

T.C
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ



MALATYA DA BİRİNCİ BASAMAKTA ÇALIŞAN HEKİMLERİN
OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU İLE İLGİLİ
BİLGİ TUTUM VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Aile Hekimliği Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi

Dr.Cansu Ülkü Tural

Tez Danışmanı

Yrd. Doç. Dr. Engin Burak Selçuk

MALATYA

2016

T.C
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ



MALATYA DA BİRİNCİ BASAMAKTA ÇALIŞAN HEKİMLERİN
OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU İLE İLGİLİ
BİLGİ TUTUM VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Aile Hekimliği Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi

Dr.Cansu Ülkü Tural

Tez Danışmanı

Yrd. Doç. Dr. Engin Burak Selçuk

MALATYA

2016

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	IV
TABLolar LİSTESİ.....	V
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	VII
ÖZET.....	X
ABSTRACT.....	XI
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1 Tanım.....	3
2.2 Tarihçe.....	3
DSM 5 Otizm Spektrum Bozuklukları Tanı Ölçütleri.....	4
2.3 Epidemiyoloji.....	6
2.4 Etiyoloji.....	6
2.4.1 Genetik Faktörler.....	7
2.4.2 Nöroanatomik, Nörogörüntüleme Bulguları.....	7
2.4.3 Perinatal ve Çevresel Faktörler.....	8
2.4.4 Ebeveyn Yaşı.....	9
2.4.5 Biyokimyasal Faktörler.....	9
2.4.6 Medikal Durumlar.....	9
2.5 Klinik Görünüm.....	10
2.5.1 Karşılıklı Sosyal Etkileşimde Bozulma.....	10
2.5.2 Kısıtlı, Yineleyici İlgiler ve Davranışlar.....	10
2.5.3 Otizm Spektrum Bozukluğu ile İlişkili Durumlar.....	12
2.6 Ayırıcı Tanı.....	13
2.6.1 Karışık Dili Anlama ve Sözel Anlatım Bozukluğu.....	13
2.6.2 Zihinsel Gelişme Geriliği (MR).....	13

2.6.3 Tepkisel Bağlanma Bozukluğu.....	13
2.6.4 İşitme Kaybı.....	14
2.6.5 Çok Erken Başlangıçlı Şizofreni.....	14
2.6.6 Rett Bozukluğu.....	14
2.6.7 Asperger Bozukluğu.....	14
2.6.8 Landau-Kleffner Sendromu.....	15
2.7 Eş Tanılı Durumlar.....	15
2.8 Hastanın OSB Açısından Değerlendirilmesi.....	15
2.8.1 Psikiyatrik Değerlendirme.....	16
2.8.2 OSB Tanı-Tarama Testleri.....	16
2.8.2.1 OSB Tarama testleri.....	16
2.8.2.2 OSB Tanı testleri.....	17
2.8.3 Nörolojik Değerlendirme.....	20
2.8.3.1 Nörolojik Muayene.....	20
2.8.3.2 İşitmenin Değerlendirilmesi.....	20
2.8.3.3 Elektroensefalogram(EEG).....	20
2.8.3.4 Görüntüleme Yöntemleri.....	20
2.8.4 Metabolik Testler.....	20
2.8.5 Genetik İnceleme.....	21
2.9 Tedavi.....	21
2.9.1 Davranışsal ve Eğitsel Müdahaleler	21
2.9.2 Psikofarmakolojik Tedavi.....	22
2.9.2.1 Nöroleptik Ajanlar.....	23
2.9.2.2 Serotonin Gerilim İnhibitörleri (SSRI).....	23
2.9.2.3 Psikostimulanlar ve Hiperaktivite için Kullanılan İlaçlar.....	23
2.9.2.4 Melatonin.....	23

2.9.3 Alternatif Tedavi.....	23
2.9.4 Ailenin Desteği.....	24
2.10 Prognoz.....	24
2.11 Erken Tanımın Önemi.....	24
3.YÖNTEM VE GEREÇ.....	26
3.1 Etik Kurul Onayı ve Diğer İzinler.....	26
3.2 Çalışmanın Yapıldığı Yer.....	26
3.3 Çalışmaya Alınan Olguların Seçimi ve Dışlanma Kriterleri.....	26
3.4 Çalışmanın Düzenlenmesi.....	27
3.5 İstatiksel Analiz.....	27
4.BULGULAR.....	28
5.TARTIŞMA.....	36
6.SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	47
KAYNAKLAR.....	48
EKLER	
EK.1. ETİK KURUL KARAR FORMU.....	60
EK.2.ÖZGEÇMİŞ.....	63
EK.3.ANKET FORMU.....	64

TEŞEKKÜR

Hayatımın önemli bir evresini oluşturan asistanlık eğitimimde aile hekimi olmanın önemini ve ayrıcalığını yaşayan ve hissettiren sayın hocalarım Yrd. Doç. Engin Burak Selçuk' a ve Doç. Dr. Zuhâl Aydan Sağlam' a eğitimime olan katkılarından dolayı,

