Infantile Autism: The Syndrome and its Implications for a Neural Theory of Behavior (İnfantil Otizm: Sendrom ve Sinirsel Davranış Teorisine Etkileri)” adlı makalesini 1962’de yayınlamıştır (30). 1965 yılında ise Rimland’ın öncülük ettiği “Amerika Otizm Cemiyeti”

(“ASA-Autism Society of Amerika”) kurulmuştur (31). Bu gelişmelerden sonra nedenlerine ve tedavisine “çocukluk şizofrenisi” olarak bakılan otizm için çalışmalar ayrı bir yolda ilerlemeye başlamıştır (32). 1977 yılında Susan Folstein ve Michael Rutter ikizler ile yürüttükleri araştırmayla otizmin genetik temellere dayandığını ispatlamışlardır (33). Rutter 1978 yılında “Çocukluk Çağı Otizmini”, bedensel gelişimin 30. Ayından önce başlayan sosyal alanda bozulma, değişime direnç gösterme ve dil gelişiminde sapma/gecikme olarak tanımlamıştır (34). 1979’da Wing ve Gould “Otizm Spektrum Bozuklukları” ifadesini kullanmış ve önceden yapılan tanımlamaları genişleterek belirtileri iletişim sorunları, sosyal karşılıklılık, tekrarlayıcı davranışlar veya sınırlı ilgi alanları olmak üzere üç temel alanda sınıflandırmışlardır. Bu belirtilerin farklı şiddette ve değişen şekillerde bulunabileceğini ifade etmişlerdir (35,36). Örneğin sosyal alanda bozulmanın yalnızca ‘uzak durma’ şeklinde olmadığını, ‘pasiflik’ veya ‘aktif ancak uygunsuz’ şekilde olabileceğini belirtmiş ve ‘soğuk, pasif ve aktif ancak tuhaf’ şeklinde üç alt grup belirlemişlerdir (35). 1980’li yılların başında otizm ile ilgili çalışmalar hızlanmıştır ve otizmi fenilketonüri gibi metabolik bozukluklar, Frajil-X Sendromu gibi kromozomal anomalilerle, tüberoskleroz gibi genetik hastalıklar ile ilişkili olabileceği öne sürülmüştür (37).

İlk defa 1980 yılında tanı sınırları netleşerek DSM-III’te Yaygın Gelişimsel Bozukluk (YGB) başlığı altında “Erken Bebeklik Otizmi (İnfanıl Otizm)”, “Çocukluk Başlangıçlı Yaygın Gelişimsel Bozukluk” ve “Atipik Yaygın Gelişimsel Bozukluk” şeklinde yer almıştır (38). Erken Bebeklik Otizmi ve Çocukluk Başlangıçlı Yaygın Gelişimsel Bozukluğu belirtilerin başlama yaşıyla (30 ay) birbirinden ayrılmıştır (39). 1987 yılında düzenlenen DSM III-R revize şeklinde ise Yaygın Gelişimsel Bozukluk “Başka Türü Adlandırılmayan Yaygın Gelişimsel Bozukluk (BTA-YGB)” ve “Otistik Bozukluk (OB)” olarak iki gruba ayrılmıştır. OB tanısı için üç temel alana (iletişim alanında bozukluk, sosyal ilişkide bozukluk, kısıtlı aktivite örüntüsü) ait 16 belirtiden 8’inin olması gerektiği belirtilmiştir (40). 1991 yılında Catherine Lord, Ann LeeCouteur ve Michael Rutter Otizm Tanılama Görüşmesi’ni (Autism Diagnostic Interview- ADI) yayınlamışlardır (41). 1994 yılında yayınlanan DSM-IV’de bu başlıklara “Rett Bozukluğu (RB)”, “Çocukluğun Dezintegratif Bozukluğu (ÇDB)” ve “Aspesger Bozukluğu (AB)” da ilave edilmiştir (42). Ardından 2007 yılında APA’nın önerisi ile DSM IV’ün YGB kavramını incelemek ve yeni bir tanımlama ve tanısız ölçüt oluşturmak amacıyla Nörogelişimsel Bozukluklar Çalışma Grubu oluşturulmuştur. Bu grubun araştırmaları sonucunda YGB için sınıflandırma

görüşünün yerine boyutsal yaklaşım anlayışı önerilmiştir. Bu önerinin temelini YGB'nin alt sınıflarının tümünün tanımlanan boyutun farklı bölgesinde ancak yelpazenin bir parçası olduğu görüşü oluşturmuştur. Diğer taraftan YGB yerine OSB teriminin kullanılması ve bozukluğun şiddetine göre OSB'nin gruplandırılması da önerilmiştir (43). Nörogelişimsel Bozukluklar Çalışma Grubunun araştırmaları sonucunda, DSM-V'te otizm ile ilgili bozuklukların sınıflamasında farklılıklar olmuş ve belirtilerin şiddetine göre ele alındığı yeni bir tanılama sistemi getirilerek; OSB adı altında birleştirilmiştir. YGB başlığı altında olan Rett Bozukluğu genetik zemini nedeniyle OSB'nin dışında bırakılmıştır. DSM-V'te yer alan bu modelde bu bozuklukların aynı yelpazenin içinde bulunduğu, hafiften şiddetliye kadar çok yönlü bulgular gösterdiği ortaya konularak boyutsal yaklaşım kabul edilmiştir (1). DSM-IV'te Otizm Bozukluğu tanısı için, 3 alandaki (iletişim becerileri alanında en az iki, sosyal etkileşim alanında en az iki, tekrarlayıcı davranışlar ve kısıtlı ilgi alanları en az bir) 12 belirtiden en az 6 tanesinin olması ve belirtilerin 3 yaşından önce başlaması gerekmektedir (44). DSM V'teki tanı kriterlerinde ise OSB bulgularının gruplandığı alanların sayısı üçten ikiye inmiştir. Bu iki alan "sınırlı ve yineleyici ilgi, davranış ve etkinlikler" ve "sosyal etkileşim/iletişim eksiklikleri" şeklindedir (45).

Son 30 yılda OSB ile ilgili önemli bir yol kat edilse de hala bilinmeyen birçok nokta vardır. Öncesinde daha çok psikojenik bir hastalık olarak bakılan OSB, bugün bütün psikiyatrik durumlar içerisinde özelliği oldukça fazla olan anormal nörokimyasal ve nöranatomik bulguların görüldüğü nörogelişimsel bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır (45).

### **2.3. Otizm Spektrum Bozukluğunun Epidemiyolojisi**

Otizm prevalansı ile ilgili ilk araştırma İngiltere'de 1966 yılında 8-18 yaş aralığındaki çocuklar arasında yapılmış ve prevalansı 4.5/10.000 olarak bulunmuştur (46). Uzun bir dönem otizmin ender görülen bir hastalık olduğu düşünülmüştür. Otizmin prevalansının 1970'li yılların sonunda 5/10.000, 1980'li yılların sonunda 7/10.000 ve 1990'lı yılların sonunda 10/10.000 olduğu belirtilmiştir (47). 2000'li yıllarda ise bu oran %1-2'lere kadar yükselmiştir (48). CDC verilerine göre sıklığı artarak devam eden OSB'nin prevalansı son 10 yılda %123 artmıştır. CDC raporlarına göre otizm sıklığı 2006'da 1/150, 2008'de 1/88, 2012'de 1/68, 2014'de 1/45 ve 2018'de 1/59 olarak belirtilmiştir (49). ABD'de OSB sıklığı 2006'da 1/150, 2008'de 1/88, 2012'de ise 1/68 olarak belirtilmiştir (50). 2011 yılında Güney Kore'de 7-12 yaş arasındaki 55.266 çocuğun

katıldığı bir epidemiyolojik çalışmada OSB yaygınlığı %2.64 (1/38) olarak bulunmuştur (51). Geçmişten günümüze yapılan prevalans çalışmaları otizm vakalarının oldukça önemli bir artış sergilediğini göstermektedir (45).

Son yıllarda meydana gelen OSB sıklığındaki artışı değerlendiren araştırmalarda konuyla ilgili pek çok sebep ileri sürülmüştür. Kaliforniya Gelişimsel Servis Bölümünün 2003 yılında yayınladığı rapora göre otizm prevalansının artışının sebebi olarak %44'ü bilinmeyen nedenler, %22'si tanılamadaki gelişmeler, %16'sı sosyal etkiler, %11'i anne baba yaşı, %5'i diğer nedenler ve %2'si coğrafi kümelenme saptanmıştır. Diğer nedenler içinde sağlıksız beslenme, radyasyon, kentleşme, uyaran eksikliği bir ortamda yetiştirme, toplumsal değişimler ve çevre kirliliği gibi nedenler bulunmaktadır (52). Konuyla ilgili diğer çalışmalarda ise artışın nedenleri ile ilgili olarak OSB tanı kriterlerinin değişmesi ile birlikte spektrumun kapsamının genişletilmesi, OSB ile ilgili bilgi ve farkındalığın artması, öncesinde zeka geriliği tanısı alan çocukların OSB tanısına kayması, sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşılması gibi nedenler gösterilmiştir (53,54).

OSB erkek cinsiyette daha sık görülmektedir. Cinsiyet açısından bakıldığında erkek/kız oranı yaklaşık 4.5/1'dir. ABD'de Otizm ve Gelişimsel Bozuklukları İzleme Ağı, ilk 8 yaşta her 68 çocuktan birinin (14.7/1000) OSB olduğunu, bu sıklığın erkek çocuklarda 23.6/1000, kız çocuklarda 5.3/1000 olduğunu belirtmiştir. Buna göre her 42 erkek çocuktan biri ve her 189 kız çocuktan biri OSB tanısı almaktadır (55). Erkeklerde daha sık görülmesinin fetal androjene maruz kalma ve beyin zedelenebilirliğinin eşliğinin erkeklerde düşük olması ile ilgili olabileceği belirtilmiştir (56). OSB'nin erkeklerde daha sık görüldüğü ancak kızlarda daha ağır seyrettiği ve zeka geriliğinin daha fazla eşlik ettiği bilinmektedir (57). Fombonne çalışmasında, zekâ geriliği olan grupta OSB'li erkek/kız oranının 1.9/1 olduğunu normal zekâyâ sahip OSB'lerde ise erkek/kız oranının 5.75/1 olduğunu bildirmiştir (58). Kızlarda ortalama fark edilme yaşının erkeklere göre daha erken olduğu ve daha erken tanı aldıkları bildirilmektedir (59).

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de OSB görülme sıklığının arttığı bilinmektedir. Ülkemizde OSB tarama yöntemiyle tanı almış geniş düzeyde sıklık araştırmaları bulunmamaktadır. Ülkemizde OSB riskini değerlendiren en geniş çaplı çalışma Tohum Otizm Vakfı'nın 2008 yılında yayınladığı otizm tarama projesidir. Bu çalışmada 18-36 ay arasındaki 45000 çocuğun OSB riski araştırılmıştır. Çalışmanın ilk aşamasında hemşire ve ebeler tarafından Değiştirilmiş Erken Çocukluk Dönemi Otizm

Tarama Ölçeği (M-CHAT) uygulanmıştır. İkinci aşamada ise risk grubunda olan çocuklara aile hekimleri tarafından Erken Çocukluk Dönemi Otizm Tarama Ölçeği/Checklist for Autism in Toddlers (CHAT) uygulanmıştır. İkinci aşamada CHAT ile değerlendirilen 228 çocuktan 15' i yüksek riskli, 242 çocuktan 49'u orta dereceli riskli olarak saptanmıştır (59). Milli Eğitim Bakanlığı'nın 2014 verilerine göre ülkemizde zorunlu eğitim çağında 16.837 OSB'li çocuk olduğu bildirilmiştir (5). Eğitim ve rehabilitasyon merkezlerinin %53.2'sinin OSB'li çocuklara hizmet ettiği belirtilmiştir (6). Sağlık Bakanlığı'nın verilerine göre 2018 yılında 667.323 çocuk OSB açısından değerlendirilmiş, 15.087'sinde risk tespit edilmiş ve 805 çocuk OSB tanısı almıştır. 2019 yılının ilk üç ayında ise 220.649 çocuk değerlendirilmiş, 4.921'inde risk tespit edilmiş ve 335 çocuk OSB tanısı almıştır. Ülkemizde OSB tanısı almış 38.661 birey olduğu bildirilmiştir (7).

#### **2.4. Otizm Spektrum Bozukluğuna Neden Olan Faktörler**

OSB'nin meydana gelmesine neden olan etmenler en çok tartışılan kısımdır. Günümüzde OSB'nin etiyolojisini bulmaya yönelik pek çok araştırma yapılmış olsa da nedeni tam olarak açıklanamamaktadır. OSB'nin etiyolojisinde çok sayıda gen ve fenotipik varyasyonlar içeren karmaşık genetik geçişli nörogelişimsel bir bozukluk olduğu düşünülmektedir. Bu konuda neden olabilecek faktörler üç grupta toplanmıştır.

##### **2.4.1. Genetik Faktörler**

OSB ile ilgili yapılan epidemiyolojik araştırmalarda ulaşılan sonuçlara göre; katılabilirlik düzeyi %90 saptanmış olup bu da etiyolojide genetik etmenlerin rol oynadığını göstermiştir. OSB ile ilgili ilk genetik araştırmalar, ikiz çocuklar ve ebeveynlerine ilişkin yapılan çalışmalardır. Yapılan ikiz araştırmalarında konkordans düzeyi tek yumurta ikizlerinde %36-91, çift yumurta ikizlerinde %5 şeklinde bulunmuştur. Konkordans oranının tek yumurta ikizlerinde çift yumurta ikizlerinden yüksek olması güçlü genetik etkiyi göstermektedir (60). OSB'li çocukların kardeşlerinde OSB sıklığının araştırıldığı çalışmada, OSB'li en az bir büyük kardeşi olan bebeklerin %18.7'sinde bozukluk geliştiği saptanmıştır. Bu oran toplumdaki sıklığın oldukça üzerindedir. Ayrıca ailede bozukluğun olduğu birey sayısının fazlalığı ve erkek cinsiyet OSB sıklığını arttırmaktadır (61). Aile çalışmaları OSB'li bireylerin birinci derece akrabalarında OSB'nin artmış yükünlüğü düşündürmektedir (62). OSB'li kişilerin akrabalarının bazılarında OSB'ye ait benzer semptomların görülmesi OSB tanısı almayan bu akrabalarda otizme benzer genetik yapının bulunduğunu düşündürmektedir (63).

OSB ile ilişkili olan yaklaşık 1000 gen bölgesi tespit edilmiştir. Birden fazla genin etkileşiminin bozukluğa neden olabileceği saptanmıştır (64,65). Tüm bu bulgular OSB'nin karmaşık genetik bir bozukluk olduğunu göstermektedir. Günümüzde OSB'nin etiyojisinde %20-25 düzeyinde genetik nedenler belirlenebilmektedir. Geriye kalan %75-80'lik kısım henüz belirlenememektedir. Bilinen genetik nedenler kopya sayısı değişiklikleri (submikroskobik delesyonlar ve duplikasyonlar) %10-20 civarında, sitogenetik olarak gözlenebilen kromozom anomalileri %5 oranında ve nörolojik olarak OSB ile ilişkilendirilmiş tek gen hastalıkları %5 düzeyinde yer almaktadır (66,67).

#### **2.4.2. Nöroanatomik Faktörler**

OSB'de beyindeki anormal durumları saptayabilmek amacıyla elektrofizyolojik çalışmalar, beyin görüntüleme çalışmaları ve postmortem otopsi çalışmaları yapılmaktadır. Bu çalışmalarda beyin çeşitli bölgelerinde farklı patolojiler görülmüştür. Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRI) çalışmaları ile OSB'li bireylerin ortalama beyin hacminin %5 düzeyinden büyük olduğu; 12 yaşından sonra bu farkın kaybolduğunu ve beyin hacminin normal sınırlar içinde kaldığı saptanmıştır (68). Bu büyüme özellikle yaşamın ilk üç yılında frontal lob (dikkat, inhibisyon ve yürütücü işlevlerle ilgili), temporal lob (dil ile ilgili) ve amigdala (emosyonel ve sosyal davranış ile ilgili) görülür ve sonrasında bu büyüme durur. Bunun yanında serebellar vermis alt bölgelerinde hipoplazi görülmektedir (69). Ancak belirtilen bu büyümelerden hangilerinin ne derece etkili olduğu bilinmemektedir. Yapılan bir postmortem çalışmaya göre hipokampus, septal nükleuslar subikulum ve bazı amigdala alt çekirdeklerinde küçük, yoğunlaşmış nöronla birlikte purkinje hücre yoğunluğunda azalma bildirilmiştir. Nöroanatomik çalışmalarda en sık görülen bulgu bazı dikkat becerilerinden sorumlu olan serebellumun hücre sayısında azalma ve hacminde küçülme olmasıdır (70). OSB duygu, düşünce, konuşma ve dikkat gibi pek çok zihinsel işlevi etkilediği için belli bir beyin bölgesinden çok bir şebekenin etkilendiği düşünülmektedir (71). Son yıllarda yapılan çalışmalarda beyin bağlantılarında meydana gelen değişikliklerin OSB'de oluşan birçok yetersizliğin en önemli nedeni olduğu düşünülmektedir. Bir diğer görüş ise kortikal az bağlantırlık kuramıdır. Bu kurama göre OSB'li bireylerde frontal lob ve arka bölgeleri arasında iletişimsel band genişliği azaldığı için beyin ön ve arka bölgeleri arasında senkronizasyon azalmıştır. Bu nedenle OSB'li bireylerdeki bilişsel ve davranışsal sorunların oluştuğu düşünülmektedir (72,73,74)

Çok sayıda otistik çocukta epileptik nöbetler görülmektedir. Otistik çocuklarda epileptik nöbetlerin sıklığının araştırıldığı bir çalışmada otistik çocukların %5-46'sında

epilepsi teşhisi konulduğu ve %60'ında Elektroensefalografi (EEG) anormalliği olduğu bildirilmiştir (67). Epilepsinin genellikle 0-3 yaş arasında ve ergenlik çağında görüldüğü gözlenmiştir (71).

### **2.4.3. Çevresel Faktörler**

Genomik ve çevresel risk faktörler değişik şekillerde bir araya gelerek, OSB şiddet ve riskini belirlemektedir. Bu etkileşimde santral sinir sisteminin uğramış olduğu hasarın önemli olduğu belirtilmiştir (75). Genetik yatkınlığı olan ve çevresel etkenlere duyarlı kişilerde stresör faktörlerin sinerjistik etkisi ile birlikte OSB'ye yatkınlığın arttığı saptanmıştır (76).

Prenatal dönemde oluşan; suçiçeği, influenza, herpes gibi maternal enfeksiyonlar, diyabet, hipotirodi gibi maternal hastalıklar, gebeliğin ilk döneminde kullanılan valproik asit, misoprostol, talidomid vb. ilaçlar, postnatal dönemde gelişen herpes, su çiçeği, kızamık vb. enfeksiyonlar, hipoksik durumlar, kafa travmaları, kimyasal maddeye maruz kalma, D vitamini eksiklikleri, annenin emosyonel yük ve stres altında olması gibi dış etkenler otizm gelişimindeki risk faktörleridir (77). Gebeliğinde kokain kullanan annelerin bebeklerinde OSB'nin daha çok görüldüğü belirtilmiştir (78). Yapılan çalışmalarda ileri ebeveyn yaşının OSB gelişme riskini arttırdığı belirtilmiştir. En çok kanıtlanan risk faktörü olarak ileri baba yaşı saptanmıştır. Bazı araştırmalar anne yaşı ve baba yaşı arasındaki farkın da bir risk faktörü olduğunu ileri sürmüştür (79). OSB olan çocuklarda perinatal komplikasyonların yüksek düzeyde olduğu belirtilmesine karşılık direkt neden olduğu kanıtlanamamıştır. Perinatal ve postnatal dönemde cıvaya maruziyet ile otizm arasında bir bağlantı kurulamamıştır. Bazı aşı içeriklerinde kurşun temelli bir koruyucu olarak bulunan thimerosalinin OSB'nin nedenleri arasında yer alabileceği düşünülmüş, yapılan çalışmalarda aşularla otizm arasında hiçbir bağlantı belirlenememiştir (80). Yapılan bir meta-analizde perinatal ve neonatal risk faktörlerinin OSB gelişimi açısından kanıtlarının oldukça düşük olduğu ve tek bir faktörün etiolojide rol alamayacağı bildirilmiştir (81).

### **2.5. Otizm Spektrum Bozukluğunun Belirtileri**

OSB belirtileri, APA tarafından hazırlanan DSM-V tanı kriterlerinde iki grupta sınıflandırılmıştır. Bu iki grup sosyal iletişim-etkileşimde yetersizlikler ve tekrarlayıcı davranışlar olarak belirlenmiştir. Bu belirtiler her bireyde aynı şiddette olmasa da erken

çocukluk döneminde başlayıp günlük hayatlarını olumsuz etkilemektedir. OSB belirtileri, belirtilerin şiddeti ve fark edilmesi gelişimsel seviye ve yaşa göre değişmektedir (82).

### **2.5.1. Sosyal İletişim Yetersizliği**

Görülen en temel sorunlardan biridir. OSB'li bireyler yeni sosyal ortamlara uyum sağlama, duygularını başkaları ile paylaşma, bir konu hakkında karşılıklı fikir alışverişinde bulunma ve gelişim seviyesine göre arkadaşlık kurmada sıkıntı yaşamaktadırlar. Bunun yanında ortak dikkat süreleri oldukça kısa ve taklide dayalı becerileri gelişmemiş ya da kısmen gelişmiştir (83). Aynı zamanda göz kontağı kurmaktan kaçınma, jest ve mimiklerin kullanımında yetersizlik, başkalarının duygu ve düşüncelerini anlama ve uygun karşılık verme davranışlarında kısıtlılıklar, mecaz, mizah, alay duygularını anlamada yetersizlikler görülür. Bir şeye dikkat çekmek ya da bir isteği ifade etmek amacıyla işaret yolunu kullanmada başarısızlıklar görülür (84,85,86). Bu sorunların görülme durumu ve şiddeti bireyin zeka düzeyi, yaşı ve dil becerisine göre değişmektedir.

OSB tanısı alan çocuklarda dil- konuşma becerilerinde gecikme olabileceği gibi dil kapasiteleri hiç gelişmemiş de olabilir veya konuşma becerileri birkaç kelime ile sınırlı da kalabilir (87). Konuşabilen çocuklarda konuşma sesinin tonunu, hızını ve ritmini ayarlama sıkıntıları görülür (83). Sosyal yönelimli konuşmadan ziyade yineleyici şekilde konuşma görülür. Kelimelerin basmakalıp olarak tekrarlayıcı şekilde kullanımı söz konusudur. Ayrıca dil bilgisi kullanımı da etkilenmektedir. OSB'li çocuklarda zamirleri yanlış kullanma ve kendinden üçüncü tekil şahıs olarak bahsetme görülür. Konuşmalar genellikle bir anlam bütünü oluşturmaya yönelik değil, birbiriyle alakasız konulardan oluşur. Çok sayıda kelime öğrenmelerine rağmen dili anlamlı bir şekilde kullanmak konusunda sorun yaşarlar (88). Konuşmalarında ekolali (duyduklarını aynı ses tonuyla tekrar etmesi) ve neolojizm (anlamsız kelimeler üretme) görülebilmektedir. Konuşma dilini anlamada ve yorumlamada anormallikler görülmektedir. Cevap vermeleri gecikir ve yanıt alınmaz (83).

### **2.5.2. Tekrarlayıcı Davranışlar ve Kısıtlı İlgi Alanları**

Takıntılı davranışlar, stereotip (tekrarlı) davranışlar, aynılıkta ısrarcılık ve günlük rutinleri koruma isteği, öfke nöbetleri, kendine ve başkalarına zarar verme OSB olan bireylerde en sık rastlanan davranışlardır (89,90). Özellikle sallanma, kendi etrafında dönme, parmak uçlarında yürüme, amaçsız dolanma, kanat çırpma hareketi yapma, parmaklarıyla havada bazı şekiller oluşturma, parmaklarını gözlerinin önünde hareket

ettirme, nesnelere çevirme-döndürme ve sıraya dizme davranışları görülür. Olaylara uygunsuz duygusal yanıtlar verebilirler. Ayrıca zeka düzeyleri düşük olan bireylerde saldırgan davranışlar gözlenebilmektedir. Aniden ağlama nöbetleri veya hiç sebep yokken gülme görülebilir. Davranışlarında ve rutinlerinde değişmezlik vardır ve değişikliklere karşı direnç gösterirler. Günlük yaşam olaylarının sırasının değişmesi, ortamın değişmesi sonucunda panik ve öfke nöbetleri görülebilir (91,92).

Ayrıca OSB olan bireylerde aşırı duyuşsal belirtiler de çok sık görölmektedir. Bu bireyler bir ya da birkaç duyuşdan gelen uyarıcılara karşı aşırı tepki verirler. Zil sesi, alarm, siren sesi gibi yüksek şiddetli seslere aşırı tepki verebilirler, insanları kokuları ile tanırlar, çevrelerindeki kokudan aşırı rahatsız olabilirler, parlak bir ışığa aşırı hassasiyet gösterebilirler ya da uzun süre bakabilirler (89,93,94).

### **2.5.3. Bilişsel Özellikler**

Klinik tabloya sıklıkla zeka geriliğı de eşlik etmektedir. OSB tanılı çocukların zeka düzeylerinin incelendiğı çalışmada %40'ının zeka düzeyi 50-55'in altında, %30'unda 50-70 arasında, %30'unda 70 ve üzerindedir. OSB olan çocuklarda sözel zeka bölümünün performans zeka bölümünden daha düşük olduğı bildirilmiştir. Bazı çocukların ise genel becerilerden farklı olarak bellek, resim, müzik vb. bir alanda normal çocuklardan daha başarılı olabildikleri gözlenmiştir (95). OSB tanılı mental retarde çocuklarda nöbetler görölebilmektedir. Bunun yanında düşük zeka düzeyi kötü prognoz olarak kabul edilmektedir (83). Hafif, orta ve ağır derece öğrenme zorluğu olan çocukların %41'inde davranış sorunları görölmektedir (96).

### **2.6. Yaşamın Farklı Evrelerindeki Klinik Özellikler**

OSB'de yaşamın farklı dönemlerinde farklı belirtiler görölmektedir. Bu nedenle gelişim dönemlerine göre klinik değerlendirmeler yapılmaktadır.

**Bebeklik Dönemi:** OSB olan bireylerin bebeklik dönemi özellikleri çoğunlukla ailelerin video kayıtları ve geriye dönük değerlendirmeleri ile saptanmıştır. Birinci ayını tamamlayan riskli bebeklerde etraftaki hareketli cisimleri izlememe, göz teması kurmama, gözlerle odaklanmama, yüksek şiddetli sese ve parlak ışığa tepkisizlik, emmede sorun ve yavaş emme görölmektedir. 3 aylık olanlarda yabancı yüzlerle ilgilenmeme, bakım verene gülümsememe, başını tutamama, nesnelere elleriyle kavrayamama, dikkat çekici renkli ve hareketli nesnelere odaklanmama ve sese tepkisizlik görölmektedir. 6 aylık bebeklerde

babıldamanın olmaması ya da nadir olması, desteksiz oturamama, objelere uzanmama, en yakınlarına bile sevecen olmama görülmektedir (97). 6-9 aylık bebeklerde ses çeşidinin az olması, sesli ve sessiz harfleri kullanmama, bakım verenin sesine sesli yanıt vermeme, adı ile çağrılınca bakmama, dokunma ve diğer duyuşal uyarılara az veya aşırı tepki verme, tanıdıklarının bile kucağında olmaktan hoşlanmama, beslenme sorunları (bazı çeşitleri reddetme), kafasını dik tutmada zorluk, garip duruş ve aşırı tekrarlayıcı hareketler, bazı obje ve parçalarına atipik veya aşırı ilgi, tekrarlayıcı belli objelerle oyun oynama gibi belirtiler görülmektedir (98). 9-12 aylık bebeklerde ise daha önce kazanılan becerileri kaybetme, insanlara ilgisizlik, çıkarılan ses ya da gösterilen hareketleri taklit etmeme, yabancı korkusunun olmaması, pasif olma ya da zor mizaç (aşırı reaktif, az yanıtılı), uyku ve beslenme sorunları, 30 dakikanın üzerinde avutulamayacak kadar şiddetli ağlama vb. belirtiler görülmektedir (98, 99).

**2-3 Yaş Dönemi:** OSB için doktora başvurunun en çok görüldüğü yaş grubudur. Genellikle başvuru nedeni konuşma gecikmesidir. Bu yaş dönemi belirtilerin yoğunlaştığı dönemdir. Bu yaş grubu OSB olan çocuklar iki kelimelik basit cümleler kuramaz ve basit komutları yerine getiremezler. İşaret edilen nesneye bakmaması, başka çocuklara ilgi göstermemesi, çağrıldığında yanıt vermemesi, dil becerilerinde gerilik, monoton ses tonu, ekolali (çocuğun duyduklarını aynı ses tonuyla tekrar etmesi), neolojizm (yeni kelimeler uydurma) önemli belirtilerdir (27,36,98). Yine kısıtlı imitasyon, sosyal gülümseme eksikliği, kısıtlı yüz ifadesi, gıda tatlarına duyarlılık görülen diğer belirtilerdendir (98).

**4-5 Yaş Dönemi:** Bu yaş grubundaki çocuklar arkadaşlık kurmak istememektedirler. Yaşlıları gibi senaryolu oyunlar ve amaca uygun oyuncaklarla oynayamamaktadırlar. Empati düzeyleri normal gelişim gösteren akranlarından daha düşüktür ve karşı tarafın duygularını anlamakta zorlanmaktadırlar. Bu yaş grubundaki olguların %30-40'ında dil becerileri kısmen gelişmiştir. Konuşabilen olgularda kısa cümleler, tekrarlayıcı konuşmalar, ekolali, monoton ses tonu vardır. Konuşamayan çoğunluk ise garip ses çıkarma, bazen de neolojizm görülmektedir. Sallanma, kanat çırpma, kendi etrafında dönme gibi tekrarlayıcı hareketler bu dönemde sık görülür. Aynı yoldan yürüme, aynı kıyafetleri giyme gibi anılıkta ısrarcılık görülür (18). İp atlama, yüzme, dans etme gibi kaba motor becerileri taklit etme yetileri azdır ya da yetersizdir. Kağıt kesme, ipe boncuk dizme gibi ince motor becerilerinin de oldukça zayıf olduğu bilinmektedir (99).

**Okul Dönemi:** Erken dönemde görülen belirtilerin çoğu bu dönemde de görülmektedir. Yeni ortamlara alışmaları oldukça zordur. Bunun yanında sosyal etkileşime karşı hevesizlik, etkileşimi uygun sürdürememe, dikkati yönlendirememe, engellediğinde aşırı öfkelenme görülebilir. Arkadaş çevresi tarafından dışlanma ve küçümsenmeyle karşılaştıklarında depresif davranışlar sergileyebilmektedirler. Ancak yaşın ilerlemesi ve eğitimle bazı gelişmeler de görülebilmektedir. Eğitimle kendi başına giyinme yemek yeme, tuvalete gitme gibi öz bakım davranışları gelişebilmektedir (98). Bu dönemde çocuklarda hırçınlık ve uykusuzluk gibi sorunlar azalabilmektedir (100). Normal okula devam etmeleri ise kliniğe mental retardasyonun etme durumuna göre değişmektedir. Mental retardasyonu olmayan çocukların normal okula uyum şansları vardır. Ancak bu gruplarda da dikkat sorunları ve sosyal ilişkilerdeki sorunlar akademik başarıyı etkilemektedir (98).

**Ergenlik Dönemi:** Sorunsuz ergenlik dönemi geçirenler olduğu gibi davranışsal ve bilişsel alanda kötüleşme yaşayan ergenler de bulunmaktadır. Bu kötüleşme bazen dil gelişimi ve akademik kariyerde kayıplara sebep olabilmektedir (101). Normal zeka düzeyine yaklaşıldıkça sosyal iletişim ve uyum becerileri ile öz bakım becerilerinde zorlanma daha az olmaktadır. Ancak yaşıt ilişkisinde başarısızlıklar, karşı cins ile iletişimde zorluklar ve yaşıtlarından daha farklı olduklarını düşünmeleri depresyon ve intihar girişimi riski artabilmektedir. Kendine zarar verici davranışlar, öfke nöbetleri, uygunsuz cinsel davranışlar karşılaşılan davranışsal sorunlardır (102). Bu yaş grubundaki OSB'li bireylerin ek sorunları nedeniyle psikiyatriste başvuruları da sıktır.

**Erişkinlik Dönemi:** OSB'de genellikle yaşla birlikte semptomların şiddetinde azalma görülmektedir. OSB'li bireylerin yetişkinlik çağının nasıl geçeceğinin en önemli belirleyicileri zeka düzeyi, tanı yaşı, dil becerileri ve uygun eğitim programlarına ulaşım düzeyleridir (102,103). Bireylerin %15-40'ında zihin yetersizliği klinik tabloya eşlik ettiği için bu kişiler erişkin dönemde de başkalarına bağımlı yaşamaktadırlar. Bireylerin %60-85'inde ise zeka düzeyine göre sosyal veya iletişim becerilerinde sıkıntı yaşamakta bağımsız veya kısmı destekle hayatlarına devam etmektedirler. ABD'nin Utah Eyaleti'nde normal zekalı otizm tanılı 41 bireyin erişkin çağında 24 yıl izlendiği bir çalışmada, bu kişilerin %44'ünün lise mezunu olup, %39'unun yüksekokul bitirebildiği; %27'sinin tam zamanlı, %27'sinin de yarı zamanlı işi olduğu, sadece %10'unun işsiz kaldığı; %7'sinin evlendiği, %5'inin sonradan boşandığı, %33'ünün flört ilişkisi olduğu; %27'sinin ehliyet alabildiği ve araba kullandığı; %22'sinin kendi başına, %56'sının ebeveyniyle, %10'unun

grup evinde, %8'inin sosyal kurumlar desteği ile kendi evinde yaşadığı gözlemlenmiştir (104).

**Yaşlılık Dönemi:** Bu döneme ait belirtiler bozukluğun 1943 yılında tanılanmış olmasına bağlı olarak kısıtlıdır.

## 2.7. Otizm Spektrum Bozukluğunda Tanı

Klinik değerlendirme ve davranışsal özellikler OSB tanısının konulmasında iki önemli parametredir. Tanı için biyolojik bir marker yoktur. Tanı için sosyal etkileşim ve iletişim becerileri ile nörolojik gelişimi içeren ayrıntılı bir anamnez ve fiziksel muayene önemlidir. Anamnez alınırken; asıl başvuru nedeni, problemin başlangıç tarihi, varsa şu ana kadar olan tanı ve tedavisi, ayrıntılı gelişim öyküsü, pre-peri-postnatal risk faktörü varlığı, ailesel öykü, yaşa uygun davranış biçimleri (iletişim, özbakım vb.) detaylı sorgulanmalıdır (82). OSB tanısında deneyimli bir uzmanın klinik değerlendirmesi altın standarttır (105). Klinik değerlendirme için yapılandırılmış görüşme teknikleri ve ölçekler bulunmaktadır. "Otizm Tanısal Görüşme-Gözden Geçirilmiş Şekli" (ADI-R, Autism Diagnostic Interview-Revised) ve "Otizm Tanısal Gözlem Ölçeği" en yaygın kullanılanlardır. Ancak ülkemizde kullanılan tanı araçları oldukça sınırlıdır. "Çocukluk Otizm Değerlendirme Ölçeği" (CARS, Childhood Autism Rating Scale) ve "Otistik Davranışları Değerlendirme Listesi" (ABC, Autism Behaviour Checklist) ülkemizde kullanılan tanılama araçlarıdır (8). OSB tanısı için DSM-V sınıflamasında yer alan tanı kriterleri dikkate alınarak tanı konulmalıdır (Tablo 1) . İki yaşından küçük çocuklarda tanı kriterleri tam olarak karşılanmasa da klinik değerlendirme ile pek çok belirtiyi görmek mümkündür. Bir yaşından büyük olanlarda ise sosyal iletişimsel yetersizlikler saptanabilmektedir ve bu çocuklar OSB ve diğer gelişimsel bozukluklar açısından riskli çocuk olarak tanımlanıp erken müdahale açısından değerlendirilmelidir. Yapılan bir araştırmada deneyimli uzmanlar tarafından iki yaşta konulan tanının güvenilir olduğu belirtilmiştir (106).

**Tablo 1: DSM-5 Otizm Spektrum Bozuklukları Tanı Kriterleri (1)**

<p>A. Şimdiki durumda ya da öyküsünde var olan birden çok ortamda aşağıda gösterildiği gibi toplumsal iletişim ve karşılıklı toplumsal etkileşimde süregiden eksiklikler</p> <p>1) Toplumsal-duygusal karşılık vermede eksiklikler (örneğin, anormal toplumsal yaklaşım ve karşılıklı sohbeti sürdürmedeki yetersizlikler, ilgi alanları, duyguları ya da izlenimlerini</p>
---

paylaşmaktaki azlık, toplumsal etkileşimleri başlatma ya da sürdürmedeki yetersizlik gibi).

2) Toplumsal etkileşim için kullanılan sözel olmayan iletişim davranışlardaki eksiklikler (örneğin, göz teması ve vücut dilindeki anormallikler ya da jestleri anlamak ve kullanmaktaki eksiklikler, yüz ifadelerinin hiç bulunmayışı gibi).

3) İlişki geliştirme, sürdürme ya da ilişkileri anlamadaki eksiklikler (örneğin, farklı toplumsal bağlamlara göre davranışlarını ayarlama güçlükleri, hayali oyunları birlikte oynama ya da arkadaş edinmedeki güçlükler, arkadaşlık kurmaya ilgisiz olma gibi).

B. Şimdiki durumda ya da öyküsünde var olan aşağıdakilerden en az ikisinde kısıtlı, yineleyici davranış, ilgi alanı ya da aktivite örüntüsü.

1) Devinimlerde, nesnelere kullanımında ya da konuşmada stereotipi ya da yineleyicilik olması (örneğin, basmakalıp hareketler, oyuncakları sıraya dizme ya da nesnelere döndürme, ekolali, anlamsız ifadeler kullanma).

2) Aynılıkta ısrar etme, rutinelere esneklik göstermeden sıkı sıkıya bağlı olma ya da sözel veya sözel olmayan davranışların törenselleşmiş örüntüsü (örneğin, ufacık değişimlerde bile aşırı sıkıntı yaşama, geçişlerde zorlanma, katı düşünce tarzı, selamlaşma ritüelleri, her gün aynı yoldan gitme ya da aynı yemeği tercih etme).

3) Yoğunluk düzeyi ya da odağı anormal olan, oldukça kısıtlı ve değişmez ilgi alanları (örneğin, alışılmadık nesnelere güçlü bağlılık gösterme, aşırı uğraşma, abartılı şekilde sınırlı ve yineleyen ilgi alanları).

4) Çevredeki duyuşsal uyaranlara aşırı ya da yetersiz tepki verme ya da alışılmadık ilgi gösterme (örneğin, acıya/sıcağa karşı duyarsızlık, belirli ses ve dokunuşlara karşı beklenmeyen tepki verme, nesnelere aşırı koklama veya onlara aşırı dokunma, ışık ya da devinimle görsel büyülenme).

C. Belirtilerin erken gelişim döneminden itibaren görülmesi gerekir (ancak belirtiler, toplumsal gereklilikler kısıtlı kapasitesini aşana kadar kendini tam olarak göstermemiş ya da öğrenilmiş bazı yöntemlerle maskelenmiş olabilir).

D. Belirtiler toplumsal, uğraşsal ya da güncel işlemlere ait diğer önemli alanlarda klinik olarak önemli bozulmaya yol açar.

E. Bu bozukluklar anlıksal gelişim bozukluğu ile daha iyi açıklanamaz. Anlıksal gelişim bozukluğu ve OSB çoğu kez bir arada bulunur. OSB ve anlıksal gelişim bozukluğu tanımlarını bir arada koyabilmek için toplumsal iletişimin genel gelişim düzeyinden beklenebilecekten az olması gerekir.