Kısa bir dönem birlikte çalışma fırsatı bulduğum ama bilgilerinden ve tecrübelerinden bu kısa dönemde çok feyz aldığım sevgili hocam Yrd. Doç. Dr. Burcu Kayhan Tetik'e,

Tez hazırlama sürecinde yardımlarından ve katkılarından dolayı sayın hocam Doç. Dr. Özlem Özel Özcan'a,

Asistanlık eğitimim boyunca hem İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesinde hemde İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesinde birlikte çalışmış olduğum hocalarıma, uzmanlara, asistan arkadaşlarıma ve diğer sağlık personellerine,

Hayatımın her evresinde, her koşulda yanımda olan sevgisi ve güvenleriyle, en büyük destekçim olan annem Meryem Ulus' a ve babam Mehmet Ali Ulus'a,

Yaşamımı anlamlı kılan, varlığıyla dünyamı dolduran can yoldaşım, eşim Uğur Tural' a ve minik elleri kalbimin ve kitaplarımın üstünden ayrılmayan oğlum Harun Kağan Tural' a,

Kimi zaman bir baba gibi, kimi zaman bir abi gibi, kimi zaman en yakın arkadaşım, sırdaşım gibi ama en çokta kardeşim gibi bu zamana kadar eksikliğini hiç hissetmediğim ve bundan sonrada aynı şekilde yanımda olmasını dilediğim biricik kardeşim Burak T. Ulus'a

Çok teşekkür ederim...

Cansu Ülkü TURAL

Ocak, 2016

TABLO LİSTESİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 2.5.1	: Otistik Bozuklukta Erken Dönemde Görülen Sosyal Bulgular.....11
Tablo 2.5.2	: Otizmde Erken Dönemde Görülen Duyusal - Davranışsal Bulgular.....12
Tablo 4.1	: Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımı.....28
Tablo 4.2	: ‘Meslek hayatınızda kaç OSB olan hasta ile karşılaştınız?’ sorusunun verileri.....29
Tablo 4.3	: ‘Muayenede şüphelendiğiniz kaç hastanızı tanı için yönlendirdiniz?’ sorusunun verileri.....29
Tablo 4.4	: Tanı kriterlerinden alınan puanların bölümler arası karşılaştırılması.....30
Tablo 4.5	: Tanı kriterlerine verilen cevaplardan alınan puanların yüzde olarak oranlaması.....30
Tablo 4.6	: ‘OSB bir duygu durum problemidir.’ Sorusuna verilen cevabın bölümler arası karşılaştırılması.....31
Tablo 4.7	: Bölümlere göre ‘Çoğu otistik çocuk zihinsel gelişme geriliğine sahiptir.’ Sorusunun verileri32
Tablo 4.8	: ‘Otizm spektrum bozukluğu bir iletişim problemidir.’ Sorusuna verilen cevabın bölümlere göre karşılaştırılması.....33
Tablo 4.9	: OSB konusundaki genel bilgi, tutum ve davranışlarının sorgulandığı sorulara hekimlerin verdiği cevapların yüzde oranları.....34
Tablo 4.10	: ‘OSB tanısı konulmuş olanlar için tedavi yöntemlerinden hangileri uygulanabilir’ sorusunun verileri.....35
Tablo 5.1	: Çalışmamızda tanı kriterlerine verilen doğru cevap yüzdeleri ile, Imran ve ark. Çalışmasında hekimlerin ibareleri tanı kriteri olarak işaretleme yüzdelerinin karşılaştırılması.....39

Şekil 4.1 : ‘Tanı için hangi bölüme yönlendirdiniz?’ sorusunun verileri.....29

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

- AB** : Asperger Bozukluğu
- ABA** : Uygulamalı Davranış Analizi, Applied Behaviour Analysis
- ABC** : Otizm Davranış Tarama Listesi (Autism Behaviour Checklist)
- ADI-R** : Otizm Tanı Görüşme Formu-Yenilenmiş (The Autism Diagnostic Interview -Revised)
- ADMM** : Otizm ve Gelişimsel Bozukluklar İzlem Ağı
- ADOS** : Otizm Tanı Gözlem Envanteri (Autism Diagnostic Observation Schedule)
- AIT** : Auditory İntegration Training
- ASM** : Aile Sağlığı Merkezi
- BAER** : Brainstem Auditory - Evoked Potential Test
- BTA-YGB** : Başka Türlü Adlandırılmayan Yaygın Gelişimsel Bozukluk
- CARS 2** : Çocukluk Otizmi Derecelendirme Ölçeği (The Childhood Autism Rating Scale Second Edition)
- CDC** : Centers for Disease Control and Prevention
- CHAT** : Çocuk Dönemi Otizm Tarama Ölçeği (Checklist for Autism in Toddlers)
- ÇDB** : Çocukluğun Dezintegratif Bozukluğu
- DHEB** : Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
- DIR** : Developmental Individual Difference Relationship - Based Approach or Floortime
- DSM** : Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı
- DSÖ** : Dünya Sağlık Örgütü
- EEG** : Elektroensefalogram