Not: DSM-IV'e göre Otistik Bozukluk, Asperger Bozukluğu ve başka türlü adlandırılmayan yaygın gelişimsel bozukluk tanıları alan bireylere OSB tanısı konmalıdır. Toplumsal iletişimde ciddi yetersizlikler bulunan ancak OSB tanı ölçütlerini karşılamayan bireyler, sosyal (pragmatik) iletişim bozukluğu açısından değerlendirilmelidirler.

OSB'nin yanında pek çok psikiyatrik ve davranışsal bozukluk OSB'li çocuklarda görülmektedir. Hastaların %50-70'inde zihinsel gerilik bildirilmektedir. Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB), Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), Tik Bozukluğu, Kaygı bozuklukları, Depresyon ve Uyku Bozuklukları en sık eşlik eden psikiyatrik tanılardır (107). OSB ayırıcı tanısında dil gelişim sorunları, konjenital sağırılık ve işitme bozuklukları, DEHB, zihinsel yetersizlik, görme engeli, çok erken başlangıçlı şizofreni düşünülmelidir (108).

### **2.7.1. Otizm Spektrum Bozukluğunda Erken Tanı ve Taramalar**

OSB'nin klinik seyirinde çocuğun zeka düzeyi ve görülen belirtilerin şiddeti önemli olup erken tanı ile birlikte en erken zamanda özel eğitime ve davranışçı tedaviye başlanması prognozu olumlu yönde etkilemektedir (8). Erken tanıyla birlikte uygun eğitim ve tedavi uygulanan otizmlili bireyler 6-7 yaşlarında %47'sinin entelektüel kapasitesinin normal olarak saptandığı ve normal okullara gidebildikleri bildirilmiştir (9). Aynı çocuklar üzerinde yapılan izlemlerde 6 yıl sonra %42'sinin yaşlılarından ayırt edilmeyecek davranış ve zeka düzeyine sahip oldukları bildirilmiştir. OSB'de anaokulundan önce yapılan iki yıllık müdahale önemli derecede akademik, toplumsal ve ekonomik faydalar sağlamaktadır. Erken tanı alan, uygun eğitim ve tedavi uygulanan bireylerin bağımsız yaşayabilme, liseyi bitirebilme ve bir meslek sahibi olabilme düzeylerinin daha yüksek; suç işleme ve istismara uğrama düzeylerinin daha düşük olduğu belirtilmiştir (10). Erken tanı ve müdahalenin yararları son derece açıktır.

Yaşamın erken dönemlerinde otizmle ilgili birçok belirti görülmesine rağmen otizm tanı yaşının geç olduğu görülmektedir. OSB belirti ve bulgularının ortaya çıkış şeklinin bireyden bireye farklılık göstermesi, çocuktaki belli alanlardaki geriliğin çocuk yaşlarıyla iletişime geçmeden fark edilmemesi vb. nedenlerden dolayı belirtilerin üç yaşından önce tanınması zor olabilmektedir. ABD'de 2009 yılında yapılan bir araştırmada otizm tanı yaşı ortalama 5.7 olarak bildirilmiştir. ABD'de CDC raporuna göre otizm tanı yaşı ortalama 4

yaş 5 ay olarak belirtilmiştir. Ülkemizde 2010 yılında yapılan bir çalışmada yeni tanı alan 125 çocuğun aileleri ile yapılmış görüşmeler sonucunda çocukların kliniklere başvuru yaş ortalaması  $36.08 \pm 6.71$  ay, tanı aldığı yaş aralığı 20-43 ay, tanı aldıkları yaş ortalaması  $34.01 \pm 8.76$  ay olduğu tespit edilmiştir (10).

OSB bulguları genellikle 30. aydan önce başlamaktadır. Bu yüzden APA tüm çocukların sağlıklı çocuk izleminde 18 ve 24. aylarda OSB bakımından taramalarını önermektedir (11). Halk Sağlığı Kurumunun yayınladığı Çocukluk Dönemi Tarama Protokolünde çocukların ilk 6 yaştaki bilişsel gelişimi, motor gelişimi, dil gelişimi ve sosyal gelişiminin düzenli değerlendirilmesi ve riskli çocukların ilgili uzmanlara sevk edilmesi gerektiği ifade edilmiştir. Çocuklara 18 ile 36 arasında OSB açısından izlem-tarama yapılması önerilmektedir. Gözlem öncesinde çocuğun ilgi gösterebileceği nesnelere önüne konur ve bu konuda eğitim almış sağlık personeli çocuğu izler. Gözleme alınan çocuğun göz teması kurmaması, ismi ile çağırıldığında bakmaması ve parmakla gösterilen cisme bakmaması durumunda ise ilgili uzmana sevk edilmesi gerekmektedir (109). Ancak ülkemizde OSB'nin erken yaşlarda tanınması için rutin kullanılan bir tarama testi yoktur. OSB'nin taranması iki farklı düzeyde yapılmaktadır. İlk düzey toplumdaki bütün çocukların OSB yönünden riskli olanların saptandığı izlem ve taramaları kapsar. İkinci düzey ise OSB yönünden yüksek riskli olan çocukların ayrıntılı değerlendirildiği, OSB teşhisi konulduğu ve diğer gelişim bozukluklarının ayırımına varıldığı taramalardır (110). Birinci düzey tarama testlerinde yaygın olanları olanları CHAT ve MCHAT'tır (111,112).

### **2.7.2. Ülkemizde Aile Hekimi ve Aile Sağlığı Elemanlarının Erken Tanıdaki Rolü**

Aile hekimleri kendi birimlerine kayıtlı olan bireylerin cinsiyet, yaş ve hastalık gruplarına göre tarama ve izlemlerini (gebe izlemleri, yenidoğan taramaları, çocuk izlemleri vb.) yapmaktadır. Aile hekimleri bu sağlık hizmetlerini hemşire, ebe ya da sağlık memuru olan bir aile sağlığı elemanı elemanı ile beraber planlamakta ve sunmaktadır (113).

OSB ile ilgili yaşamın erken dönemlerinde birçok belirti görülmektedir. Bu nedenle gelişimsel izlem ve taramalar erken tanı için çok önemlidir. Aile sağlığı merkezleri erken çocukluk döneminde gelişimsel izlem ve taramaların yapıldığı yerlerdir. Aile sağlığı merkezindeki sağlık çalışanlarının bebeklik ve erken çocukluk döneminde gelişimin izlenmesi ve desteklenmesi açısından rolleri oldukça önemlidir (13).

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafından 2015 yılında yayınlanan Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri Rehberinde bebeklik ve çocukluk dönemi tarama prensipleri belirtilmiştir. Rehberde göre çocukların ilk 6 yaşındaki bilişsel gelişimi, motor gelişimi, dil gelişimi ve sosyal gelişiminin düzenli değerlendirilmesi ve riskli çocukların ilgili uzmanlara sevk edilmesi gerektiği ifade edilmiştir. Çocuklara 18 ile 36 arasında OSB açısından izlem-tarama yapılması önerilmektedir. Gözlem öncesinde çocuğun ilgi gösterebileceği nesnelere önüne konur ve bu konuda eğitim almış sağlık personeli çocuğu izler. Gözleme alınan çocuğun göz teması kurmaması, ismi ile çağrıldığında bakmaması ve parmakla gösterilen cisme bakmaması durumunda ise Çocuk Psikiyatri Uzmanına sevk edilmesi gerekmektedir (114).

### **2.7.3. Ailelerin Otizm Spektrum Bozukluğunun Erken Tanısındaki Rolü**

OSB olan çocukların aileleri erken dönemden itibaren çocuklarında bir gariplik olduğunu fark ederler. Ancak ebeveynler kabullenmek istemezler. Çocuklarının akranlarına kıyasla sosyal, iletişimsel, dil gelişimi vb. alanlarda geri kaldıklarını gördüklerinde bir uzmana başvururlar. Oysa OSB belirti ve bulguları yaşamın ilk dönemlerinde görülmeye başlar. Bu belirtilere risk belirtileri denir ve bu belirtiler gelişimsel bozukluklar için alarm belirtiler olarak değerlendirilip erken tanı konulmasına ve erken müdahale edilmesini sağlarlar. Erken tanının prognoza etkisi oldukça büyüktür. Ailelerin OSB'nin erken dönem belirti ve bulguları ile ilgili bilgi düzeylerinin artırılması erken tanı ve tedavi imkanının arttıracığı için önemli bir konudur (115).

Çocukların 9-30 arasında OSB yönünden alarm niteliği taşıyan belirtileri; konuşurken göz teması olmaması, ismi ile çağrıldığında bakmaması, parmakla işaret edilen cisme bakmaması, gülümsemeye karşılık vermemesi, spontan taklitlerin azlığı ya da olmaması, ilgilendiği şeyleri parmakla işaret ederek göstermemesi, iletişime girmekten çekinmesi, başkalarıyla paylaşımının kısıtlı olması ve 1 yaşından küçük çocuklar için 5 veya daha az sessiz harf çıkarmasıdır (116).

Çocukların becerilerini incelemek ve erken belirtileri fark etmek ayrıntılı ve dikkatli gözlem gerektirir. Bu nedenle çocuklarının sürekli yanında bulunan ve gelişimlerinin en önemli tanığı olan ailelerinin doğru gözlem ve değerlendirme yapması önem kazanmıştır. Ailelerin gözlem ve değerlendirmeleri mutlaka dikkate alınmalıdır (117).

## 2.8. Otizm Spektrum Bozukluğunun Tedavisi

OSB'nin etkin, temel semptomları hedef alan, kanıtlanmış net bir tedavisi yoktur. OSB'de yetersizlik alanları ve işlevsellik düzeyleri saptanarak bu alanlara yönelik tedavi planlanmaktadır. Erken tanı tedavinin etkinliği açısından oldukça önemlidir. OSB'nin tedavisinde eğitsel, farmakolojik ve alternatif tedavi yöntemleri mevcuttur. Bu yöntemler OSB olan çocuğun hayatını rehabilite etmekte ve gelişimini desteklemektedir (118).

OSB tanılı çocukların rehabilitasyonunda en etkili tedavi şekli, eğitimidir. Her OSB tanılı çocuk farklı belirtiler ve özellikler taşıdığından her çocuğa ve ailesine özel bireyselleştirilmiş eğitim programları uygulanmaktadır. Bu programlar özel eğitim ve rehabilitasyon merkezlerinde uygulanmaktadır. Çocuklara iletişim ve sosyal becerileri ile günlük yaşam becerilerinin gelişmesi noktasında öğretim programları düzenlenmektedir. Aynı zamanda problemleri davranışların azaltılması için hizmetler sunulmaktadır (119).

OSB'ye yönelik herhangi bir ilaç tedavisi yoktur. İlaç tedavisi beyinde bulunan biyokimyasal maddelerin (dopamin, serotonin vb.) bozulması sonucu oluşan davranış sorunlarının (saldırganlık, dikkat dağınıklığı, hiperaktivite vb.) düzeltilmesi için kullanılmaktadır (13).

OSB'nin kesin bir tedavisi olmadığından tamamlayıcı ve alternatif yöntemler de tedavinin bir kısmını oluşturmaktadır. Vitamin ve mineral desteği duyu bütünleme, hiperbarik oksijen tedavisi, meditasyon, beslenme, hayvan terapisi (at, yunus vb.) ve masaj ülkemizde kullanılan alternatif tedavi yöntemleridir (120).

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Şekli**

Araştırma aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının OSB ile ilgili bilgi, tutum ve farkındalıklarının incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı**

Araştırma 09.03.2021-09.05.2021 tarihleri arasında Niğde ilindeki aile sağlığı merkezlerine yapılmıştır.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme**

Araştırmanın evrenini, aile sağlığı merkezlerinde çalışan Niğde ili aile sağlığı merkezlerinde görev yapan 117 aile hekimi ve 117 aile sağlığı elemanı oluşturmaktadır.

Bu araştırmada örneklem seçimi yöntemi kullanılmayıp Niğde ili aile sağlığı merkezlerinde görev yapan, katılma koşullarını sağlayan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan 90 (%76.92) aile hekimi ve 88 (%75.21) aile sağlığı elemanı araştırma kapsamına alınmıştır.

#### **3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri**

**Bağımlı Değişkenler:** OSB ile ilgili bilgi tutum ve farkındalık

**Bağımsız Değişkenler:** Yaş, cinsiyet, çocuk sahibi olma durumu, medeni durum, eğitim durumu, meslek, çalışma süresi, otizm ile ilgili eğitim alma durumu.

#### **3.5. Verileri Toplama Aracı**

Araştırmada veri toplama aracı olarak anket yöntemi kullanılmıştır. Üç kısımdan oluşan anket formu toplam 43 soru içermektedir. Birinci kısımda 16 sorudan oluşan “Sosyodemografik Soru Formu”; ikinci kısımda 15 maddeden oluşan “Otizm Spektrum Bozukluğu Bilgi ve Tutum Ölçeği” ve üçüncü kısımda 12 maddeden oluşan “Otizm Spektrum Bozukluğu Farkındalık Anketi” bulunmaktadır.

**Sosyodemografik Soru Formu:** Form; sağlık çalışanın yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, meslekteki toplam çalışma suresi, otizme yönelik hizmet verme durumu vb. bilgileri içeren 16 sorudan oluşmaktadır (**EK 1**).

**Otizm Spektrum Bozukluğu Bilgi Tutum leği:** Bu araştırmada Rahbar tarafından oluşturulmuş ve ilk Türkçe versiyonu Melek Sabuncuoğlu ve arkadaşları tarafından yapılan “Otizm Spektrum Bozukluğu Bilgi Tutum leği” kullanılmıştır (**EK 3**). On beş sorudan oluşan 5’li likert tipi ölçektir. “Kesinlikle katılıyorum”, “katılıyorum”, “karasızım” “katılmıyorum” ile “kesinlikle katılmıyorum” seçeneklerinden oluşmaktadır. Ölçekte 1, 4, 7, 10, 11, 12, 13 ve 14. maddeler olumlu, 2, 3, 5, 6, 8, 9 ve 15. maddeler olumsuz ifade içermektedir. Puanlama olumlu ifadeler içeren maddelerde “kesinlikle katılıyorum”=5 puan, “katılıyorum”=4 puan, “karasızım”=3 puan, “katılmıyorum”=2 puan, “kesinlikle katılmıyorum”=1 puan; olumsuz ifadelerde tam tersten olacak şekilde düzenlenmiştir. Değerlendirme ortalama puan ve sorular üzerinden yapılmaktadır (121,14). Bu çalışmada, ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.62 bulunmuştur.

**Otizm Spektrum Bozukluğu Farkındalık Anketi:** Lüleci, Hıdıroğlu ve arkadaşları tarafından oluşturulmuş anket formu otizm spektrum bozukluğu ile ilgili doğru ve yanlış ifadeler içen 12 maddeden oluşmaktadır (**EK 3**). Ankette 2, 6, 7, 8, 10. maddeler olumlu, 1, 3, 4, 5, 9, 11, 12. maddeler olumsuz ifadeler içermektedir. “Kesinlikle katılıyorum”, “katılıyorum”, “karasızım” “katılmıyorum” ile “kesinlikle katılmıyorum” seçeneklerinden oluşmaktadır. Puanlama olumlu ifadeler içeren maddelerde “kesinlikle katılıyorum”=5 puan, “katılıyorum”=4 puan, “karasızım”=3 puan, “katılmıyorum”=2 puan, “kesinlikle katılmıyorum”=1 puan; olumsuz ifadelerde tam tersten olacak şekilde düzenlenmiştir. Değerlendirme ortalama puan ve sorular üzerinden yapılmıştır (122). Bu çalışmada, ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.65 bulunmuştur.

### **3.6. Verilerin Toplanması**

Anketler Google Forms programında hazırlanıp çalışma ilgili bilgiler açık bir şekilde ankete eklenerek aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarına mesaj yoluyla gönderilmiştir. Gönüllü Onam Durumu “alışmaya ait bilgileri okudum ve çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.” kısmı anketlerin en başına eklenerek çalışmaya katılan kişilerden onam alınmıştır. Niğe ilinde görev yapan toplam 117 aile hekiminin %76.92’si (90 kişi) ve 117 aile sağlığı elemanının %75.21’i (88 kişi) alışmaya katılmayı kabul etmiştir.

### 3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmadan elde edilen veriler SPSS Statistics 22.0 programına aktarılmıştır. Frekans, yüzde, ortalama ve standart sapma gibi tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Bireylerin OSB Bilgi Tutum Ölçeği ve OSB Farkındalık Anketi'ndeki her bir soruya verdikleri yanıtların toplamları alınıp anket ve ölçeğin ortalama değerleri hesaplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ve tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. OSB Bilgi Tutum Ölçeği ve OSB Farkındalık Anketi ortalamaları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. İstatistiksel olarak anlamlılık düzeyi 0.05 olarak kabul edilmiştir.

### 3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Bu araştırma Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 10.12.2020 tarihli ve 2020-18/133 Karar No'lu Etik Kurul onayı (**EK-4**) ve Niğde İl Sağlık Müdürlüğü'nün 05.02.2021 tarihli ve 2021/01-01 Karar No'lu Bilimsel Araştırma Başvuru İnceleme Komisyonu Kararı (**EK-5**) ile yapılmıştır.

Araştırmada “Otizm Spektrum Bozukluğu Bilgi ve Tutum Ölçeği”ni ve “Otizm Spektrum Bozukluğu Farkındalık Anketi”ni kullanmak gerekli izinler mail yoluyla alındı.

Çalışmanın amacı, çalışmaya katılımın tamamen gönüllülük esaslı olduğu, çalışmaya katılacak kişilerin vereceği yanıtların gizli tutulacağı ve yalnızca bilimsel amaçla kullanılacağı katılımcılarla paylaşılan anketlerin başında yazı yoluyla anlatılmıştır.

## 4. BULGULAR

Çalışmaya 90 aile hekimi ve 88 ASE gönüllü olarak katılmıştır. Aile hekimi ve ASE katılımcı sayılarının birbirine yakın olması nedeniyle bu çalışmanın bulguları aile hekimleri ve ASE'lerin kendi içinde karşılaştırılması ile elde edilmiştir. Çalışmaya katılan aile hekimleri ve ASE'lerin sosyodemografik özellikleri Tablo 2'de belirtilmiştir. Aile hekimlerinin %68.9'unun ve ASE'lerin %59.1'inin 35 yaş ve üzerinde olduğu görülmüştür. Aile hekimlerinin çoğunluğunun erkek (%60), ASE'lerin çoğunluğunun ise kadın (%92) olduğu belirlenmiştir. Aile hekimlerinin %96.7'si ve ASE'lerin %69.3'ü evlidir. Aile hekimlerinin %73.3'ü ve ASE'lerin %78.4'ü çocuk sahibidir. ASE'lerin büyük bir çoğunluğu lisans mezunudur (%39.8). Aile hekimlerinin %2.2'si uzman hekimdir. Aile hekimlerinin %57.8'inin ve ASE'lerin %38.6'sının meslekte çalışma yıllarının 21 yıl ve üzerinde olduğu görülmüştür.

**Tablo 2: Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik Özellikleri**

Özellikler	Aile Hekimi (N=90) Sayı (%)	ASE (N=88) Sayı (%)
<b>Yaş</b>		
18-24	-	9 (%10.2)
25-29	8 (%8.9)	9 (%10.2)
30-34	20 (%22.2)	18 (%20.5)
35 yaş ve üzeri	62 (%68.9)	52 (%59.1)
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	36 (%40.0)	81 (%92)
Erkek	54 (%60.0)	7 (%8)
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	87 (%96.7)	61 (%69.3)
Bekar	3 (%3.3)	19 (%21.6)
Ayrılmış	-	8 (%9.1)
<b>Çocuk Sahibi Olma Durumu</b>		
Evet	66 (%73.3)	69 (%78.4)
Hayır	24 (%26.7)	19 (%21.6)
<b>Eğitim Durumu</b>		
Lise	-	25 (%28.4)
Önlisans	-	25 (%28.4)
Lisans	-	35 (%39.8)
Yüksek Lisans/Pratisyen Hekim	88 (%97.7)	3 (%3.4)
Uzman Hekim	2 (%2.2)	-
<b>Meslekte Toplam Çalışma Yılı</b>		
0-5 yıl	8 (%8.9)	15 (%17)
6-10 yıl	7 (%7.8)	12 (%13.6)
11-15 yıl	9 (%10.0)	24 (%27.3)

16-20 yıl	14 (%15.6)	3 (%3.4)
21 ve üzeri yıl	52 (%57.8)	34 (%38.6)

Tablo 3'te çalışmaya katılan aile hekimleri ve ASE'lerin OSB'ye ilişkin görüşleri verilmiştir.

- Aile hekimlerinin %84.4'ü ve ASE'lerin %71.6'sı "Çevrenizde veya ailenizde OSB yaşayan birisi var mı?" sorusuna "hayır" cevabını vermiştir.
- Aile hekimlerinin %71.1'i ve ASE'lerin %47.7'si OSB ile ilgili eğitim programına katıldıklarını ifade etmişlerdir.
- "ASM'de ailelere OSB'ye yönelik bir hizmet veriyor musunuz?" sorusuna aile hekimlerinin %93.3'ü ve ASE'lerin %86.4'ü "evet" cevabını vermiştir.
- Aile hekimlerinin %80'i ve ASE'lerin %59.1'i birimlerinde kayıtlı OSB tanısı almış çocuk olmadığını ifade etmişlerdir.
- "OSB olabileceğinden şüphelendiğiniz bir çocuk oldu mu?" sorusuna aile hekimlerinin %60'ı ve ASE'lerin %76.1'i "evet" cevabını vermiştir.

**Tablo 3: Araştırmaya Katılan Aile Hekimleri ve ASE'lerin OSB'ye İlişkin Görüşleri**

Özellikler		Aile Hekimi (N=90) Sayı (%)	ASE (N=88) Sayı (%)
Çevrenizde veya ailenizde OSB yaşayan birisi var mı?	Evet	14 (%15.6)	25 (%28.4)
	Hayır	76 (%84.4)	63 (%71.6)
OSB ile ilgili herhangi bir eğitim programına katıldınız mı?	Evet	64 (%71.1)	42 (%47.7)
	Hayır	26 (%28.9)	46 (%52.3)
ASM'de ailelere OSB'ye yönelik bir hizmet veriyor musunuz?	Evet	84 (%93.3)	76 (%86.4)
	Hayır	6 (%6.7)	12 (%13.6)
Biriminize kayıtlı OSB tanısı almış çocuk var mı?	Evet	18 (%20.0)	36 (%40.9)
	Hayır	72 (%80.0)	52 (%59.1)
OSB olabileceğinden şüphelendiğiniz bir çocuk oldu mu?	Evet	54 (%60.0)	67 (%76.1)
	Hayır	36 (%40.0)	21 (%23.9)

Aile hekimlerinin ve ASE'lerin OSB Bilgi Tutum Ölçeği ve OSB Farkındalık Anketi puanları Tablo 4'te belirtilmiştir. OSB Bilgi Tutum Ölçeği puan ortalamaları aile hekimlerinin  $52.36 \pm 4.97$ , ASE'lerin  $52.80 \pm 5.47$  olarak hesaplanmıştır. Aile hekimleri ve

ASE'lerin OSB Bilgi Tutum Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). OSB Farkındalık Anketi puan ortalamaları aile hekimlerinin  $44.90\pm4.85$ , ASE'lerin  $42.98\pm6.03$  olarak hesaplanmıştır. Aile hekimlerinin OSB Farkındalık Anketi puan ortalamasının ASE'lerden daha yüksek olduğu görülmüştür ( $p<0.05$ ).

**Tablo 4: Aile Hekimleri ve ASE'lerin OSB Bilgi Tutum Ölçeği ve OSB Farkındalık Anketi Puanları**

Ölçek-Anket	Meslek	Ort±SS	Test (t) P
OSB Bilgi Tutum Ölçeği	Aile Hekimi	52.36±4.97	-0.562
	ASE	52.80±5.47	0.575
OSB Farkındalık Anketi	Aile Hekimi	44.90±4.85	2.341
	ASE	42.98±6.03	<b>0.020</b>

Aile hekimlerinin OSB Bilgi Tutum Ölçeği puan ortalamaları yaş gruplarına göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). ASE'lerin OSB Bilgi Tutum Ölçeği puan ortalamaları 18-24 yaş aralığında  $48.00\pm1.32$ , 25-29 yaş aralığında  $50.22\pm4.49$ , 30-34 yaş aralığında  $50.56\pm5.26$ , 35 yaş ve üzerinde ise  $54.85\pm5.21$  olarak hesaplanmıştır. 35 yaş ve üzeri ASE'lerin OSB Bilgi Tutum Ölçeği puan ortalamasının diğer yaş aralıklarından daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (Tablo 5).

Aile hekimlerinin OSB Farkındalık Anketi puan ortalamaları yaş gruplarına göre incelendiğinde 25-29 yaş aralığında  $42.38\pm1.51$ , 30-34 yaş aralığında  $43.90\pm6.10$ , 35 yaş ve üzerinde  $45.55\pm4.57$  olarak hesaplanmıştır. 35 yaş ve üzeri aile hekimlerinin OSB Farkındalık Anketi puan ortalaması 25-29 yaş aralığında olan aile hekimlerinden daha yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ). ASE'lerin OSB Farkındalık Anketi puan ortalamaları yaş gruplarına göre incelendiğinde 18-24 yaş aralığında  $45.22\pm0.97$ , 25-29 yaş aralığında  $39.44\pm7.16$ , 30-34 yaş aralığında  $38.33\pm5.63$ , 35 yaş ve üzerinde  $44.81\pm5.40$  olarak hesaplanmıştır. 18-24 yaş arası ASE'lerin OSB Farkındalık Anketi puan ortalaması 30-34 yaş aralığındaki ASE'lerden daha yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Ayrıca 35 yaş ve üzeri

ASE'lerin OSB Farkındalık Anketi puan ortalaması 30-34 yaş aralığındaki ASE'lerden daha yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 5).

**Tablo 5: Aile Hekimleri ve ASE'lerin OSB ile İlgili Bilgi Tutum ve Farkındalıklarının Yaş Gruplarına Göre İncelenmesi**

Ölçek-Anket	Meslek	Yaş Grupları	Sayı (%)	Ort±SS	Tek Yönlü Varyans Analizi (F) p
OSB Bilgi Tutum Ölçeği	Aile Hekimi	25-29	8 (%8.9)	51.50±2.45	1.066
		30-34	20 (%22.2)	51.35±3.84	
		35 yaş ve üzeri	62 (%68.9)	52.79±5.49	
	ASE	18-24	9 (%10.2)	48.00±1.32	20.876
		25-29	9 (%10.2)	50.22±4.49	
		30-34	18 (%20.5)	50.56±5.26	
35 yaş ve üzeri		52 (%59.1)	54.85±5.21		
OSB Farkındalık Anketi	Aile Hekimi	25-29	8 (%8.9)	42.38±1.51	7.950
		30-34	20 (%22.2)	43.90±6.10	
		35 yaş ve üzeri	62 (%68.9)	45.55±4.57	
	ASE	18-24	9 (%10.2)	45.22±0.97	9.662
		25-29	9 (%10.2)	39.44±7.16	
		30-34	18 (%20.5)	38.33±5.63	
35 yaş ve üzeri		52 (%59.1)	44.81±5.40		

Aile hekimlerinin OSB Bilgi Tutum Ölçeği puan ortalamaları cinsiyete göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). ASE'lerin OSB Bilgi Tutum Ölçeği puan ortalamaları cinsiyete göre incelendiğinde kadın ASE'lerin puan ortalaması 52.95±5.66, erkek ASE'lerin puan ortalaması 51.00±1.63 olarak hesaplanmıştır. Buna göre kadın ASE'lerin OSB Bilgi Tutum Ölçeği puan ortalaması erkek ASE'lere göre daha yüksektir. ( $p<0.05$ ) (Tablo 6).

Aile hekimleri ve ASE'lerin OSB Farkındalık Anketi puan ortalamaları cinsiyete göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 6).

**Tablo 6: Aile Hekimleri ve ASE'lerin OSB ile İlgili Bilgi Tutum ve Farkındalıklarının Cinsiyete Göre İncelenmesi**

Ölçek-Anket	Meslek	Cinsiyet	Sayı (%)	Ort±SS	Test p
-------------	--------	----------	----------	--------	--------

<b>OSB Bilgi Tutum Ölçeği</b>	<b>Aile Hekimi</b>	Kadın Erkek	36 (%40.0) 54 (%60.0)	52.69±4.63 52.13±5.22	t=0.526 0.600
	<b>ASE</b>	Kadın Erkek	81 (%92) 7 (%8)	52.95±5.66 51.00±1.63	F=2.213 <b>0.037</b>
<b>OSB Farkındalık Anketi</b>	<b>Aile Hekimi</b>	Kadın Erkek	36 (%40.0) 54 (%60.0)	45.06±4.95 44.80±4.83	t=0.247 0.805
	<b>ASE</b>	Kadın Erkek	81 (%92) 7 (%8)	42.68±5.96 46.43±6.19	F=-1.593 0.115

Aile hekimlerinin OSB Bilgi Tutum Ölçeği puan ortalamaları medeni duruma göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). ASE'lerin OSB Bilgi Tutum Ölçeği puan ortalamaları medeni duruma göre incelendiğinde evlilerde 54.62±5.06, bekarlarda 48.53±3.56 ve ayrılmış olanlarda 49.00±4.99 olarak hesaplanmıştır. Buna göre evli ASE'lerin OSB Bilgi Tutum Ölçeği puan ortalaması bekar ve ayrılmış ASE'lere göre daha yüksektir ( $p<0.05$ ) (Tablo 7).

Aile hekimlerinin OSB Farkındalık Anketi puan ortalamaları medeni duruma göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). ASE'lerin OSB Farkındalık Anketi puan ortalamaları medeni duruma göre incelendiğinde evlilerde 44.56±5.54, bekarlarda 40.63±5.04 ve ayrılmış olanlarda 36.50±6.21 olarak hesaplanmıştır. Buna göre evli ASE'lerin OSB Farkındalık Anketi puan ortalaması bekar ve ayrılmış olanlara göre daha yüksektir ( $p<0.05$ ) (Tablo 7).

**Tablo 7: Aile Hekimleri ve ASE'lerin OSB ile İlgili Bilgi Tutum ve Farkındalıklarının Medeni Duruma Göre İncelenmesi**

Ölçek-Anket	Meslek	Medeni Durum	Sayı (%)	Ort±SS	F p
<b>OSB Bilgi Tutum Ölçeği</b>	<b>Aile Hekimi</b>	<b>Evli</b> <b>Bekar</b> <b>Ayrılmış</b>	87 (%96.7) 3 (%3.3) -	52.38±4.98 51.67±5.6 -	0.243 0.809
	<b>ASE</b>	<b>Evli</b> <b>Bekar</b> <b>Ayrılmış</b>	61 (%69.3) 19 (%21.6) 8 (%9.1)	54.62±5.06 48.53±3.56 49.00±4.99	14.581 <b>0.000</b>
<b>OSB Farkındalık Anketi</b>	<b>Aile Hekimi</b>	<b>Evli</b> <b>Bekar</b> <b>Ayrılmış</b>	87 (%96.7) 3 (%3.3) -	44.92±4.83 44.33±6.51 -	0.205 0.838
	<b>ASE</b>	<b>Evli</b>	61 (%69.3)	44.56±5.54	9.800

		<b>Bekar Ayrılmış</b>	19 (%21.6) 8 (%9.1)	40.63±5.04 36.50±6.21	<b>0.000</b>
--	--	---------------------------	------------------------	--------------------------	--------------

Aile hekimlerinin OSB Bilgi Tutum Ölçeği puan ortalamaları çocuk sahibi olma durumuna göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). ASE'lerin OSB Bilgi Tutum Ölçeği puan ortalamaları çocuk sahibi olma durumuna göre incelendiğinde; çocuk sahibi olanların puan ortalaması  $53.97\pm 5.33$ , çocuk sahibi olmayanların puan ortalaması  $48.53\pm 3.56$  olarak hesaplanmıştır. Buna göre çocuk sahibi olan ASE'lerin OSB Bilgi Tutum Ölçeği puan ortalaması, çocuk sahibi olmayan ASE'lere göre daha yüksektir ( $p<0.05$ ) (Tablo 8).

Aile hekimlerinin OSB Farkındalık Anketi puan ortalamaları çocuk sahibi olma duruma göre incelendiğinde; çocuk sahibi olanların puan ortalaması  $45.85\pm 4.49$ , çocuk sahibi olmayanların puan ortalaması  $42.29\pm 4.95$  olarak hesaplanmıştır. Buna göre çocuk sahibi olan aile hekimlerinin OSB Farkındalık Anketi puan ortalaması çocuk sahibi olmayan aile hekimlerinden daha yüksektir ( $p<0.05$ ). ASE'lerin OSB Farkındalık Anketi puan ortalamaları çocuk sahibi olma duruma göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 8).

**Tablo 8: Aile Hekimleri ve ASE'lerin OSB ile İlgili Bilgi Tutum ve Farkındalıklarının Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre İncelenmesi**

Ölçek-Anket	Meslek	Çocuk Sahibi Olma Durumu	Sayı (%)	Ort±SS	t p
OSB Bilgi Tutum Ölçeği	Aile Hekimi	Evet	66 (%73.3)	52.39±5.18	0.121
		Hayır	24 (%26.7)	52.25±4.46	0.904
OSB Farkındalık Anketi	Aile Hekimi	Evet	69 (%78.4)	53.97±5.33	4.191
		Hayır	19 (%21.6)	48.53±3.56	<b>0.000</b>
OSB Farkındalık Anketi	Aile Hekimi	Evet	66 (%73.3)	45.85±4.49	3.236
		Hayır	24 (%26.7)	42.29±4.95	<b>0.002</b>
OSB Farkındalık Anketi	ASE	Evet	69 (%78.4)	43.62±6.15	1.946
		Hayır	19 (%21.6)	40.63±5.04	0.055

Aile hekimlerinin OSB Bilgi Tutum Ölçeği puan ortalamaları eğitim durumuna göre incelendiğinde uzman aile hekimlerin puan ortalaması  $62.00\pm 0.00$ , pratisyen aile

hekimlerinin puan ortalaması  $52.13 \pm 4.83$  olarak hesaplanmıştır. Buna göre uzman aile hekimlerinin OSB Bilgi Tutum Ölçeği puan ortalaması pratisyen aile hekimlerine göre daha yüksek bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). ASE'lerin OSB Bilgi Tutum Ölçeği puan ortalamaları eğitim durumuna göre incelendiğinde lise mezunu  $50.16 \pm 4.45$ , önlisans mezunu  $51.68 \pm 3.82$ , lisans mezunu  $55.43 \pm 6.25$  ve yüksek lisans mezunu  $53.33 \pm 1.15$  olarak hesaplanmıştır. Buna göre lisans mezunu ASE'lerin OSB Bilgi Tutum Ölçeği puan ortalaması lise ve önlisans mezunu ASE'lere göre daha yüksektir ( $p < 0.05$ ) (Tablo 9).

Aile hekimlerinin OSB Farkındalık Anketi puan ortalamaları eğitim durumuna göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ). ASE'lerin OSB Farkındalık Anketi puan ortalamaları eğitim durumuna göre incelendiğinde lise mezunu  $40.64 \pm 5.96$ , önlisans mezunu  $40.80 \pm 3.20$ , lisans mezunu  $45.60 \pm 6.46$  ve yüksek lisans mezunu  $50.00 \pm 0.00$  olarak hesaplanmıştır. Yüksek lisans mezunu ASE'lerin OSB Farkındalık Anketi puan ortalaması lisans, önlisans ve lise mezunu ASE'lere göre daha yüksektir ( $p < 0.05$ ). Aynı zamanda lisans mezunu ASE'lerin OSB Farkındalık Anketi puan ortalaması önlisans ve lise mezunu ASE'lere göre daha yüksektir ( $p < 0.05$ ) (Tablo 9).

**Tablo 9: Aile Hekimleri ve ASE'lerin OSB ile İlgili Bilgi Tutum ve Farkındalıklarının Eğitim Durumuna Göre İncelenmesi**

Ölçek-Anket	Meslek	Eğitim Durumu	Sayı (%)	Ort±SS	Test p
OSB Bilgi Tutum Ölçeği	Aile Hekimi	Pratisyen Hekim	88 (%97.7)	$52.13 \pm 4.83$	t=2.872 <b>0.005</b>
		Uzman Hekim	2 (%2.2)	$62.00 \pm 0.00$	
ASE		Lise	25 (%28.4)	$50.16 \pm 4.45$	F=5.382 <b>0.008</b>
		Önlisans	25 (%28.4)	$51.68 \pm 3.82$	
		Lisans	35 (39.8)	$55.43 \pm 6.25$	
		Yüksek Lisans	3 (%3.4)	$53.33 \pm 1.15$	
OSB Farkındalık Anketi	Aile Hekimi	Pratisyen Hekim	88 (%97.7)	$45.50 \pm 0.71$	t=0.166 0.869
		Uzman Hekim	2 (%2.2)	$44.92 \pm 4.92$	
ASE		Lise	25 (%28.4)	$40.64 \pm 5.96$	F=7.158 <b>0.000</b>
		Önlisans	25 (%28.4)	$40.80 \pm 3.20$	
		Lisans	35 (39.8)	$45.60 \pm 6.46$	
		Yüksek Lisans	3 (%3.4)	$50.00 \pm 0.00$	

Aile hekimlerinin OSB Bilgi Tutum Ölçeği puan ortalamaları çalışma yıllarına göre incelendiğinde 0-5 yıl çalışanlarda  $51.50 \pm 2.45$ , 6-10 yıl çalışanlarda  $48.29 \pm 1.60$ , 11-15 yıl

çalışanlarda 51.67±3.77, 16-20 yıl çalışanlarda 49.36±3.48 ve 21 yıl ve daha fazla çalışanlarda 53.96±5.40 olarak hesaplanmıştır. Buna göre 21 yıl ve daha fazla süre çalışan aile hekimlerinin OSB Bilgi Tutum Ölçeği puan ortalaması 6-10 yıl ve 16-20 yıl çalışan aile hekimlerine göre daha yüksektir (p<0.05). ASE'lerin OSB Bilgi Tutum Ölçeği puan ortalamaları çalışma yıllarına göre incelendiğinde 0-5 yıl çalışanlarda 47.73±1.39, 6-10 yıl çalışanlarda 53.08±4.74, 11-15 yıl çalışanlarda 52.00±6.23, 16-20 yıl çalışanlarda 51.00±0.00 ve 21 yıl ve daha fazla çalışanlarda 55.65±4.77 olarak hesaplanmıştır. Buna göre 21 yıl ve üzeri süre çalışan ASE'lerin OSB Bilgi Tutum Ölçeği puan ortalaması 0-5 yıl, 11-15 yıl ve 16-20 yıl çalışanlara göre daha yüksektir (p<0.05). Ayrıca 6-10 yıl çalışan ASE'lerin OSB Bilgi Tutum Ölçeği puan ortalaması 0-5 yıl çalışan ASE'lere göre daha yüksektir (p<0.05) (Tablo 10).

Aile hekimlerinin OSB Farkındalık Anketi puan ortalamaları çalışma yıllarına göre incelendiğinde 0-5 yıl çalışanlarda 42.38±1.51, 6-10 yıl çalışanlarda 40.29±7.72, 11-15 yıl çalışanlarda 48.56±2.60, 16-20 yıl çalışanlarda 44.07±4.25 ve 21 yıl ve daha fazla çalışanlarda 45.50±4.61 olarak hesaplanmıştır. Buna göre 11-15 yıl ve 21 yıl ve üzeri çalışan aile hekimlerinin OSB Farkındalık Anketi puan ortalaması 0-5 yıl çalışan aile hekimlerine göre daha yüksektir (p<0.05). Ayrıca 11-15 yıl çalışan aile hekimlerinin OSB Farkındalık Anketi puan ortalaması 16-20 yıl çalışan aile hekimlerine göre daha yüksektir (p<0.05). ASE'lerin OSB Farkındalık Anketi puan ortalamaları çalışma yıllarına göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05) (Tablo 10).