- FC** : Facilitated Communication
- FDA** : US Food and Drug Administration
- fMRG** : Fonksiyonel Manyetik Rezonans Görüntüleme
- ICD** : International Classification of Diseases-Hastalıkların ve Sağlıkla İlgili Sorunların Uluslararası İstatiksel Sınıflaması
- KKK** : Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak
- LKS** : Landau-Kleffner Sendromu, Kazanılmış Epileptik Afazi
- M-CHAT** : Modified Checklist for Autism in Toddlers
- MR** : Mental Retardasyon
- MRG** : Manyetik Rezonans Görüntüleme
- OB** : Otistik Bozukluk
- OSB** : Otizm Spektrum Bozukluğu
- PECS** : Picture Exchange Communication System
- PET** : Pozitron Emisyon Tomografi
- PROMPTS** : Milieu Teaching, Prompt for Restructuring Oral Muscular Phonetic Targets
- RB** : Rett Bozukluğu
- RDI** : Relationship-Development Intervention
- RT** : Responsive Teaching
- SSRI** : Selektif Serotonin Gerialım İnhibitörleri
- STAT** : İki Yaş Çocuklarda Otizm için Tarama Aracı (Screening Tool for Autism in Two-Years-Old)
- SPSS** : Statistical Package for Social Sciences
- TEACCH** : Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children

- TD** : Teacher Directed
- TSM** : Toplum Sağlığı Merkezi
- VABS II** : Vineland Uyum Davranış Ölçeği (Vineland Adaptive Behavior Scales)
- Wisc-R** : Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği (Wechsler Intelligence Scale for Children)
- YGB** : Yaygın Gelişimsel Bozukluk

ÖZET

Malatya’da Birinci Basamakta Çalışan Hekimlerin Otizm Spektrum Bozukluğu ile İlgili Bilgi Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi

Amaç: Bu çalışmadaki amacımız Malatya ilinde birinci basamakta çalışmakta olan aile hekimlerinin OSB konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendirmek ve hekimlerin bu konudaki bilgi ve farkındalık düzeyini artırmaktır. Ayrıca birinci basamak hekimlerinin bebek ve erken çocukluk döneminde fiziksel gelişimin yanı sıra bilişsel, sosyal ve duygusal gelişim basamaklarının değerlendirmeleri gerektiğini hatırlatmak ve OSB’li çocuğu olan ailelere uygun bilgilendirme ve yönlendirme yapılmasını sağlamaktır.

Materyal ve Metod: Araştırmaya Malatya il merkezindeki ASM, TSM çalışan aile hekimleri ve aile hekimliği uzmanları dahil edildi. Araştırma formu : Katılımcı bilgi formu, DSM-5 tanı kriterleri, CARS, M-CHAT ve Imran ve arkadaşlarının kullanmış olduğu anket formu baz alınarak hazırlanan sorulardan oluşturuldu. Çalışmaya toplam 101 hekim katıldı.

Bulgular: Çalışmamızda Malatyadaki aile hekimlerinin OSB’nin tanı kriterleri ve karakteristik klinik bulguları açısından kısmen yeterli bilgiye sahip oldukları bulundu. Hekimler tanı kriterlerinden toplam 12 puan üzerinden ortalama 8.2 ± 2.3 puan aldı. Tecrübeye dayalı öğrenmenin OSB konusunda da etkili bir faktör olduğu saptandı ($p<0.05$).

Sonuç: Sağlam çocuk takibinde önemli bir yeri olduğu için tıp bilimi OSB’nin erken tanısında aile hekimlerinin yerini ve birinci basamak sağlık hizmetinin önemini konuşmaya başlamıştır. Ülkemizde de bu konuda aile hekimlerinin yeri tartışılır olmuştur. Hastalarla ilk temas noktasında bulunan aile hekimlerinin OSB konusunda farkındalıkları ve bilgileri artılmalı, prognoz açısından erken tanı ve müdahalenin önemli olduğu bu alanda aile hekimlerine yönelik sağlık politikaları oluşturulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Otizm Spektrum Bozukluğu, Bilgi, Aile Hekimliği, Erken Tanı

ABSTRACT

Assessment of Family Practice Physicians' Knowledge, Approach and Behavior Regarding the Autism Spectrum Disorder in Malatya, Turkey

Aim: In this study we aim to assess the knowledge, approach and behavior of Family Physicians on the ASD; and to increase their knowledge and awareness in this field. In addition, we aim to reinforce the assessment of not only the physical development of newborns and toddlers, but also their cognitive, social and emotional developmental phases; hence ensuring that families whose children are diagnosed with autism spectrum disorder are provided with appropriate information and guidance in their upbringing.

Materials and methods: Family Physicians and professionals from Malatya family health centers and public health centers were randomly selected. Participant information forms were based on “DSM 5” criteria, “CARS”, “M-CAT”, as well as questions from the questionnaire of Imran *et. al.* 101 Physicians participated altogether.

Results: We found the Family Physicians from Malatya were fairly well informed regarding the diagnostic criteria of ASD and its associated clinical data. The Physicians scored on average 8.2 ± 2.3 from a total of 12 points. Learning based on experience was observed to be effective in diagnosing ASD ($p < 0.05$).