**Tablo 10: Aile Hekimleri ve ASE'lerin OSB ile İlgili Bilgi Tutum ve Farkındalıklarının Meslekte Toplam Çalışma Yıllarına Göre İncelenmesi**

Ölçek-Anket	Meslek	Çalışma Yılı	Sayı (%)	Ort±SS	F P
OSB Bilgi Tutum Ölçeği	Aile Hekimi	0-5 yıl	8 (%8.9)	51.50±2.45	8.836  <b>0.000</b>
		6-10 yıl	7 (%7.8)	48.29±1.60	
		11-15 yıl	9 (%10.0)	51.67±3.77	
		16-20 yıl	14 (%15.6)	49.36±3.48	
		21 ve üzeri yıl	52 (%57.8)	53.96±5.40	
	ASE	0-5 yıl	15 (%17)	47.73±1.39	7.431  <b>0.000</b>
		6-10 yıl	12 (%13.6)	53.08±4.74	
		11-15 yıl	24 (%27.3)	52.00±6.23	
		16-20 yıl	3 (%3.4)	51.00±0.00	
		21 ve üzeri yıl	34 (%38.6)	55.65±4.77	
OSB	Aile Hekimi	0-5 yıl	8 (%8.9)	42.38±1.51	9.709

<b>Farkındalık Anketi</b>		6-10 yıl	7 (%7.8)	40.29±7.72	<b>0.000</b>
		11-15 yıl	9 (%10.0)	48.56±2.60	
		16-20 yıl	14 (%15.6)	44.07±4.25	
		21 ve üzeri yıl	52 (%57.8)	45.50±4.61	
	<b>ASE</b>	0-5 yıl	15 (%17)	43.20±5.98	2.447
		6-10 yıl	12 (%13.6)	40.83±5.31	<b>0.053</b>
		11-15 yıl	24 (%27.3)	40.75±6.25	
		16-20 yıl	3 (%3.4)	46.00±0.00	
		21 ve üzeri yıl	34 (%38.6)	44.94±5.83	

Aile hekimlerinin OSB Bilgi Tutum Ölçeği puan ortalamaları ailesinde veya çevresinde OSB'li birey olma durumuna göre incelendiğinde; ailesinde veya çevresinde OSB'li birey olan aile hekimlerinin puan ortalaması 49.79±2.04, ailesinde veya çevresinde OSB'li birey olmayan aile hekimlerinin puan ortalaması 52.83±5.21'dir. Buna göre ailesinde veya çevresinde OSB'li birey olmayan aile hekimlerinin OSB Bilgi Tutum Ölçeği puan ortalaması ailesinde veya çevresinde OSB'li birey olan aile hekimlerine göre daha yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 11).

ASE'lerin OSB Bilgi Tutum Ölçeği puan ortalamaları ailesinde veya çevresinde OSB'li birey olma durumuna göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Aile hekimleri ve ASE'lerin OSB Farkındalık Anketi puan ortalamaları ailesinde veya çevresinde OSB'li birey olma durumuna göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 11).

**Tablo 11: Aile Hekimleri ve ASE'lerin OSB ile İlgili Bilgi Tutum ve Farkındalıklarının Ailesinde veya Çevresinde OSB'li Birey Olma Durumuna Göre İncelenmesi**

<b>Ölçek-Anket</b>	<b>Meslek</b>	<b>Çevresinde OSB'li Birey Olma Durumu</b>	<b>Sayı (%)</b>	<b>Ort±SS</b>	<b>t p</b>
<b>OSB Bilgi Tutum Ölçeği</b>	<b>Aile Hekimi</b>	<b>Evet</b>	14 (%15.6)	49.79±2.04	-3.757
		<b>Hayır</b>	76(%84.4)	52.83±5.21	<b>0.000</b>
	<b>ASE</b>	<b>Evet</b>	25 (%28.4)	54.88±6.56	2.017
		<b>Hayır</b>	63 (%71.6)	51.97±4.79	0.052
<b>OSB Farkındalık Anketi</b>	<b>Aile Hekimi</b>	<b>Evet</b>	14 (%15.6)	45.86±4.83	0.802
		<b>Hayır</b>	76 (%84.4)	44.72±4.87	0.425
	<b>ASE</b>	<b>Evet</b>	25 (%28.4)	42.52±7.74	-0.379

		<b>Hayır</b>	63 (%71.6)	43.16±5.26	0.707
--	--	--------------	------------	------------	-------

Aile hekimlerinin OSB Bilgi Tutum Ölçeği puan ortalamaları OSB ile ilgili herhangi bir eğitim programına katılma durumuna göre incelendiğinde; OSB ile ilgili herhangi bir eğitim programına katılan aile hekimlerinin puan ortalaması 53.50±5.08, katılmayan aile hekimlerinin puan ortalaması 49.54±3.39'dur. Buna göre OSB ile ilgili herhangi bir eğitim programına katılan aile hekimlerinin OSB Bilgi Tutum Ölçeği puan ortalaması katılmayan aile hekimlerine göre daha yüksektir ( $p<0.05$ ). ASE'lerin OSB Bilgi Tutum Ölçeği puan ortalamaları OSB ile ilgili herhangi bir eğitim programına katılma durumuna göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 12).

Aile hekimleri ve ASE'lerin OSB Farkındalık Anketi puan ortalamaları OSB ile ilgili herhangi bir eğitim programına katılma durumuna göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 12).

**Tablo 12: Aile Hekimleri ve ASE'lerin OSB ile İlgili Bilgi Tutum ve Farkındalıklarının OSB ile İlgili Herhangi Bir Eğitim Programına Katılma Durumuna Göre İncelenmesi**

Ölçek-Anket	Meslek	OSB ile İlgili Eğitim Programına Katılma Durumu	Sayı (%)	Ort±SS	t p
OSB Bilgi Tutum Ölçeği	Aile Hekimi	Evet	64 (%71.1)	53.50±5.08	4.313 <b>0.000</b>
		Hayır	26 (%28.9)	49.54±3.39	
OSB Farkındalık Anketi	Aile Hekimi	Evet	42 (%47.7)	53.52±4.35	1.216 0.228
		Hayır	46 (%52.3)	52.13±6.30	
OSB Farkındalık Anketi	ASE	Evet	64 (%71.1)	45.13±5.34	0.825 0.412
		Hayır	26 (%28.9)	44.35±3.41	
OSB Farkındalık Anketi	ASE	Evet	42 (%47.7)	42.43±5.05	-0.814 0.418
		Hayır	46 (%52.3)	43.48±6.82	

Aile hekimlerinin OSB Bilgi Tutum Ölçeği puan ortalamaları ASM'de ailelere OSB'ye yönelik bir hizmet verme durumuna göre incelendiğinde; ASM'de ailelere

OSB'ye yönelik bir hizmet veren aile hekimlerinin puan ortalaması  $53.50 \pm 5.08$ , hizmet vermeyen aile hekimlerinin puan ortalaması  $49.54 \pm 3.39$ 'dur. Buna göre ASM'de ailelere OSB'ye yönelik bir hizmet veren aile hekimlerinin OSB Bilgi Tutum Ölçeği puan ortalaması hizmet vermeyen aile hekimlerine göre daha yüksektir ( $p < 0.05$ ) (Tablo 13).

ASE'lerin OSB Bilgi Tutum Ölçeği puan ortalamaları ASM'de ailelere OSB'ye yönelik bir hizmet verme durumuna göre incelendiğinde; ASM'de ailelere OSB'ye yönelik bir hizmet veren ASE'lerin puan ortalaması  $55.92 \pm 5.26$ , hizmet vermeyen ASE'lerin puan ortalaması  $52.30 \pm 5.37$ 'dir. Buna göre ASM'de ailelere OSB'ye yönelik bir hizmet veren ASE'lerin OSB Bilgi Tutum Ölçeği puan ortalaması, hizmet vermeyen ASE'lere göre daha yüksektir ( $p < 0.05$ ) (Tablo 13).

Aile hekimleri ve ASE'lerin OSB Farkındalık Anketi puan ortalamaları ASM'de ailelere OSB'ye yönelik bir hizmet verme durumuna göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ) (Tablo 13).

**Tablo 13: Aile Hekimleri ve ASE'lerin OSB ile İlgili Bilgi Tutum ve Farkındalıklarının ASM'de Ailelere OSB'ye Yönelik Bir Hizmet Verme Durumuna Göre İncelenmesi**

Ölçek-Anket	Meslek	OSB'ye Yönelik Hizmet Verme Durumu	Sayı (%)	Ort±SS	t p
OSB Bilgi Tutum Ölçeği	Aile Hekimi	Evet Hayır	84(%93.3) 6(%6.7)	$53.50 \pm 5.08$ $49.54 \pm 3.39$	4.313 <b>0.000</b>
	ASE	Evet Hayır	76 (%86.4) 12 (%13.6)	$55.92 \pm 5.26$ $52.30 \pm 5.37$	2.204 <b>0.044</b>
OSB Farkındalık Anketi	Aile Hekimi	Evet Hayır	84(%93.3) 6(%6.7)	$45.13 \pm 5.34$ $44.35 \pm 3.41$	0.825 0.412
	ASE	Evet Hayır	76 (%86.4) 12 (%13.6)	$42.59 \pm 5.99$ $45.42 \pm 5.93$	-1.52 0.132

Aile hekimlerinin OSB Bilgi Tutum Ölçeği puan ortalamaları birimlerinde kayıtlı OSB tanısı almış çocuk olma durumuna göre incelendiğinde; birimlerinde kayıtlı OSB tanısı almış çocuk olan aile hekimlerinin puan ortalaması  $57.67 \pm 5.63$ , birimlerinde

kayıtlı OSB tanısı almış çocuk olmayan aile hekimlerinin puan ortalaması  $51.03 \pm 3.81$ 'dir. Buna göre birimlerinde kayıtlı OSB tanısı almış çocuk olan aile hekimlerinin puan ortalaması, olmayan aile hekimlerine göre daha yüksektir ( $p < 0.05$ ). ASE'lerin OSB Bilgi Tutum Ölçeği puan ortalamaları birimlerinde kayıtlı OSB tanısı almış çocuk olma durumuna göre incelendiğinde birimlerinde kayıtlı OSB tanısı almış çocuk olan ASE'lerin puan ortalaması  $54.39 \pm 4.54$ , birimlerinde kayıtlı OSB tanısı almış çocuk olmayan ASE'lerin puan ortalaması  $51.69 \pm 5.82$  'dir. Buna göre birimlerinde kayıtlı OSB tanısı almış çocuk olan ASE'lerin puan ortalaması, olmayan ASE'lere göre daha yüksektir ( $p < 0.05$ ) (Tablo 14).

Aile hekimleri ve ASE'lerin OSB Farkındalık Anketi puan ortalamaları birimlerinde kayıtlı OSB tanısı almış çocuk olma durumuna incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ) (Tablo 14).

**Tablo 14: Aile Hekimleri ve ASE'lerin OSB ile İlgili Bilgi Tutum ve Farkındalıklarının Birimlerinde Kayıtlı OSB Tanısı Almış Çocuk Olma Durumuna Göre İncelenmesi**

Ölçek-Anket	Meslek	Birimlerinde Kayıtlı OSB Tanısı Almış Çocuk Olma Durumu	Sayı (%)	Ort±SS	t p
OSB Bilgi Tutum Ölçeği	Aile Hekimi	Evet Hayır	18(%20.0) 72(%80.0)	57.67±5.63 51.03±3.81	4.743 <b>0.000</b>
	ASE	Evet Hayır	36 (%40.9) 52 (%59.1)	54.39±4.54 51.69±5.82	2.33 <b>0.022</b>
OSB Farkındalık Anketi	Aile Hekimi	Evet Hayır	18(%20.0) 72(%80.0)	44.78±2.92 44.93±5.24	-0.165 0.869
	ASE	Evet Hayır	36 (%40.9) 52 (%59.1)	43.67±6.33 42.50±5.83	0.892 0.375

Aile hekimlerinin OSB Bilgi Tutum Ölçeği puan ortalamaları OSB olabileceğinden şüphelendikleri çocuk olma durumuna göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ). ASE'lerin OSB Bilgi Tutum Ölçeği puan ortalamaları OSB olabileceğinden şüphelendikleri çocuk olma durumuna göre incelendiğinde; OSB

olabileceğinden şüphelendikleri çocuk olan ASE'lerin puan ortalaması 54.29±2.90, olmayan ASE'lerin puan ortalaması 52.33±6.00'dır. Buna göre OSB olabileceğinden şüphelendikleri çocuk olan ASE'lerin OSB Bilgi Tutum Ölçeği puan ortalaması, olmayan ASE'lere göre daha yüksektir (p<0.05) (Tablo 15).

Aile hekimlerinin OSB Farkındalık Anketi puan ortalamaları OSB olabileceğinden şüphelendikleri çocuk olma durumuna göre incelendiğinde; OSB olabileceğinden şüphelendikleri çocuk olan aile hekimlerinin puan ortalaması 46.17±5.15, olmayan aile hekimlerinin puan ortalaması 44.06±4.49'dur. Buna göre OSB olabileceğinden şüphelendikleri çocuk olan aile hekimlerinin OSB Farkındalık Anketi puan ortalaması, olmayan aile hekimlerine göre daha yüksektir (p<0.05). ASE'lerin OSB Farkındalık Anketi puan ortalamaları OSB olabileceğinden şüphelendikleri çocuk olma durumuna göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05) (Tablo 15).

**Tablo 15: Aile Hekimleri ve ASE'lerin OSB ile İlgili Bilgi Tutum ve Farkındalıklarının OSB Olabileceğinden Şüphelendikleri Çocuk Olma Durumuna Göre İncelenmesi**

Ölçek-Anket	Meslek	OSB Olabileceğinden Şüphelenilen Çocuk Olma Durumu	Sayı (%)	Ort±SS	t p
OSB Bilgi Tutum Ölçeği	Aile Hekimi	Evet	54 (60.0)	52.85±5.28	1.162
		Hayır	36 (40.0)	51.61±4.44	0.248
OSB Farkındalık Anketi	Aile Hekimi	Evet	67 (%76.1)	54.29±2.90	2.021
		Hayır	21 (%23.9)	52.33±6.00	<b>0.047</b>
OSB Farkındalık Anketi	Aile Hekimi	Evet	54 (60.0)	46.17±5.15	2.059
		Hayır	36 (40.0)	44.06±4.49	<b>0.042</b>
OSB Farkındalık Anketi	ASE	Evet	67 (%76.1)	43.16±5.91	0.517
		Hayır	21 (%23.9)	42.38±6.51	0.606

Tablo 16'da OSB Bilgi ve Tutum Ölçeği ve OSB Farkındalık Anketi puan ortalamaları ve aralarındaki ilişki yer almaktadır. OSB Bilgi Tutum Ölçeği ve OSB Farkındalık Anketi arasında pozitif yönlü çok zayıf ilişki (r=0,199) bulunmaktadır (p<0.05).

**Tablo 16: OSB Bilgi ve Tutum Ölçeği ve OSB Farkındalık Anketi Puan Ortalamaları ve Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki**

<b>Ölçek-Anket</b>	<b>Ort±SS</b>	<b>Min-Max</b>
<b>OSB Bilgi Tutum Ölçeği</b>	52.573±5.2149	41-64
<b>OSB Farkındalık Anketi</b>	43.95±5.534	29-58
<b>OSB Bilgi Tutum Ölçeği-OSB Farkındalık Anketi Korelasyonu</b>	r=0.199	<b>p=0.008</b>

## 5. TARTIŞMA VE SONUÇ

OSB, basmakalıp ve yineleyici (stereotipik) davranışlara yatkınlık ve ilgi alanının kısıtlılığı ile karakterize nörogelişimsel bir bozukluktur (1). Belirtileri erken çocukluk döneminde ortaya çıkıp etkileri yaşam boyu sürmektedir (2). OSB'nin klinik seyrinde çocuğun zeka düzeyi ve görülen belirtilerin şiddeti önemli olup erken tanı ile birlikte en erken zamanda özel eğitime ve davranışçı tedaviye başlanması prognozu olumlu yönde etkilemektedir (8). Bu nedenle gelişimsel izlem ve taramalarda önemli rolleri olan aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının OSB ile ilgili bilgi tutum ve farkındalık düzeyleri son derece önemlidir.

Çalışmaya 90 aile hekimi ve 88 ASE gönüllü olarak katılmıştır. Gölbaşı'nın aile hekimleri ve ASE'lerin OSB ile ilgili bilgi tutum ve farkındalıklarını incelediği çalışmasına 90 aile hekimi ve 78 ASE katılmıştır (15). Bakır'ın hemşire ve ebelerin otizm ve erken tanısına yönelik bilgi düzeylerini araştırdığı 248 hemşire ve ebe katılmıştır (13). Tural'ın Malatya'da birinci basamakta sağlık kuruluşunda çalışan hekimlerin OSB bilgi tutum ve davranışlarının değerlendirildiği çalışmasına ise 101 aile hekimi katılmıştır (16). Bu çalışmada aile hekimlerinin %68.9'unun ve ASE'lerin %59.1'inin 35 yaş ve üzerinde olduğu görülmüştür. Gölbaşı'nın çalışmasında ise aile hekimlerinin yaş ortalaması 43.9 iken ASE'lerin yaş ortalaması 34.3'tür. Bakır'ın çalışmasında ise hemşire ve ebelerin %38.6 sının 25-32 yaş aralığında olduğu belirtilmiştir. Tural'ın çalışmasında ise aile hekimlerinin yaş ortalaması  $43.6 \pm 6.8$ 'dir. Bu çalışmada aile hekimlerinin %57.8'inin ve ASE'lerin %38.6'sının meslekte çalışma yılları 21 yıl ve üzerindedir. Gölbaşı'nın çalışmasında ise meslekte toplam çalışma süreleri aile hekimleri için 18.8 yıl iken, ASE'ler için 13.4 yıldır. Sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğu ikinci basamakta yıllarca çalıştıktan sonra ASM'lerde çalışmaktadırlar. Bu nedenle bu çalışmada ve literatürdeki konu ile ilgili ASM'lerde yapılan diğer çalışmalarda katılımcıların yaşlarının ve meslekte çalışma yıllarının fazla olması beklenen bir durumdur.

Çalışmaya katılan aile hekimlerinin çoğunluğunun erkek (%60), ASE'lerin çoğunluğunun ise kadın (%92) olduğu belirlenmiştir. Tural'ın çalışmasında da aile hekimlerinin %71.3'ü erkektir. Gölbaşı'nın çalışmasında ise aile hekimlerinin %70'i erkek, ASE'lerin tamamı kadındır. Bu çalışmada aile hekimlerinin %96.7'si, ASE'lerin %69.3'ü evli ve aile hekimlerinin %73.3'ü, ASE'lerin %78.4'ü çocuk sahibidir. Gölbaşı'nın çalışmasında da aile hekimleri ve ASE'lerin büyük bir çoğunluğu evli ve çocuk sahibidir.

Bu çalışmadaki katılımcıların medeni durumu ve çocuk sahibi olma durumu literatürdeki diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Çalışmaya katılan ASE'lerin büyük bir çoğunluğu lisans mezunudur (%39.8). Bakır'ın çalışmasında hemşire ve ebelerin büyük bir çoğunluğu (%44.8) lisans mezunudur. Gölbaşı'nın çalışmasında da ASE'lerin büyük bir çoğunluğu (%43.5) lisans mezunudur. Bu araştırmada aile hekimlerinin %2.2'si uzman hekimdir. Tural'ın çalışmasında aile hekimlerinin %7.9'u uzman hekimdir. Gölbaşı'nın çalışmasında ise aile hekimlerinin %2'si uzman hekimdir. Bu çalışmaya katılan ASE'lerin eğitim durumları literatürdeki çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Aile hekimlerinin %84.4'ü ve ASE'lerin %71.6'sı ailelerinde ve çevrelerinde OSB'li birey olmadığını ifade etmiştir. Bakır'ın çalışmasında da katılımcıların büyük çoğunluğu (%84.3) OSB'li yakını veya akrabası olmadığını ifade etmişlerdir. Aile hekimlerinin %71.1'i ve ASE'lerin %47.7'si OSB ile ilgili eğitim programına katıldıklarını ifade etmişlerdir. Gölbaşı'nın çalışmasında ise aile hekimlerinin %86'sı ve ASE'lerin %83'ü OSB ile ilgili herhangi bir eğitime katılmadıklarını ifade etmişlerdir. Tural'ın çalışmasında aile hekimlerinin %58.4'ü OSB ile ilgili herhangi bir eğitim programına katılmadıklarını ifade etmişlerdir. Bu çalışmada aile hekimi ve ASE'lerin OSB ile ilgili eğitim alma düzeyinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Ancak yine de aile hekimlerinin belli bir kısmının ve ASE'lerin çoğunluğunun OSB ile ilgili eğitim almadıkları görülmektedir. Gelişimsel takip ve izlemlerin en sık yapıldığı aile sağlığı merkezlerinde görev yapan ve OSB'nin tanılanmasında önemli rolleri olan aile hekimleri ve ASE'lerin OSB ile ilgili eğitim programlarının artırılmasının OSB'nin erken tanısı ve müdahalesi için önemli olduğu düşünülmektedir.

“Aile Sağlığı Merkezinizde OSB'ye yönelik bir hizmet veriyor musunuz?” sorusuna aile hekimlerinin %93.3'ü ve ASE'lerin %86.4'ü “evet” cevabını vermiştir. “Biriminize kayıtlı otizm spektrum bozukluğu tanısı almış çocuk var mı?” sorusuna ise aile hekimlerinin %20'si ve ASE'lerin %39.9'u “evet” cevabını vermiştir. Aile hekimleri ve ASE'lerin birimlerinde OSB'li çocuk oranı az olmasına rağmen OSB ile ilgili hizmet verme sorusunda oldukça yüksek bir oranda hizmet verdiklerini ifade etmeleri gelişimsel izlem ve takiplerde OSB ile ilgili erken belirti ve bulguları da inceleyip ailelere OSB erken alarm belirtileri noktasında eğitim verdiklerini düşündürmüştür.

OSB Bilgi Tutum Ölçeği puan ortalamaları 75 puan üzerinden aile hekimlerinin  $52.36 \pm 4.97$ , ASE'lerin  $52.80 \pm 5.47$  olarak hesaplanmıştır. OSB Farkındalık Anketi puan ortalamaları 60 puan üzerinden aile hekimlerinin  $44.90 \pm 4.85$ , ASE'lerin  $42.98 \pm 6.03$  olarak hesaplanmıştır. Çalışmada elde edilen verilere göre aile hekimleri ve ASE'lerin OSB ile ilgili bilgi, tutum ve farkındalıklarında eksiklikler olduğu saptanmıştır. Gölbaşı'nın çalışmasında birinci basamakta görev yapan aile hekimleri ve ASE'lerin OSB'ye yönelik bilgi, tutum ve farkındalıklarının yeteri kadar yüksek olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bakır'ın çalışmasında ise hemşire ve ebelerin bilgi düzeylerinin ortalamanın üzerinde ve iyi olduğunu belirtilmiştir. Tural'ın çalışmasında hekimlerin OSB'nin tanı kriterleri ve karakteristik belirti ve bulgularını kısmen bildikleri, tedavi ve takibi konusunda pek bilgi sahibi olmadıkları saptanmıştır. Hekimlik eğitimleri ve meslek içi eğitimlerin OSB konusunda desteklenmesi gerektiği vurgulanmıştır. Rahbar, 2011 yılında Pakistan'daki 348 pratisyen hekimin otizmle ilgili bilgi düzeylerini incelediği çalışmasında hekimlerin bilgi düzeylerinin yetersiz olduğunu belirtmiştir (121). Sabuncuoğlu ve arkadaşları Türkiye genelinde 9 ilde 133 aile hekimi uzmanlığı öğrencisinin OSB ve DEHB ile ilgili bilgi ve tutumlarını inceledikleri çalışmada aile hekimi uzmanlığı öğrencilerinin OSB/DEHB konularında bilgi düzeylerinin tanılama sürecini doğru yönetmek adına yetersiz olduğu sonucuna varmışlardır. Mezuniyet öncesi eğitim müfredatında, özellikle staj/internlik döneminde OSB ile ilgili eğitim programları oluşturulması gerektiği belirtilmiştir. (14). Gürbüz'ün 2020 yılında İzmir'de aile hekimleri uzmanlık öğrencilerinin OSB'ye yönelik bilgi düzeylerinin incelendiği çalışmada hekimlerin OSB'ye yönelik eksiklikleri olduğu belirtilmiştir (19). Bu doğrultuda çalışmadan elde edilen sonuçlar literatürden ulaşılan çalışmalarla benzerlik taşımaktadır. Çalışmadan elde edilen veriler doğrultusunda aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının OSB ile ilgili bilgi tutum ve farkındalıklarının düzeylerinde eksiklikler olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Aile hekimleri ve ASE'lerin OSB Bilgi Tutum Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ). Aile hekimlerinin OSB Farkındalık Anketi puan ortalamasının ise ASE'lerden daha yüksek olduğu görülmüştür ( $p < 0.05$ ). Aile hekimlerinin farkındalık düzeyinin ASE'lerden daha yüksek olduğu saptanmıştır. Gölbaşı'nın çalışmasında hekimlerin bilgi ve farkındalık düzeyi ASE'lerden yüksek bulunmuştur. Aile hekimlerinin farkındalık düzeyinin daha yüksek olması aldıkları eğitim içeriği ve süresinin farklı olması ile açıklanabilir.

Aile hekimlerinin OSB Bilgi Tutum Ölçeği puan ortalamaları yaş gruplarına göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). ASE'lerin OSB Bilgi Tutum Ölçeği puan ortalamaları yaş gruplarına göre incelendiğinde 35 yaş ve üzeri ASE'lerin bilgi düzeyinin diğer yaş aralıklarından daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Gölbaşı'nın çalışmasında aile hekimleri ve ASE'lerin OSB Bilgi Tutum Ölçeği puanları 40 yaş altında daha yüksek bulunmuştur. Bakır'ın çalışmasında da 17-24 ve 25-32 yaş grubundaki hemşire ve ebelerin otizm ve erken tanısına yönelik bilgi düzeyinin 33 yaş ve üstü hemşire ve ebelere göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Literatürdeki çalışmalarda genç sağlık çalışanlarının otizme yönelik bilgi düzeylerinin yaşı büyük olan sağlık çalışanlarına göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu durumun yeni mezun sağlık personellerinin OSB ile ilgili daha iyi eğitim alması ve yaşça büyük olan sağlık personellerinin tükenmişlik yaşamalarından kaynaklanabileceği belirtilmiştir (16). Bu çalışmada ise yaşı daha büyük olan ASE'lerin bilgi düzeyinin daha yüksek olmasının nedeni yaşla birlikte edinilen tecrübeden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Aile hekimlerinin OSB Farkındalık Anketi puan ortalamaları yaş gruplarına göre incelendiğinde 35 yaş ve üzeri aile hekimlerinin farkındalık düzeyi 25-29 yaş aralığında olan aile hekimlerinden daha yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Yaşı daha büyük olan aile hekimlerinin farkındalık düzeyinin genç hekimlere göre daha yüksek olması yaşla birlikte çalışma yılının fazla olması ve beraberinde tecrübenin de daha fazla olması ile açıklanabilir. ASE'lerin OSB Farkındalık Anketi puan ortalamaları yaş gruplarına göre incelendiğinde 18-24 yaş arası ASE'lerin farkındalık düzeyi 30-34 yaş aralığındaki ASE'lerden daha yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Bu durumun yeni mezun ASE'lerin OSB ile ilgili daha iyi eğitim almalarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Aile hekimlerinin OSB Bilgi Tutum Ölçeği puan ortalamaları cinsiyete göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). ASE'lerin OSB Bilgi Tutum Ölçeği puan ortalamaları cinsiyete göre incelendiğinde kadın ASE'lerin bilgi düzeyi erkek ASE'lere göre daha yüksektir ( $p<0.05$ ). Aile hekimleri ve ASE'lerin OSB Farkındalık Anketi puan ortalamaları cinsiyete göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Gölbaşı'nın çalışmasında ise kadın hekimlerin bilgi düzeyi erkek hekimlere göre daha yüksek bulunmuştur. Sabuncuoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında kadın aile hekimi asistanlarının OSB bilgi düzeyleri erkek aile hekimleri asistanlarından daha yüksek bulunmuştur. Literatürde de kadın aile hekimlerinin

ve pediatristlerin gelişim geriliği vakalarını erkek meslektaşlarına göre daha fazla fark ettikleri ve bir üst uzmana daha fazla yönlendirdikleri belirtilmiştir (123).

Aile hekimlerinin OSB Bilgi Tutum Ölçeği ve OSB Farkındalık Anketi puan ortalamaları medeni duruma göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). ASE'lerin OSB Bilgi Tutum Ölçeği ve OSB Farkındalık Anketi puan ortalamaları medeni duruma göre incelendiğinde evli ASE'lerin bilgi ve farkındalık düzeyi bekar ve ayrılmış olan ASE'lere göre daha yüksektir ( $p<0.05$ ). Çalışmaya katılan sağlık personellerinden evli olanların çoğu çocuk sahibi olduğu için çocuk gelişimiyle ilgili konularda bekar meslektaşlarına göre daha çok bilgi sahibi oldukları tahmin edilmektedir. Bu nedenle OSB bilgi ve farkındalık düzeylerinin daha yüksek olduğu düşünülmektedir.

Aile hekimlerinin OSB Bilgi Tutum Ölçeği puan ortalamaları çocuk sahibi olma durumuna göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). ASE'lerin OSB Bilgi Tutum Ölçeği puan ortalamaları çocuk sahibi olma durumuna göre incelendiğinde; çocuk sahibi olan ASE'lerin bilgi düzeyi çocuk sahibi olmayan ASE'lere göre daha yüksektir ( $p<0.05$ ). Aile hekimlerinin OSB Farkındalık Anketi puan ortalamaları çocuk sahibi olma durumuna göre incelendiğinde; çocuk sahibi olan aile hekimlerinin farkındalık düzeyi çocuk sahibi olmayan aile hekimlerinden daha yüksektir ( $p<0.05$ ). ASE'lerin OSB Farkındalık Anketi puan ortalamaları çocuk sahibi olma durumuna göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Gölbaşı'nın çalışmasında çocuk sahibi olan sağlık personelleri ile çocuk sahibi olmayan sağlık personelleri arasında bilgi ve farkındalık düzeyi olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Çalışmamızda çocuk sahibi olan ASE'lerin bilgi düzeyinin ve çocuk sahibi olan aile hekimlerinin farkındalık düzeyinin daha yüksek olmasının nedeni çocuk sahibi olan sağlık personellerinin çocuk gelişimi ve gelişimde anormal durumlar noktasında daha çok bilgi sahibi olmasıdır.

Aile hekimlerinin OSB Bilgi Tutum Ölçeği puan ortalamaları eğitim durumuna göre incelendiğinde uzman aile hekimlerin bilgi düzeyi pratisyen aile hekimlerine göre daha yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ). ASE'lerin OSB Bilgi Tutum Ölçeği puan ortalamaları eğitim durumuna göre incelendiğinde lisans mezunu ASE'lerin bilgi düzeyi lise ve önlisans mezunu ASE'lere göre daha yüksektir ( $p<0.05$ ). Aile hekimlerinin OSB Farkındalık Anketi puan ortalamaları eğitim durumuna göre incelendiğinde istatistiksel

olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). ASE'lerin OSB Farkındalık Anketi puan ortalamaları eğitim durumuna göre incelendiğinde yüksek lisans mezunu ASE'lerin farkındalık düzeyi; lisans, önlisans ve lise mezunu ASE'lere göre daha yüksektir ( $p<0.05$ ). Aynı zamanda lisans mezunu ASE'lerin farkındalık düzeyi önlisans ve lise mezunu ASE'lere göre daha yüksektir ( $p<0.05$ ). Bakır'ın çalışmasında da lisans ve yüksek lisans mezunu hemşire ve ebelerin otizm ve erken tanısına yönelik bilgi düzeylerinin ön lisans ve lise mezunu hemşire ve ebelere göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Bu durum eğitim düzeyi yükseldikçe bilgi düzeyi ve farkındalığın da yükseldiğini göstermektedir.

Aile hekimlerinin OSB Bilgi Tutum Ölçeği puan ortalamaları çalışma yıllarına göre incelendiğinde 21 yıl ve daha fazla süre çalışan aile hekimlerinin bilgi düzeyi 6-10 yıl ve 16-20 yıl çalışan aile hekimlerine göre daha yüksektir ( $p<0.05$ ). ASE'lerin OSB Bilgi Tutum Ölçeği puan ortalamaları çalışma yıllarına göre incelendiğinde 21 yıl ve daha fazla süre çalışan ASE'lerin bilgi düzeyi; 0-5 yıl, 11-15 yıl ve 16-20 yıl çalışan ASE'lere göre daha yüksektir ( $p<0.05$ ). Ayrıca 6-10 yıl çalışan ASE'lerin bilgi düzeyi 0-5 yıl çalışan ASE'lere göre daha yüksektir ( $p<0.05$ ). Bakır'ın çalışmasında ise hemşire ve ebelerin otizm ve erken tanısına yönelik bilgi düzeyleri çalışma sürelerine göre karşılaştırıldığında 1-5 yıldır çalışan hemşire ve ebelerin daha uzun süredir çalışanlara göre bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Literatürdeki çalışmalarda çalışma yılı daha düşük olan sağlık personellerinin OSB bilgi düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni son yıllarda OSB ile meydana gelen gelişmelerin eğitim müfredatında daha çok yer almasının yeni mezun olan sağlık personellerinin bilgi düzeyini arttırmasıdır. (13,15). Bu çalışmada meslekte çalışma yılı fazla olan aile hekimleri ve ASE'lerin bilgi düzeyinin daha yüksek olmasının nedeninin çalışmayla elde edilen mesleki tecrübelerin bilgi ve farkındalık düzeyini arttırması olduğu düşünülmektedir.

Aile hekimlerinin OSB Farkındalık Anketi puan ortalamaları çalışma yıllarına göre incelendiğinde 11-15 yıl ve 21 yıl ve daha fazla süre çalışan aile hekimlerinin farkındalık düzeyi 0-5 yıl çalışan aile hekimlerine göre daha yüksektir ( $p<0.05$ ). ASE'lerin OSB Farkındalık Anketi puan ortalamaları çalışma yıllarına göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Meslekte çalışma yılı fazla olan aile hekimlerinin farkındalık düzeyinin daha yüksek olmasının nedeninin çalışmayla elde edilen mesleki tecrübelerin bilgi ve farkındalık düzeyini arttırması olduğu düşünülmektedir.

Aile hekimlerinin OSB Bilgi Tutum Ölçeği puan ortalamaları ailesinde veya çevresinde OSB'li birey olma durumuna göre incelendiğinde; ailesinde veya çevresinde OSB'li birey olmayan aile hekimlerinin OSB Bilgi Tutum Ölçeği puan ortalaması ailesinde veya çevresinde OSB'li birey olan aile hekimlerine göre daha yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Bu durumun nedeni yorumlanamamıştır. ASE'lerin OSB Bilgi Tutum Ölçeği puan ortalamaları ailesinde veya çevresinde OSB'li birey olma durumuna göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Aile hekimleri ve ASE'lerin OSB Farkındalık Anketi puan ortalamaları ailesinde veya çevresinde OSB'li birey olma durumuna göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Aile hekimlerinin OSB Bilgi Tutum Ölçeği puan ortalamaları OSB ile ilgili herhangi bir eğitim programına katılma durumuna göre incelendiğinde; OSB ile ilgili herhangi bir eğitim programına katılan aile hekimlerinin bilgi düzeyi katılmayan aile hekimlerine göre daha yüksektir ( $p<0.05$ ). ASE'lerin OSB Bilgi Tutum Ölçeği puan ortalamaları OSB ile ilgili herhangi bir eğitim programına katılma durumuna göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Aile hekimleri ve ASE'lerin OSB Farkındalık Anketi puan ortalamaları OSB ile ilgili herhangi bir eğitim programına katılma durumuna göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Herhangi bir eğitim programına katılan aile hekimlerinin bilgi düzeylerinin eğitim programına katılmayan meslektaşlarına göre daha yüksek olması OSB ile ilgili eğitim almanın bilgi düzeyini arttıran bir faktör olduğunu göstermiştir.

Aile hekimleri ve ASE'lerin OSB Bilgi Tutum Ölçeği puan ortalamaları ASM'de ailelere OSB'ye yönelik bir hizmet verme durumuna göre incelendiğinde; ASM'de ailelere OSB'ye yönelik bir hizmet veren aile hekimleri ve ASE'lerin bilgi düzeyi hizmet vermeyen aile hekimleri ve ASE'lere göre daha yüksektir ( $p<0.05$ ). Aile hekimleri ve ASE'lerin OSB Farkındalık Anketi puan ortalamaları ASM'de ailelere OSB'ye yönelik bir hizmet verme durumuna göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). OSB'ye yönelik hizmet veren aile hekimleri ve ASE'lerin bilgi düzeyinin daha yüksek olması beklenen bir durumdur.

Aile hekimleri ve ASE'lerin OSB Bilgi Tutum Ölçeği puan ortalamaları birimlerinde kayıtlı OSB tanısı almış çocuk olma durumuna göre incelendiğinde; birimlerinde kayıtlı OSB tanısı almış çocuk olan aile hekimleri ve ASE'lerin bilgi

düzeyi, olmayan aile hekimleri ve ASE'lere göre daha yüksektir ( $p<0.05$ ). Aile hekimleri ve ASE'lerin OSB Farkındalık Anketi puan ortalamaları birimlerinde kayıtlı OSB tanısı almış çocuk olma durumuna incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Gölbaşı'nın çalışmasında da kendisine kayıtlı nüfusta OSB'li birey olan ASE'lerin bilgi düzeyi daha yüksek olduğu görülmüştür. Birimlerinde kayıtlı OSB'li birey olması aile hekimleri ve ASE'lerin OSB noktasında deneyimlerini arttırdığı için bilgi düzeyi daha yüksek bulunmuştur.

Aile hekimlerinin OSB Bilgi Tutum Ölçeği puan ortalamaları OSB olabileceğinden şüphelendikleri çocuk olma durumuna göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). ASE'lerin OSB Bilgi Tutum Ölçeği puan ortalamaları OSB olabileceğinden şüphelendikleri çocuk olma durumuna göre incelendiğinde; OSB olabileceğinden şüphelendikleri çocuk olan ASE'lerin bilgi düzeyi, olmayan ASE'lere göre daha yüksektir ( $p<0.05$ ).

Aile hekimlerinin OSB Farkındalık Anketi puan ortalamaları OSB olabileceğinden şüphelendikleri çocuk olma durumuna göre incelendiğinde; OSB olabileceğinden şüphelendikleri çocuk olan aile hekimlerinin farkındalık düzeyi, olmayan aile hekimlerine göre daha yüksektir ( $p<0.05$ ). ASE'lerin OSB Farkındalık Anketi puan ortalamaları OSB olabileceğinden şüphelendikleri çocuk olma durumuna göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Bu durum OSB ile ilgili farkındalık düzeyi yüksek olan aile hekimlerinin gelişimsel izlem ve takiplerde çocukları OSB ve belirtileri noktasında daha dikkatli gözlemlediklerini ve OSB olduğundan şüphelendikleri çocuklar olduğunu göstermektedir.

Bu veriler doğrultusunda OSB'nin erken tanı ve müdahalesinde önemli rolleri olan aile hekimleri ve ASE'lerin OSB ile ilgili bilgi tutum ve farkındalıklarının incelendiği çalışmanın sonuçları;

- Araştırmamıza Niğde ilinde bulunan aile sağlığı merkezlerinde çalışan 90 aile hekimi ve 88 aile sağlığı elemanı olmak üzere toplam 178 sağlık personeli gönüllü olarak katılmıştır.
- OSB Bilgi Tutum Ölçeği puan ortalamaları aile hekimlerinin  $52.36\pm 4.97$ , ASE'lerin  $52.80\pm 5.47$  olarak hesaplanmıştır.
- OSB Farkındalık Anketi puan ortalamaları aile hekimlerinin  $44.90\pm 4.85$ , ASE'lerin  $42.98\pm 6.03$  olarak hesaplanmıştır.