Conclusion: The importance of early diagnosis of ASD amongst Family Physicians and primary health care services in child healthcare is recently being appreciated in Medicine. In Turkey, the position of Family Physicians in this field is controversial. The awareness and increased knowledge of Family Physicians on ASD criteria as the first point of contact with patients is important in terms of early diagnosis, prognosis and treatment of ASD patients. Healthcare policies on Family Physicians should be modified accordingly.

Keywords: Autism Spectrum Disorder, Knowledge, Family Physicians, Early Diagnosis

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB), erken çocukluk döneminde başlayan hayat boyu devam eden karmaşık bir psikiyatrik bozukluktur (1). Bu bozukluğun klinik yansıması iletişim ve sosyal gelişim alanlarında bozulmanın meydana gelmesi, ilgi ve davranışların sınırlı ve tekrarlayıcı özellikte olması, işlevselliğin gecikmesi veya olağandışı işlevsellik olması şeklindedir (2). OSB tanısı sıklıkla belirtiler başladıktan yıllar sonra konulmaktadır (3). Sosyal becerilerin devam ettiği (0-6 yaş arası) dönemde uygulanacak erken müdahaleler, tedavide çok önemli rol oynamakta ve prognozu önemli derecede etkilemektedir. Çocukluk yaş grubunda gelişimsel ve davranışsal sorunlar %10-15 gibi bir oranla karşımıza çıkmaktadır (4). Son yıllarda yapılan epidemiyolojik çalışmalarda OSB'nin görülme oranının giderek arttığı ve son yıllarda 10.000'de 20.6 oranına kadar çıktığı bildirilmiştir (5, 6). Bu artışı tam olarak hastalığın prevalans artışı olarak değerlendirmek yerine, OSB konusunda sosyal bilinçliliğin artması, bilgi birikiminin artması, değişen tanı kriterleri, duyarlılığı yüksek tanı araçları geliştirmeye yönelik çabaların artması ve yeni ölçeklerin kullanıma başlanması ile açıklanabilir (3, 7).

Hekimler özellikle aile hekimleri çocukları doğumdan itibaren düzenli olarak izlemektedir (4). Ülkemizde Sağlık Bakanlığının bebek ve izlem protokollerinde bulunan büyüme ve gelişme izlemi, aile hekimlerinin görev alanında yer almaktadır. Birinci basamakta sağlam çocuk muayenesinin bir parçası olarak uygulanan nörolojik gelişim izlemi, gelişimsel bir bozukluk olan otizmin tanı olasılığını artırır (3). Aile hekimi hasta ve ailesi ile ilk temas noktasında bulunduğundan sağlam çocuk takibinde önemli bir yere sahiptir (2, 7). Tedavi ve rehabilitasyon programının erken başlaması çocukta var olan kapasitesini daha iyi değerlendirilmesini ve hastalığın prognozunu önemli ölçüde etkilemektedir. OSB'nin prevalansındaki artış, birinci basamak hekimlerinin çocuk gelişim izleminde hastaları OSB açısından da değerlendirmelerini gerekli kılmıştır. Sadece OSB akılda tutularak yapılacak bir hasta değerlendirilmesiyle hastaların çocuk ve ergen psikiyatrisine sevk edilmesi, hastaların erken tanı almasını ve erken tedavi edilmesini sağlar ve hastalığın prognozunda olumlu etkiler yaratır (7).

Bu çalışmadaki amacımız Malatya ilinde birinci basamakta çalışmakta olan aile hekimlerinin OSB konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendirmek ve hekimlerin bu konudaki bilgi ve farkındalık düzeyini artırmaktır. Ayrıca birinci basamak hekimlerinin bebek ve çocukları sadece fiziksel açıdan değil beraberinde çocuğun bilişsel, sosyal, duygusal gelişiminin değerlendirilmesine dikkat çekmek ve OSB'li çocuğu olan ailelere uygun bilgilendirme ve yönlendirme yapılmasını sağlamaktır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Tanım

OSB hayatın ilk üç yılında ortaya çıkan, dil-etkileşim kusurlarının hakim olduğu, iletişim ve sosyal alanlarında bozulma yineleyici, sınırlayıcı ilgi ve davranışların olması ve işlevselliğin gecikmesi veya olağandışı bir işlevselliğin olması ile karakterize ciddi, kronik ve karmaşık nörogelişimsel bir hastalıktır (1). DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabında; DSM-IV'de Yaygın Gelişimsel Bozukluklar (YGB) çatısı altında yer alan Otistik Bozukluk (OB), Asperger bozukluğu (AB), Başka Türlü Adlandırılmayan Yaygın Gelişimsel Bozukluk(BTA-YGB) ve Çocukluk Dezintegratif Bozukluğu(ÇDB) tanı kategorileri yerine birleştirilmiş tek bir Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB) tanısı kullanılmaya başlanmıştır (8). DSM-IV'de YGB içerisinde bulunan Rett bozukluğu genetik alt yapısı nedeniyle OSB içerisine dahil edilmemiştir.