- Aile hekimlerinin farkındalık düzeyi ASE'lerden daha yüksek bulunmuştur.
- 35 yaş ve üzeri ASE'lerin bilgi düzeyinin diğer yaş aralıklarından daha yüksek olduğu saptanmıştır. 35 yaş ve üzeri aile hekimlerinin farkındalık düzeyi 25-29 yaş aralığında olan aile hekimlerinden daha yüksek bulunmuştur. 18-24 yaş arası ASE'lerin farkındalık düzeyi 30-34 yaş aralığındaki ASE'lerden daha yüksek bulunmuştur.
- Kadın ASE'lerin bilgi düzeyi erkek ASE'lere göre daha yüksektir
- Evli ASE'lerin bilgi ve farkındalık düzeyi bekar ve ayrılmış olan ASE'lere göre daha yüksektir.
- Çocuk sahibi olan ASE'lerin bilgi düzeyi çocuk sahibi olmayan ASE'lere göre daha yüksektir. Çocuk sahibi olan aile hekimlerinin farkındalık düzeyi çocuk sahibi olmayan aile hekimlerinden daha yüksektir.
- Uzman aile hekimlerin bilgi düzeyi pratisyen aile hekimlerine göre daha yüksek bulunmuştur. Lisans mezunu ASE'lerin bilgi düzeyi lise ve önlisans mezunu ASE'lere göre daha yüksektir. Yüksek lisans mezunu ASE'lerin farkındalık düzeyi; lisans, önlisans ve lise mezunu ASE'lere göre daha yüksektir. Aynı zamanda lisans mezunu ASE'lerin farkındalık düzeyi önlisans ve lise mezunu ASE'lere göre daha yüksektir.
- 21 yıl ve daha fazla süre çalışan aile hekimlerinin bilgi düzeyi 6-10 yıl ve 16-20 yıl çalışan aile hekimlerine göre daha yüksektir. 21 yıl ve daha fazla süre çalışan ASE'lerin bilgi düzeyi; 0-5 yıl, 11-15 yıl ve 16-20 yıl çalışan ASE'lere göre daha yüksektir. Ayrıca 6-10 yıl çalışan ASE'lerin bilgi düzeyi 0-5 yıl çalışan ASE'lere göre daha yüksektir. 11-15 yıl ve 21 yıl ve daha fazla süre çalışan aile hekimlerinin farkındalık düzeyi 0-5 yıl çalışan aile hekimlerine göre daha yüksektir.
- Ailesinde veya çevresinde OSB'li birey olmayan aile hekimlerinin bilgi düzeyi ailesinde veya çevresinde OSB'li birey olan aile hekimlerine göre daha yüksek bulunmuştur.
- OSB ile ilgili herhangi bir eğitim programına katılan aile hekimlerinin bilgi düzeyi katılmayan aile hekimlerine göre daha yüksektir.
- ASM'de ailelere OSB'ye yönelik bir hizmet veren aile hekimleri ve ASE'lerin bilgi düzeyi hizmet vermeyen aile hekimleri ve ASE'lere göre daha yüksektir.
- Birimlerinde kayıtlı OSB tanısı almış çocuk olma durumuna göre incelendiğinde; birimlerinde kayıtlı OSB tanısı almış çocuk olan aile hekimleri ve ASE'lerin bilgi

düzeyi, birimlerinde kayıtlı OSB tanısı almış çocuk olmayan aile hekimleri ve ASE'lere göre daha yüksektir.

- OSB olabileceğinden şüphelendikleri çocuk olan ASE'lerin bilgi düzeyi, olmayan ASE'lere göre daha yüksektir. OSB olabileceğinden şüphelendikleri çocuk olan aile hekimlerinin farkındalık düzeyi, olmayan aile hekimlerine göre daha yüksektir.



## 6. ÖNERİLER

Elde edilen sonuçlardan yola çıkarak aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının OSB ile ilgili bilgi tutum ve farkındalıklarını arttırmak için öneriler;

- OSB ile ilgili eğitim alan aile hekimlerinin bilgi düzeyinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuçtan yola çıkarak ASM'lerde çalışan aile hekimleri ve ASE'lerin çocukların gelişimsel izlem ve takiplerinde OSB ile ilgili erken belirtileri fark edebilmeleri, riskli çocukları saptayabilmeleri ve çocuk ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanına sevk edebilmeleri için belirli aralıklarla konu ile ilgili eğitimlerin düzenlenmesi planlanabilir.
- Gelişimsel izlem ve taramaların sık yapıldığı aile sağlığı merkezlerinde çocukların 18-36 ay arasında OSB açısından değerlendirilmesi için aile hekimleri ve ASE'lerin farkındalıklarının artırılması uygun olabilir.
- Aile hekimleri ve ASE'lerin OSB ile ilgili farkındalıklarının artırılması için OSB ve erken tanısının önemini vurgulayan seminerler, programlar, etkinlikler düzenlenmesi planlanabilir.
- Meslekte çalışma yılı daha yüksek olan aile hekimleri ve ASE'lerin bilgi ve farkındalık düzeyinin daha yüksek olduğu sonucundan yola çıkarak eğitim alan derslerinde OSB ve erken tanısının önemine daha fazla vurgu yapılması sağlanabilir. Aynı zamanda yeni mezun olan ya da ASM'lerde yeni çalışmaya başlayacak sağlık çalışanlarına konu ile ilgili eğitimler verilmesi planlanabilir.
- Birimlerinde kayıtlı OSB'li çocuk olması ve OSB'ye yönelik hizmet vermek vb. durumlarda bilgi ve farkındalık düzeyinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu nedenle sağlık çalışanları ile OSB'li bireylerin bir araya geleceği etkinlikler düzenlenerek sağlık çalışanlarının bilgi ve farkındalık düzeyi artırılabilir.
- OSB ile ilgili kurulan dernek, vakıf vb. kuruluşlar ile işbirliği sağlanarak sağlık personellerinin OSB'nin erken tanısındaki önemi ve rolleri üzerine vurgu yapılabilir.
- Erken tanı ve müdahalenin oldukça önemli olduğu OSB'nin taranması, saptanması, tanılanması ve müdahalesi sırasında izlenecek yol ile ilgili sağlık politikaları geliştirilmesi uygun olabilir.

## KAYNAKLAR

1. Association, A.P., Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). 2013: American Psychiatric Pub.
2. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Autism Spectrum Disorder (ASD) [Internet]. 2018 [Erişim Tarihi 24.04.2021] Erişim adresi: <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/index.html>
3. Gillberg C. The Epidemiology of Autism. In: TheNeurology of Autism. 2005. Lai Mc, Lombardo Mv And Baron-Cohen S. Autism. Lancet 2014;383: 896- 910.
4. Newschaffer CJ, Croen LA, Daniels J, Giarelli E, Grether JK, Levy SE, vd. The Epidemiology of Autism Spectrum Disorders. Annu Rev Public Health 2007;28(1):235–58.
5. Resmi Gazete. Otizm Spektrum Bozukluğu Olan Bireylere Yönelik Ulusal Eylem Planı 2016-2019 [Internet]. 2019 [Erişim tarihi: 16.03.2021] Erişim adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2016/12/20161203-16.htm>
6. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. Otizm Spektrum Bozukluğu Olan Bireylere Yönelik Ulusal Eylem Planı (2016-2019). Ankara [Internet]. 2016 [Erişim tarihi:22.04.2021] Erişim adresi: <https://eyh.aile.gov.tr/uploads/pages/otizm-spektrumbozuklugu-olan-bireylere-yonelik-ulusal-eylem-plani-2016-2019/otizm-spektrum-bozuklugu-olan-bireylere-yonelikulusal-eylem-plani-2016-2019-ni-indirmek-icin-tiklayiniz.pdf>.
7. Otizm Spektrum Bozukluğu Özelinde Rapor Özeti [Internet]. 2020 [Erişim Tarihi:01.04.2021]. Erişim adresi: [https://www.tohumotizm.org.tr/wp-content/uploads/2020/06/TBMM\\_Komisyon\\_Raporu\\_yonetici-ozeti.pdf](https://www.tohumotizm.org.tr/wp-content/uploads/2020/06/TBMM_Komisyon_Raporu_yonetici-ozeti.pdf)
8. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. Otizm Spektrum Bozukluğu Aile Bilgilendirme Rehberi, 2014.
9. Lovaas OI. Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. J Consult Clin Psychol. 1987.
10. McEachin JJ, Smith T, Lovaas OI. Long-term outcome for children with autism who received early intensive behavioral treatment. In: The Science of Mental Health: Volume 2: Autism. 2013. Glascoe F. Early detection of developmental and behavioral problems. Pediatr Rev 21(8):272–80, 2000.
11. Erden G, Akçakın M, Doğan DG ve Ertem İÖ. Çocuk hekimleri ve otizm: Tanıda zorluklar. Türkiye Klinikleri J Pediatr 2010;19(1):9-15.

12. American Academy Of Pediatrics. AAP Statement on U.S. Preventive Services Task Force Final Recommendations on Autism Screening (Internet). 2000 [Erişim Tarihi:04.04.2021] Erişim adresi: <https://www.aap.org/en-us/about-the-aap/aap-press-room/Pages/AAP-Statement-onU-S-Preventive-Services-Task-Force-Draft-Recommendation-Statement-on-AutismScreening.aspx>
13. Bakir E. Hemşirelerin ve Ebelerin Otizm ve Erken Tanısına Yönelik Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. Gaziantep:Gaziantep Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı; 2013.
14. Sabuncuoğlu DM, Cebeci S, Rahbar MH. Autism Spectrum Disorder and Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Knowledge and Attitude of Family Medicine Residents in Turkey Otizm Spektrum Bozukluğu ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite. Turkish J Fam Med Prim Care (3); 2015.
15. Gölbaşı H. Sivas İl Merkezi'nde Otizm Spektrum Bozuklukları Yaygınlığı Ve Sağlık Çalışanlarının Otizm Spektrum Bozukluklarına Yönelik Bilgi Ve Tutumları [Uzmanlık Tezi]. Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı; 2018.
16. Tural CÜ, Malatya da birinci basamakta çalışan hekimlerin otizm spektrum bozukluğu ile ilgili bilgi tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. [Tıpta Uzmanlık Tezi]. Malatya: İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı; 2016.
17. Bettelheim B. Feral Children and Autistic Children. Am J Sociol. 1959.
18. Mukaddes, N., Otizm Spektrum Bozuklukları Tanı ve Takip. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2013.
19. Gürbüz A, Aile Hekimliği Uzmanlık Öğrencilerinin Otizme Yönelik Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi [Tıpta Uzmanlık Tezi], Sağlık Bilimleri Üniversitesi;2020.
20. Heflin LJ, Alaimo DF. Students with autism spectrum disorders:Effective instructional practices. Upper SaddleRiver,NJ:Pearson; 2007.
21. Asperger H, psychisch abnormale Kind D. The psychically abnormal child. Wien Klin Wochenschr. 1938;51:1314-7.
22. Kanner L, Autistic disturbances of affective contact. Acta Paedopsychiatr. 1963;35: 100- 36.
23. Berigel, G. 04 – 06 Yaş Grubu Otizimli Çocuklarda Spor Aktivitelerinin Özbakım, İnce-Kaba Motor ve Dil Bilişsel Gelişimine Etkilerinin İncelenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul:Haliç Üniversitesi; 2015.
24. Kanner, L. Autistic disturbances as affective contact. Nervous Child, 1943;2:217- 250.

25. Işık S. Türkiye’de Yeni Başlayan Otizm Spektrum Bozukluğu Tarama Programının Etkinlik Değerlendirmesi, Yaşanan Sorunlar Ve Çözüm Önerileri [Tıpta Uzmanlık Tezi]. Rize:Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi; 2020.
26. Schreibman L. The science and fiction of autism. Cambridge,MA: Harvard University Press; 2005.
27. Volkmar FR, Paul R, Klin A, Cohen DJ. Handbook of autism and pervasive developmental disorders, diagnosis, development, neurobiology, and behavior: John Wiley & Sons; 2005.
28. Asperger H, Frith UT. 'Autistic psychopathy'in childhood. 1991.
29. Kanner L, Eisenberg L. Early infantile autism, 1943-1955. Psychiatric research reports. 1957;(7):55.
30. Rımland B. Infantile autism: the syndrome and its implications for a neural theory of behavior. New York: Appleton-Century-Crofts, 1964; p:282.
31. Özkan Ş. Y., Ergenekon Y., Çolak A., & Kaya Ö. Otizm Spektrum Bozukluğu. Ankara: Grafik-Ofset Matbaacılık Reklamcılık; 2016.
32. Kırcaali İG. Otistik özellik gösteren çocuklara iletişim becerilerin kazandırılması. İstanbul: Ya-Pa Yayınları; 2005.
33. Folstein S., Rutter M. Infantile Autism: A Genetic Study of 21 Twin Pairs. The Journal of Child Psychology and Psychiatry. 1977;18(4): 297-321.
34. Rutter M. Diagnosis and definition of childhood autism. Journal of autism and childhood schizophrenia. 1978;8(2):139-61.
35. Wing L, Gould J. Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: Epidemiology and classification. Journal of autism and developmental disorders. 1979;9(1):11-29.
36. Mukaddes, N. Yaygın Gelişimsel Bozukluklar, in Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi, Ö. Polvan, Editor, Nobel Tıp Kitabevi: İstanbul. 2000.p. 52-64.
37. Topçu S, Çocuklarda Otizm Spektrum Bozukluğunun M-Chat (Modified Checklist For Autism In Toddlers/ Değiştirilmiş Erken Çocukluk Dönemi Otizm Tarama Ölçeği) Ve Tıdos (Three-Item Direct Observation Screen/ Üç Maddelik Direk Gözlemsel Tarama) Tarama Testleri İle Değerlendirilmesi [Yüksek Lisans Tezi], Ankara Üniversitesi; 2017.
38. American Psychiatric Association. Quick reference to the diagnostic criteria from DSM-III. Washington, D.C.: The Association; 1980. 267 p. p.

39. Spitzer RL, Williams JB, Skodol AE. DSM-III: The major achievements and an overview. *The American Journal of Psychiatry*. 1980.
40. Volkmar FR, Bregman J, Cohen DJ, Cicchetti DV. DSM- III and DSM- III -R diagnoses of autism. *The American journal of psychiatry*. 1988;145(11):1404.
41. Lord C, Rutter M and Le Couteur A. Autism Diagnostic Interview revised: A Revised Version Of A Diagnostic Interview For Caregivers Of Individuals With Possible Pervasive Developmental Disorders. *J Autism Dev Disord* 24:1994;659-85.
42. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders : diagnostic criteria for research. Geneva: World Health Organization; 1993. XIII, 248 p. p.
43. Kraemer HC. DSM categories and dimensions in clinical and research contexts. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2007;16 Suppl 1:S8-S15
44. Association, A.P., Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4rd edn, Washington, DC. Deutsche Ausgabe: Diagnosti; 1996.
45. Fombonne E. Modern views of autism. *Can J Psychiatry*. 2003;48(8):503-5.
46. Lowe LH. Families of children with early childhood schizophrenia. Selected demographic information. *Arch Gen Psychiatry*. 1966;14(1):26-30.
47. Gillberg C. The Epidemiology of Autism. In: *The Neurology of Autism*; 2005.
48. Lai Mc, Lombardo Mv And Baron-Cohen S. Autism. *Lancet* 2014;383: 896- 910.
49. Zablotsky B, Black LI, Maenner MJ, Schieve LA, Blumberg SJ. Estimated prevalence of autism and other developmental disabilities following questionnaire changes in the 2014 National Health Interview Survey. 2015. 2. Autism, Investigators DDMNSYP. Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years—autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2010. *Morbidity and Mortality Weekly Report: Surveillance Summaries*. 2014;63(2):1-21.
50. Zack MM. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Health-related quality of life - United States, 2006 and 2010. *MMWR Surveill Summ*; 2013.
51. Kim YS, Leventhal BL, Koh YJ, Fombonne E, Laska E, Lim EC, et al. Prevalence of autism spectrum disorders in a total population sample. *Am J Psychiatry*. 2011;168(9):904-12.
52. Lord C. and Bishop S. Social policy report: Autism spectrum disorders diagnosis, prevalence, and services for children and families. Society for Research in Children Development: Sharing Child and Youth Development Knowledge. 2010; 24 (2): 1-27.

53. Fombonne E. Epidemiology of pervasive developmental disorders. *Pediatr Res.* 2009;65(6):591-8.
54. Fein D. *The Neuropsychology Of Autism*, Oxford University Press: New York; 2011.
55. Christensen DL, Baio J, Braun KV, Bilder D, Charles J, Constantino JN, et al. Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years - Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2012. *MMWR Surveill Summ.* 2016;65(3):1-23.
56. Wing L. Some questions on sex differences. *J Autism Dev Disord.* 1984;14(211):214.
57. Szatmari P, Jones M. IQ and the genetics of autism. *J Child Psychol Psychiatry.* 1991;31(897):908.
58. Fombonne E. Epidemiology of autistic disorder and other pervasive developmental disorders. *J Clin Psychiatry.* 2005;66 Suppl 10:3-8.
59. Otizm Tarama Projesi. [Internet]. 2008 [Erişim Tarihi 01.04.2021]. Erişim adresi:[http://Tohumotizm.Org.Tr/Sites/Default/Files/Kcfinder/Files/Saglik Bakanligi Otizm Platformu Tarama Projesi Raporu.Pdf](http://Tohumotizm.Org.Tr/Sites/Default/Files/Kcfinder/Files/Saglik_Bakanligi_Otizm_Platformu_Tarama_Projesi_Raporu.Pdf)
60. Volkmar FR, Chawarska K. Autism in infants: An update. *World Psychiatry.* 2008; 7(1):19–21.
61. Ozonoff S, Young GS, Carter A, et al. Recurrence Risk for Autism Spectrum Disorders: A Baby Siblings Research Consortium Study. *Pediatrics*; 2011.
62. Öztürk A. Otizm Genetiği. *Cerrahpaşa Tıp Derg.* 2005;36(35):41.
63. Piven J, Palmer P. Psychiatric disorder and the broad autism phenotype: evidence from a family study of multiple-incidence autism families. *Am J Psychiatry.* 1999;156(4)(557):563.
64. Karako RS, Birle A. Why is autism on the rise? *J Clin Psychiatry.* 2019; 123-4.
65. Yosunkaya E. Otizm Etiyolojisinde Genetik ve Güncel Perspektif. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, 2013;76(4).
66. Stefanatos, G.A., Regression in autistic spectrum disorders. *Neuropsychol Rev*, 2008;18(4): p. 305-19.
67. Spence, S.J. and M.T. Schneider, The role of epilepsy and epileptiform EEGs in autism spectrum disorders. *Pediatr Res*, 2009;65(6): p. 599-606.
68. Mink JW, McKinstry RC. Volumetric MRI in autism Can high-tech craniometry provide neurobiological insights? *Neurology.* 2002;59(2):158-9.
69. Bailey A, Luthert P, Dean A, Harding B, Janota I, Montgomery M, et al. A clinicopathological study of autism. *Brain*; 1998.

70. TI and Bauman MI. Neuropathology of infantile autism. *Mol Psychiatry* 7 Suppl, 2002;2:12-3.
71. Huebner RA. and Emery LJ. Social psychological analysis of facilitated communication: implications for education. *Mental Retardation*, 1998;36(4):259- 268.
72. Philip RCM, Dauvermann MR, Whalley HC, Baynham K, Lawrie SM, Stanfield AC. A systematic review and meta-analysis of the fMRI investigation of autism spectrum disorders. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*; 2012.
73. Wolff JJ, Gu H, Gerig G, Elison JT, Styner M, Gouttard S, et al. Differences in white matter fiber tract development present from 6 to 24 months in infants with autism. *Am J Psychiatry*; 2012.
74. Kana RK, Libero LE, Moore MS. Disrupted cortical connectivity theory as an explanatory model for autism spectrum disorders. *Physics of Life Reviews*; 2011.
75. Corrales M, Herbert M. Autism and environmental genomics: synergistic systems approaches to autism complexity. *Autism spectrum disorders*; 2011:875-92.
76. Amaral D, Geschwind D, Dawson G. *Autism spectrum disorders*: Oxford University Press; 2011.
77. Deykin EY, Macmahon B. Viral exposure and autism. *Am J Epidemiol*; 1979.
78. Tao S And Tao F (2016). [The Effects Of Prenatal Environmental Exposures On Children Development And Health]. *Zhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zhi*50: 192-7.
79. Bernard S, Enayati A, Redwood L, Roger H, Binstock T. Autism: A novel form of mercury poisoning. *Med Hypotheses*; 2001.
80. Solt I, Bornstein J. Childhood vaccines and autism-much ado about nothing? *Harefuah*. 2010;149(251):260. 53. Price CS, Thompson WW, Goodson B. Prenatal and infant exposure to thimerosal from vaccines and immunoglobulins and risk of autism. *Pediatrics*. 2010;126(4)(656):664.
81. Gardener H, Spiegelman D And Buka SI. Perinatal And Neonatal Risk Factors For Autism: A Comprehensive Meta-Analysis. *Pediatrics*,128: 2011;344-55.
82. Canan Tanıdır, N.M.M., Otizm Spektrum Bozuklukları, in *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları E.S.E. Aynur Pekcanlar Akay Editor, Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği Yayınları: Ankara.2016; p. 126-149.*
83. Volkmar FR, Lord C, Bailey A, Schultz RT, Klin A. Autism and pervasive developmental disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*; 2004.

84. Astington JW, Pelletier J. Theory of mind, language and learning in the early years: developmental origins of school readiness. *Dev Orig Soc Cogn Commun.* 2005;(205):30.
85. South M. Social cognition in ASD. In: Fain D, ed. *The Neuropsychology of Autism.* Oxford University Press; 2010:345-355.94
86. Landa J. Development features and trjectories associated with autism spectrum disorders in infant and toddlers. In: *Autism Spectrum Disorders.* Oxford University Press; 2011.
87. Akçakın M. Otizmi olan çocukların izleme çalışmalarını gözden geçirme. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi,* 2002;7:189-197
88. Gürsoy F., Aydoğdu F., Aysu B. Recent Studies in Health Sciences.. P. M. Chernopolski, & B. Sançar içinde, *Children with Autism Spectrum Disorder.* Sofia: St. Kliment Ohridski University Press; 2019. s. 157-161
89. Fein, D., & Dunn, M. *Autism in your classroom: A general educator's guide to students with autism spectrum disorders.* Bethesda: Woodbine House, Inc; 2007.
90. Frank-Briggs, A. (2012). Autism in children: Clinical features, management and challenges. *The Nigerian Health Journal,* 2007;12, 27-30.
91. Volkmar FR, Lord C, Klin A, Schultz R, Cook E. Autism and the pervasive developmental disorders. . In: Martin A, Volkmar FR, editors. *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook.* 3 ed: LWW; 2002.
92. Tuchman RF, Rapin I, Shinnar S. Autistic and dysphasic children. II: Epilepsy. *Pediatrics.* 1991;88(6):1219-25.
93. Diken, İ. H. Otistik bozukluğu olan çocuklar. İ. H. Diken (Ed.). *Özel gereksinimi olan öğrenciler ve özel eğitim.* Ankara: Pegem Akademi; 2008. s.409-447.
94. Korkmaz, B. Otizm: Klinik ve nörobiyolojik özellikleri, erken tanı, tedavi ve bazı güncel gelişmeler. (Çağrılı yazar), *Türk Pediatri Arşivi Dergisi,* 80. Yıl, 2010;45, 37-44.
95. Ghaziuddin M. Autism and Pervasive Developmental Disorders: An Overview. In: Ghaziuddin M, editor. *Mental Health Aspects of Autism and Asperger Syndrome:* Jessica Kingsley Publishers; 2005. p. 13-41.
96. Baird G, Cass H. and Slonims V. Diagnosis of autism. *British Medical Journal,* 2003;(327):488-493
97. 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. *The activity*

- kit for babies and toddlers at risk: How to use everyday routines to build social and communication skills; 2016.
98. Motavalli Mukaddes N. Bebeklikten Erişkinliğe Otizm Aileler için Klavuz. Nobel Tıp Kitapevleri; 2017. s. 236.
99. Williams PG, Allard AM, Sears L. and Dalrymple N. Brief report: case reports on naltrexone use in children with autism: controlled observations regarding benefits and practical issues of medication management. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2001;31(1):103-113.
100. Egel AL. Finding the right educational program. *Children with autism: a parents guide*, Editor: M. D. Powers, Woodbine House. 1989;169-202, Bethesda, MD.
101. Gillberg C. Outcome in autism and autistic-like condition. *Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1991;30(3); 375-386.
102. Billstedt E, Gillberg IC, Gillberg C. Autism after adolescence: a population based 13-to 22-year follow-up study of 120 individuals with autism diagnosed in childhood. *J Autism Dev Disord*. 2005;35(3)(351):360.
103. Torun YT, İşeri E. Bebeklik döneminde önemli bir psikopatoloji: otizm. *Türkiye Klinikleri Journal of Child Psychiatry Special Topics* 2018;4(1): 48-55.
104. Farley MA, McMahon WM, Fombonne E, Jenson WR, Miller J, Gardner M, et al. Twenty-year outcome for individuals with autism and average or near-average cognitive abilities. *Autism Research*. 2009;2(2): 109-18.
105. Volkmar F, Klin A. *Issues in the classifications of Autism and Related Conditions*; 2005.
106. Zwaigenbaum L, Bryson S, Lord C, Rogers S, Carter A, Carver L, Chawarska K, Constantino J, Dawson G, Dobkins K, Fein D, Iverson J, Klin A, Landa R, Messinger D, Ozonoff S, Sigmán M, Stone W, Tager-Flusberg H And Yirmiya N (2009). Clinical assessment and management of toddlers with suspected autism spectrum disorder: insights from studies of high-risk infants. *Pediatrics* 123: 1383-91.
107. Mukaddes NM, Tanıdır C, Hekim S. Otizm Spektrum Bozukluklarında Psikiyatrik Komorbidite. *Türkiye Klinikleri Çocuk Psikiyatri Özel Derg*. 2015;1(2)(30):42.
108. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. *Synopsis of Psychiatry: Behavioral Science/ Clinical Psychiatry* 11Th Edition; 2015.
109. Karabekiroğlu K, Cakin-Memik N, Ozcan-Ozel O, Toros F, Öztop D, Özbaran B, Cengel-Kultur E, Akbaş S, Taşdemir GN, Ayaz M, Aydın C, Bildik T, Erermiş S, Yaman AK. DEHB ve Otizm ile İlgili Bilgi Düzeyleri ve Damgalama: Sınıf

- Öğretmenleri ve Anababalarla Çok Merkezli Bir Çalışma. Klinik Psikiyatri 2009;12:79-89.
- 110.Filipek PA, Accardo PJ, Ashwal S, Baranek GT, Cook EH, Dawson G, vd. Practice parameter: Screening and diagnosis of autism Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Child Neurology Society. Am Acad Neurol. 2000;55(4):468–79.
- 111.Kondolot M. Otizm Spektrum Bozukluklarının tanısında M-CHAT (Modified Checklist for Autism in Toddlers) tarama testinin geçerlilik-güvenilirliği, Kayseri’de 18-24 aylık çocuklarda Otizm Spektrum Bozukluklarının sıklığı ve etiyolojide bazı çevresel faktörlerin rolü. [Doktora Tezi], Ankara:Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sosyal Pediatri; 2014.
- 112.Yıkgeç A. A Validity Study of the Modified Checklist for Autism in Toddlers (MCHAT) on a Turkish Sample. Master of Arts in Psychology, Boğaziçi University; 2005.
- 113.Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, Resmi Gazete Tarihi: 25.01.2013, Resmi Gazete Sayısı: 28539
- 114.TC Sağlık Bakanlığı. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri, Ankara; 2015.
- 115.Bodur Ş, Soysal AŞ. Otizmin Erken Tanısı ve Önemi. Türk Tabipler Birliği Derg. 2004; 13(10):394–8.
- 116.Landa RJ, Gross AL, Stuart EA, Faherty A. Developmental Trajectories in Children With and Without Autism Spectrum Disorders: The First 3 Years. Child Dev. 2013; 84(2):429–42.
- 117.Gümüş D. Gelişimi İzleme ve Destekleme Rehberi 0-2 yaş standardizasyon çalışması [Yüksek Lisans Tezi]. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Gelişimsel Pediatri; 2006.
- 118.Ateş, E.G. Rehabilitasyon Merkezlerinde Eğitim Alan Otizm Tanısı Almış Olan Çocuklara Sahip Ebeveynlerin Yaşam Doyumunun, Aile İşlevlerinin ve Öğrenilmiş Güçlülüğünün İncelenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: Beykent Üniversitesi; 2016.
- 119.Gökçe, S. (2017). Otizm Spektrum Bozukluğu Olan Çocuğa Sahip Ailelerin Katıldıkları Aile Eğitimi Programı Sonrasındaki Yaşam Döngüsüne İlişkin Görüşleri [Yüksek Lisans Tezi]. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi; 2017.

- 120.Sarı S.A. Otizm Spektrum Bozukluğu Olan Çocukta Kaba Motor ve Sosyal Becerilerin Değerlendirilmesi Üzerine Bir İnceleme [Yüksek Lisans Tezi]. Muğla: Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi; 2018.
- 121.Rahbar MH, Ibrahim K, Assassi P. Knowledge and attitude of general practitioners regarding autism in Karachi, Pakistan. *J Autism Dev Disord* 41(4):465–74, 2011.
- 122.Luleci NE, Hidiroglu S, Karavus M, Karavus A, Sanver FF, Ozgur F, vd. The pharmacists' awareness, knowledge and attitude about childhood autism in Istanbul. *Int J Clin Pharm* 2016;38(6):1477–82.
- 123.McLaughlin J, Drotar D, Williams M. How do primary care physicians manage children with possible developmental delays? A national survey with an experimental design. *Pediatrics* 2004;113(2);274-282.



## EKLER

### EK-1: Sosyodemografik Soru Formu

#### AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDEKİ SAĞLIK ÇALIŞANLARININ OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU İLE İLGİLİ BİLGİ TUTUM VE FARKINDALIKLARININ İNCELENMESİ

Anket çalışmamız sağlık profesyonellerinin otizm ve erken tanısına yönelik bilgi düzeylerinin incelenmesine yöneliktir. Amacımız aile merkezindeki sağlık çalışanlarının otizm spektrum bozukluğu ile ilgili bilgi tutum ve farkındalıklarının incelenmek ve otizmin erken teşhisinin önemine dikkat çekmektir.

Araştırmanın amacına ulaşması, anket sorularının dikkatli okunmasına, cevapların özenle seçilmesine ve soruların cevapsız bırakılmamasına bağlıdır. Çalışmamıza katılarak araştırmaya katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

- 1- Yaşınız: .....
- 2- Cinsiyetiniz: Kadın Erkek
- 3- Medeni Durumunuz: Evli Bekar Ayrılmış
- 4- Çocuğunuz var mı? Evet Hayır
- 5-Mesleğiniz: Hekim Hemşire Ebe Sağlık Memuru Acil Tıp Teknisyeni
- 6- (Hekimse)Tıpta Uzmanlık Eğitimi aldınız mı? Evet Hayır
- 7- (Hemşireyse) Eğitim Durumunuz:  Sağlık Meslek Lisesi Ön Lisans Lisans Yüksek Lisans
- 8- (Ebeysel) Eğitim Durumunuz:  Sağlık Meslek Lisesi Ön Lisans Lisans Yüksek Lisans
- 9-(Sağlık Memuru / Acil Tıp Teknisyeni ise) Eğitim durumunuz:  Sağlık Meslek Lisesi Ön Lisans Lisans Yüksek Lisans
- 10- Meslekteki toplam çalışma süresiniz(yıl): .....
- 11- Çevrenizde veya ailenizde otizm spektrum bozukluğu yaşayan birisi var mı? Evet Hayır
- 12- Otizm Spektrum Bozukluğu ile ilgili herhangi bir eğitim programına katıldınız mı? Evet Hayır
- 13- Aile Sağlığı Merkezinde ailelere otizm spektrum bozukluğuna yönelik bir hizmet veriyor musunuz? Evet Hayır

14- Biriminize kayıtlı otizm spektrum bozukluğu tanısı almış çocuk var mı? Evet  
Hayır

15- Otizm spektrum bozukluğu olabileceğinden şüphelendiğiniz bir çocuk oldu mu?  
Evet Hayır

16- Evetse; şüphelendiğinde ne yaptınız? (Birden fazla yanıt verebilirsiniz)

- Ailesine tavsiyelerde bulundum  Çocuk doktoruna yönlendirdim  
 Çocuk psikiyatrisine yönlendirdim  Diğer .....



## EK-2: OSB Bilgi Tutum Ölçeği

AÇIKLAMA: Aşağıda otizm spektrum bozukluklarına yönelik bilgi ifadeleri ve bu ifadelere “kesinlikle katılıyorum”, “katılıyorum”, “kararsızım” “katılmıyorum” ile “kesinlikle katılmıyorum” seçenekleri yer almaktadır. Lütfen her ifadeyi okuyup, size en uygun olan seçeneği işaretleyiniz. Boş bırakmayınız.

	OSB Bilgi Tutum Ölçeği	KESİNLİKLE KATILYORUM	KATILYORUM	KARARSIZIM	KATILMIYORUM	KESİNLİKLE KATILMIYORUM
1.	Otizm spektrum bozukluğu olan çocuklar ailelerine karşı kayıtsızlık sergiler.					
2.	Otizm yüksek sosyoekonomik düzeyde daha yaygındır.					
3.	Otizm yüksek eğitim düzeyinde daha yaygındır.					
4.	Otizm spektrum bozukluğu olan çocuklar cana yakın değildir					
5.	Otizm şizofreninin bir belirtisidir.					
6.	Otizm ile şizofreni arasındaki farkı ayırt etmek güçtür.					
7.	Otizm spektrum bozukluklarını tanılamada son derece titiz davranırım.					
8.	Çocuklarda otizm çoğunlukla erken çocukluk dönemindeki ebeveyn ihmeline bağlanır					
9.	Çocuklar psikolojik olarak olgunlaştıkça ve büyüdükçe otizmin belirtileri ortadan kalkar.					
10.	Otizm spektrum bozukluğu olan çocukların özel eğitim alması gerektiğini düşünüyor musunuz?					
11.	Otizmin bu toplumda etiketlenmeye yol açtığını düşünüyor musunuz?					
12.	Bir çocuğa otizm tanısı konmasının o çocuğun ayrımcılığa uğramasına yol açtığını düşünüyor musunuz?					
13.	Genel olarak otizm tanısı konmuş çocuklara karşı olumsuz bir görüş var mıdır?					
14.	Ebeveynler çocuklarında otizm riski olduğunu düşünme eğilimindedirler.					
15.	Otizm önlenebilir.					

### EK-3: OSB Farkındalık Anketi

	OSB Farkındalık Anketi	KESİNLİKLE KATILYORUM	KATILYORUM	KARARSIZIM	KATILMIYORUM	KESİNLİKLE KATILMIYORUM
1	Otizm spektrum bozukluğu olan çocuklar karşı cinsteki çocuklarla anlaşmakta sorun yaşarlar.					
2	Otizm bir insanın çalışma yaşamında bulunmasını engeller.					
3	Otizm spektrum bozukluğu olan çocuklar diğer arkadaşlarıyla zorlanmadan beraber oyun oynayabilir, çalışma yapabilir					
4	Otizm spektrum bozukluğuna sahip çocuklar aynı problem yaşayan arkadaşlarıyla daha iyi anlaşılır.					
5	Otizm spektrum bozukluğu olan çocuklar kendi iyilikleri için söylenen bir tavsiyeyi/talimatı kolaylıkla dinlerler.					
6	Göz teması kurmamak ve bundan kaçınmak otizmin bir bulgusudur.					
7	Otizm spektrum bozukluğu olan çocukların hafıza becerileri normal çocuklardan çok daha iyi olabilir.					
8	Otizm spektrum bozukluğunda yeme-içme alışkanlıkları akranlarından daha farklı seyreder.					
9	Otizm spektrum bozukluğu ilaçla düzeltilebilen bir hastalıktır.					
10	Anne-babalarında benzer şikayetlerin bulunması otizm spektrum bozukluğu sahibi çocukları olma ihtimalini artırır.					
11	Otizm spektrum bozukluğu olan çocuklar işaret parmağıyla gösterilen bir nesneye kolaylıkla odaklanabilirler.					
12	Otizm spektrum bozukluğu olan çocuklar kendilerine seslenince hemen cevap verirler					

**EK-4**

EK: 4

**KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU**

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	“Aile Sağlığı Merkezlerindeki Sağlık Çalışanlarının Otizm Spektrum Bozukluğu ile İlgili Bilgi Tutum ve Farkındalıklarının İncelenmesi ”
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

<b>ETİK KURUL BİLGİLERİ</b>	ETİK KURULUN ADI	Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi Bağbaşı Yerleşkesi Merkez/KIRŞEHİR
	TELEFON	0386 280 3924
	FAKS	0386 280 5007
	E-POSTA	tipetikkurul@ahievran.edu.trP

<b>BAŞVURU BİLGİLERİ</b>	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Ali GÜNEŞ			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Kırşehir			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>			
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>			
In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>			
İlaç dışı klinik araştırma		<input type="checkbox"/>			
Diğer ise belirtiniz: Girişimsel Olmayan Klinik Araştırma					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanının  
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Kemal ÖZYÜRÜK  
İmza:

*Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.*

Sayfa 1/3

**NİĞDE İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
BİLİMSEL ARAŞTIRMA BAŞVURU İNCELEME KOMİSYONU KARARI**

**TOPLANTININ TARİHİ: 05.02.2021**

**TOPLANTININ SAYISI: 1**

**Karar-2021/01-01** :Sağlık Müdürlüğümüze yapılan bilimsel araştırma izin başvurularını ilgili mevzuat kapsamında değerlendirerek karara bağlamak üzere, Valilik Makamının 06.01.2021 tarih ve E-47107193-799-5 sayılı oluru ile Müdürlüğümüz bünyesinde oluşturulan "Başvuru İnceleme Komisyonu, 05.02.2021 tarihinde saat: 15:00'da toplanmıştır.

05.01.2021 tarih ve 72 sayılı dilekçe ile Sağlık Müdürlüğüne sunulan, Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Hemşirelik Ana Bilim Dalı /Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği yüksek lisans öğrencisi Betül TÜRKER 'in Niğde ili Aile Sağlığı Merkezlerinde "**Aile Sağlığı Merkezlerinde Sağlık Çalışanlarının Otizm Spektrum Bozukluğu ile İlgili Bilgi Tutum ve Farkındalıklarının İncelenmesi**" konulu bilimsel araştırmayı yapmasına oy birliği ile karar verilmiştir.

Dr.Harun YARDIMCI  
Niğde İl Sağlık Müdürlüğü  
Sağlık Hizmetleri Başkanı  
(Komisyon Başkanı)

Uzm.Dr.Nagehan TAŞTEKİN  
Niğde İl Sağlık Müdürlüğü  
Halk Sağlığı Hizmetleri Başk.  
(Üye)

Dr.Funda AKKAYA  
Niğde İl Sağlık Müdürlüğü  
Kamu Hast. Hizm. Başk. Yrd.  
(Üye)

Uzm.Dr.Mehtap EROĞLU  
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı  
ve Hastalıkları Uzmanı  
(Üye)

## ÖZGEÇMİŞ

<b>Kişisel Bilgiler</b>	
<b>Adı Soyadı</b>	Betül TÜRKER

<b>Eğitim Bilgileri</b>	
<b>Lisans</b>	
<b>Üniversite</b>	Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi
<b>Fakülte/Yüksekokul</b>	Zübeyde Hanım Sağlık Yüksekokulu
<b>Bölüm</b>	Hemşirelik
<b>Mezuniyet Yılı</b>	2019

<b>Yüksek Lisans</b>	
<b>Üniversite</b>	Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi
<b>Enstitü Adı</b>	Sağlık Bilimleri Enstitüsü
<b>Anabilim Dalı</b>	Hemşirelik Anabilim Dalı
<b>Programı</b>	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
<b>Mezuniyet Tarihi</b>	

<b>Makale ve Bildiriler</b>
<b>Uluslararası Kongreler</b> Türker B., Güneş A., Ünsal A. 2021, Niğde İlinde Otizm Vakalarının İncelenmesi, 2. Uluslararası Ankara Multidisipliner Çalışmalar Kongresi, 7-8 Haziran, Ankara