2.2.Tarihçe

Otizm ilk olarak 1943 yılında Leo Kanner tarafından tanımlanmıştır. Bu bozukluğu 'Duyusal Bağın Otistik Bozukluğu' (Autistic Disturbance of the Affective Contact) olarak adlandırmıştır. Kanner hastalığı 11 olguluk bir seri üzerinden tanımlamıştır. Bu seride insanlarla ilişki kurmakta güçlük, ekolali, steriotipik hareketler, tekrarlayıcı ve amaçsız davranışlar ve değişime direnç gibi özellikleri olduğundan bahsetmiştir ve bu özelliklerin birçoğu günümüzde güncelliğini korumaktadır (9). .

Ancak psikiyatri dünyasında otizm, çocukluk çağı şizofrenisi olarak görülmüştür. Otizm için 1944'de Asperger 'otistik psikopati', 1947'de Bender 'çocukluk şizofrenisi', kısa süre sonra Mahler 'simbiyotik psikoz' ve 1955 yılında Rank 'atipik çocuk' kavramlarını kullanmıştır (5). 1970'lerde Rutter (1972), otizm ve şizofreninin farklı bozukluklar olduğunu belirtmiş ve bu tarihten itibaren birçok çalışmada şizofreni ve otizm arasındaki benzerlikler ve farklılıklar incelenmiştir (10).

Ruhsal hastalıkların sınıflandırılmasında Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) ,

Hastalıkların ve Sağlıkla İlgili Sorunların Uluslararası İstatiksel Sınıflaması (International Classification of Diseases, ICD) kullanılmaktadır. Otizm ilk olarak 1980 yılında DSM III' de, yeni tanımlanan bir grup bozukluk kümesi olan, YGB içinde yerini almıştır. 1987 yılında, DSM-III-R' da, YGB genel başlığının altındaki alt başlıklar, OB ve BTA-YGB olmuştur. 1994 yılında, DSM IV' de, bu alt başlıklara, "RB", "ÇDB" ve "AB" da eklenmiştir. 2013 yılında DSM 5' de YGB terimi altında toplanan OB, AS, ÇDB ve YGB-BTA tanı kategorileri; 'OSB' tanısı altında birleştirilmiştir. Rett Bozukluğu genetik alt yapısı nedeniyle bu tanıya dahil edilmemiştir. Aynı zamanda DSM IV ; sosyal ilişkide bozukluk, iletişimde yetersizlik, tekrarlayıcı ve basmakalıp davranışlar alt başlıklarından oluşmakta iken: DSM 5; sosyal ilişkide bozukluk, tekrarlayıcı davranış ve ilgiler alt başlıklarından oluşmaktadır (2).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ruhsal hastalıkların sınıflandırılmasında ICD'yi kullanmaktadır. OSB daha önce kullanılan ICD-9'da bebeklik otizmi; çocuklukta başlayan psikozlar grubunda yer almakta iken, 1992 yılında yayınlanan ICD-10'da OSB, YGB başlığı adı altında yer almaktadır (11).

Günümüzde kullanılmakta olan DSM-5 ve ICD-10 tanılama sistemlerinin her ikisinde de bulunan OSB kavramsal olarak aynı bozukluğu temsil etmektedir.

DSM-5 Otizm Spektrum Bozuklukları Tanı Ölçütleri aşağıda verilmiştir.

DSM-5 Otizm Spektrum Bozuklukları Tanı Ölçütleri

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4) Duyusal olarak aşırı ya da az duyarlılık veya çevrenin duyusal boyutuna aşırı ilgi (acıya/sıcağa aşırı duyarsızlık, belirli ses veya dokunuşlara karşı beklenmeyen tepki, nesnelere aşırı koklama veya onlara aşırı dokunma, ışık veya hareketle görsel olarak çok meşgul olma.) Şu anki şiddeti: Şiddet sosyal iletişimsel alandaki yetersizlikler ve kısıtlı, tekrarlayıcı davranışlara göre belirlenir.

C. Belirtiler gelişimin erken evrelerinde mevcut olmalı (toplumsal beklentiler sınırları aşincaya dek fark edilmemiş veya daha sonra hayatta öğrendiği stratejilerle maskelenmiş olabilir.)

D. Belirtiler sosyal, mesleki ve başka önemli alanlarda klinik olarak anlamlı düzeyde bozukluğa yol açmalıdır.

E. Bu bozukluk zihinsel yetersizlik veya genel gelişimsel gerilik sebebi ile olmamalıdır. Gerçi zihinsel yetersizlik ve OSB sıklıkla bir arada görülür, ancak OSB ve zihinsel engellilik tanısı konması için sosyal iletişimsel düzeyin genel gelişimin altında olması gerekir.

OSB'nin şiddeti, her bireyin sahip olduğu güçlü ve zayıf yanlar göz önünde bulundurularak ve bozukluğun yol açtığı zorluklar sebebiyle ihtiyaç duyulan desteğin düzeyine göre derecelendirilmelidir. OSB'nin şiddeti desteğe, önemli bir miktarda desteğe, çok önemli miktarda desteğe ihtiyaç duyan bireyler arasında bir ayrım yapılarak üç düzeyde değerlendirilmelidir. Buna göre OSB şiddet düzeyi 1 (hafif), 2 (orta) ya da 3(ağır) olarak belirlenmelidir. Her kriterin şiddet düzeyi kendi içerisinde belirlenmelidir.

2.3.Epidemiyoloji

OSB ile ilgili ilk epidemiyolojik çalışma 1966 yılında İngiltere'de yapılmış ve prevalansı 4.5/10.000 olarak bulunmuştur. Sonraki epidemiyolojik çalışmalar da hastalığın prevalansı 10.000 'de 2 ile 5 arasında bulunmuşken (1970), en son 2009 yılında yapılan bir çalışmada 10.000'de 20.6 oranının da olduğu bildirilmiştir (6). 8 yıl boyunca aynı metodoloji ile otizm prevalansının kayıt edildiği Centers for Disease Control and Prevention (CDC)' nin Otizm ve Gelişimsel Bozukluklar İzlem Ağı (ADMM) verilerine göre de Amerika' da OSB sıklığında artış olduğu bulunmuştur. CDC'nin 1992 yılı verilerine göre OSB sıklığı 1/150 iken , 2008 verilerinde 1/88 olarak saptanmıştır (12). Bu veriler ışığında OSB prevalansında ciddi artışlar olduğu görülmektedir. Bu artışı tam olarak hastalığın prevalans artışı olarak değerlendirmek yerine OSB konusunda sosyal bilinçliliğin artması, bilgi birikiminin artması, değişen tanı kriterleri, tanı yaşının küçülmesi, hekime ulaşılabilirliğin artması, duyarlılığı yüksek tanı araçları geliştirmeye yönelik çabaların artması ve yeni ölçeklerin kullanılmaya başlanması ile açıklayabiliriz (3, 6, 13).

Kanner 1943 yılında yaptığı ilk yayında, erken bebeklik otizmi olan çocukların anne babalarının eğitilmiş ve mesleklerinde başarılı kişiler olduğunu bildirmişken, son yıllarda yapılan çalışmalarda otizm ile sosyal sınıf ve eğitim düzeyi arasında bir ilişki gösterilememiştir (9, 14).

OSB' de erkek/kız oranı 4.2/1 ile erkek çocuklarında daha sık görülmesine rağmen mental retardasyonun eşlik ettiği otizm daha çok kız çocuklarda görülmektedir (6). Ülkemizde bu konuda çok az sayıda çalışma yapılmıştır. Bu çalışmaların verilerine göre OSB de erkek /kız oranı yaklaşık olarak 5/1 olup erkek çocuklarda yüksek olduğu bildirilmiştir (15, 107).

2.4.Etyoloji

OSB'nin etyolojisi tam olarak açıklığa kavuşmamıştır. Bu bozukluğun güçlü bir genetik alt yapısı olan biyolojik temelli nörogelişimsel bir rahatsızlık olduğu düşünülmektedir.

1970 öncesinde otizmin soğuk ve sevgi göstermeyen ebeveynler yüzünden meydana geldiği düşünülmüş; fakat sonraki yıllarda yapılan çalışmalar bu görüşü desteklememiştir (14).

2.4.1 Genetik Faktörler

Aile çalışmaları otistik spektrumdaki bir çocuğun kardeşlerinde otizm görülme riskinin %2 ile %8 arasında olduğunu ve bu oranın genel popülasyondan 50 ile 200 kat daha fazla olduğunu göstermiştir. Hastalıktan etkilenmeyen kardeşlerde otizm görülme bile, kardeşler iletişim ve sosyal becerilerle ilişkili değişik gelişimsel bozukluklar açısından daha fazla risk altındadır (16). İkizler üzerinde yapılan çalışmalarda monozigotik ikizlerde otistik bozukluk için eş görülme oranı (concordance rate) %36-91, çift yumurta ikizlerinde ise %5 olarak bildirilmektedir (17). Geniş bir popülasyonda yapılan bir çalışmada yakınlık derecesi arttıkça otizmin görülme sıklığının arttığı gösterilmiştir. OSB için kümülatif risk kuzenler de %2, anneleri aynı olan üvey kardeşler de %3.3 , babaları aynı olan üvey kardeşler de %2.9, anne-baba aynı olan kardeşler de %10.3, dizigotik ikizler de %8.2, monozigotik ikizler de %59 olarak hesaplanmıştır (18).

Otizmin genetiği oldukça karmaşık bir şekilde karşımıza çıkmakta ve olguların yalnızca %15-25'inde etyolojik etmenler net olarak belirlenebilmektedir (19). Otizmin ortaya çıkışına yatkınlık yaratan birçok genin etkileşimi üzerinde durulmaktadır. Genetik üzerine yapılan çalışmalar başlıca 3 grup altında toplanabilir: 1)Tüm genom tarama çalışmaları, 2)Sitogenetik çalışmalar ve 3)Aday gen çalışmaları (16). 1) Tüm genom tarama çalışmalarında 5p14.1 ve 5p15 lokusunun genetik varyantlarında otizm riskinin artmış olduğu bildirilmektedir (20). 2) Sitogenetik çalışmalarda otistik bireylerde 15q11-q 13 lokusunda maternal duplikasyon saptanmıştır. Otistik hastalarda en sık (%1-3) gözlenen kromozom anomalisidir (19, 21). 3) Aday gen çalışmalarında Kromozom 2, 3, 4, 6, 7, 10, 15, 17 ve 22 üzerindeki çeşitli tek genlerde tekrarlı bulgularının otizm gelişimi için artmış risk ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (22, 24).

2.4.2 Nöroanatomik, Nörogörüntüleme Bulguları

Görüntüleme ve otopsi çalışmaları sonucunda beyin dokusunu etkileyen çeşitli anormalliklerin de otizm etiolojisinde rol oynadığı düşünülmeye başlanmıştır. 2-4 yaş arasındaki OSB'li çocukların %90'ında beyin dokusunun ortalama hacmi normalin üzerindedir (23,108). OSB'li çocuklarda yapılan nöropatolojik çalışmalarda serebellumda purkinje hücre sayısında azalma, bazı amigdala nukleuslarında anormal, küçük, yoğun paketlenmiş nöronlar ile temporal, frontal korteksin yapısı ve organizasyonunda anormallikler saptanmıştır. Bu bulguların otizmdeki dikkat, uyanıklık ve duyuşal süreçlerdeki anormalliklerle ilişkili olabileceği belirtilmektedir (25). Pozitron emisyon tomografi (PET) çalışmalarda OSB' de global ve fonksiyonel olarak serotonin sentez anormallikleri saptanmıştır (26). Fonksiyonel Manyetik Rezonans Görüntüleme (fMRG) çalışmalarda ise yüzü algılama sırasında, temporal lobun ventral yüzündeki fuziform girus bölgesinde aktivasyonda azalma olduğu gösterilmiş, bu bulgunun da sosyal alandaki bozukluk ile ilişkili olduğu düşünülmüştür. Ayrıca sosyal ve duygusal yargı ile ilgili görevler sırasında amigdalada aktivasyon azalması da bildirilmiştir (27) .

2.4.3 Perinatal ve Çevresel Faktörler

Yapılan bir metaanaliz çalışmada perinatal ve neonatal risk faktörlerinin otizm gelişimi üzerine etkisinin oldukça düşük olduğu ve tek bir faktörün etyolojide rol alamayacağı bildirilmiştir (28). Farklı çalışmalarda ileri anne yaşı, travma, intrauterin ilaç (talidomit, valproat...vs.) kullanımı, viral enfeksiyon, postmatürite, düşük doğum ağırlığı, mekonyum aspirasyonu ile yenidoğan döneminde görülebilen düşük Apgar skoru, ağlamada gecikme, apne, hiperbilirubinemi gibi bazı problemlerin daha sonra otistik belirtiler gelişen çocuklarda daha sık olduğu görülmüştür (29). İlaçlardan valproik asit, talidomid, misoprostol, beta 2 adrenerjik agonistler ve antipiretiklerin (asetaminofen) kullanımının otizm riskini artırdığı öne sürülmüştür. Annenin gebelikte Rubella enfeksiyonu geçirmesi ile otizm arasında ilişki olduğunu bildiren çalışmalar da mevcuttur. Konjenital rubella enfeksiyonu geçirmiş olguların yaklaşık %4-7'sinde OSB görüldüğü bildirilmektedir. OSB ile ilgili olarak bugüne kadar üzerinde en fazla çalışılmış, santral sinir sistemi üzerine etkili çevresel etkenler, ilaçlar, kurşun, civa, manganez, pestisidler, tiroid bezi hasarına neden olduğu düşünülen polibromine difenil eterler, polisiklik aromatik hidrokarbonlardır (29). Endokrin ve immunolojik bozukluklarında nörolojik gelişimi olumsuz etkileyerek otizm tablosuna yol açabildiği söylenmektedir (30). Annenin gebeliği boyunca özellikle de ilk trimesterde selektif

serotonin gerialım inhibitörlerine(SSRI) maruziyetinin bebekte OSB gelişme riskini arttırabileceği gösterilmiştir (31).

Gebelik sürecindeki diyabet, hipertansiyon ve obezite gibi metabolik bozuklukların otizm ve gelişimsel gerilik ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Obez annelerin OSB olan çocuğa sahip olma riskinin 1.6 kat; gelişme geriliği olan çocuğa sahip olma riskinin ise 2 kat daha fazla olduğu bildirilmektedir (29).

D vitamin eksikliğinin ve folat eksikliğinin otizme neden olabileceğini bildiren çalışmalar olmasına rağmen bu konuda daha fazla çalışma yapılması gerekmektedir (32, 33).

Wakefield ve ark. çalışmasında kızamık, kızamıkçık, kabakulak (KKK) aşısı ile otizm arasında bir ilişki olabileceği ileri sürülmüş ancak sonrasında yapılan birçok çalışma ile aksi ispat edilmiş ve KKK aşısının otizme yol açmadığı açığa çıkarılmıştır (34, 114, 115).

2.4.4 Ebeveyn yaşı

Anne ve babanın aşı artıkça otizmlili çocuğa sahip olma riski artmakta ve bu durum genetik yapıdaki değişimlere ve de novo mutasyonlara bağlanmaktadır (35, 95-97).

2.4.5 Biyokimyasal faktörler

OSB etyolojisinde biokimyasal parametrelerde suçlanmaktadır özellikle serotinerjik sistemle ilgili değişiklikler suçlanmaktadır. OSB'lilerin 1/3'ünde periferik kanda serotonin artışı olduğu saptanmıştır. Serotonerjik sistemde bozulmanın nöronların olgunlaşmasında bozulmaya neden olabileceği düşünülmektedir (37). Bu nedenle OSB'de kullanılan SSRI'ların tekrarlayıcı rituelistik davranışları azalttığı ve sosyal etkileşimi arttırdığı da bildirilmektedir (17).

2.4.6 Medikal Durumlar

Bazı medikal durumlarla OSB sıklığı arasında ilişki olduğu gözlenmiştir. Örnek verecek olursak: Frajil X sendromu, Down Sendromu, PTEN makrosefali sendromu, Sotos sendromu, Rett sendromu, Tüberoskleroz kompleksi, Nörofibromatozis tip I, Timothy sendromu, Joubert sendromu, Cowden sendromu, Cole Hughes makrosefali sendromu, Cornelia de Lange sendromu, Angelman sendromu, Williams sendromu,

WAGR sendromu, Duchenne musküler distrofisi, fenilketonüri, kreatin eksikliği sendromları, Smith-Lemli-Opitz sendromu sayılabilir (19).

2.5.Klinik Görünüm

2.5.1 Karşılıklı sosyal etkileşimde bozulma

OSB'nin en erken ve spesifik bulgusu sosyal yetenek basamaklarındaki gecikmedir (7). Özellikle : ortak dikkat, sosyal oryantasyon ve hayali oyun basamaklarında gecikme görülmektedir.

Ortak dikkat; işaret etme, gösterme, pozisyon değişikliği ile dikkatin etkileşim halinde olduğu kişi ile aynı konu üzerine odaklanabilmesidir. Ortak dikkatte ikiden fazla kişi aynı nesneye dikkatini vermektedir. Ortak dikkat çocukların çevresindekiler aracılığıyla öğrenmesini sağlar (sözcükleri öğrenme, çevresindekilerin davranışlarına anlam yükleme...vs) (38). Ortak dikkat dil becerisinin gelişiminde önemli bir yere sahiptir. OSB tanısı konmuş çocuklar ortak dikkat becerilerinde belirgin güçlük çekmektedir. Yaşıtlarına göre herhangi bir nesneyi daha az işaret etme, alıcı ve ifade edici dil gecikmeleri, ortak dikkat becerilerinin olmamasından kaynaklanan problemlerdir (39).

Sosyal oryantasyon: İsmi ile seslenildiğinde bakmama, göz kontağının olmaması, aynı ortamda bulunan diğer kişilerin varlığını hissetmeme- farkında olmama, kucağa gelmekte isteksizlik, yüz ifadesinin kısıtlı olması, duyguların mimiklerle anlaşılabilmesi en bilinen bulgularıdır. Olgular erişkin yaşlara ilerledikçe sosyal izolasyonları azalır, ancak iletişim güçlüğü ve yakın arkadaşlık kuramama gibi bulgular devam eder (5).

Hayali oyun: çocuğun kişilere, objelere veya olaylara hayali özellikler yüklemesidir. Çocuklar hayal güçlerini ve yaratıcılıklarını kullanarak çeşitli nesnelere sembolik olarak kullanırlar. Sandalyelerden 'otobüs', ters çevrilmiş taburelerden 'gemi' yaparak oynama örnek olarak verilebilir. OSB' li çocuklarda hayal gücünü kullanma, yaratıcılık ve taklit becerilerindeki yetersizlik nedeniyle bu tür imgesel oyunlar gözlenmemektedir (7).

2.5.2 Kısıtlı, yineleyici ilgiler ve davranışlar

Otizmi olan çocuklarda stereotipik davranışlar, alışılmışın dışında ilgiler, takıntılar, ritüeller, el, parmak, vücut hareketleri, nesnelere yineleyici biçimde uğraşlar görülür. Kendi çevresinde dönme, eşyaları döndürme, dönen eşyalara uzun süre bakma, sallanma, zıplama, kollarını kanat çırpar gibi çırpma, parmak ucunda yürüme, eşyaları arka arkaya dizme, eşyaları gözüne çok yakın tutarak seyretme, bazı kelime, deyim ve şarkıları tekralama gibi motor ve verbal stereotipiler sıktır. Garip ilgi alanları olabilir: meteoroloji, futbol, otobüs güzergahları, mandallar, dünyadaki bitki türleri, telefon numaraları, tabelalar, tarihler gibi. Günlük işleri hep aynı şekilde yapma, aynı yoldan okula gitme, aynı yemeği yeme gibi aynıcılıkta ısrarcılık ve değişimlere gösterdikleri direnç, ışıklı, renkli, parlak cansız nesnelere aşırı duyarlılık, ,alışılmadık nesnelere bağlanma (örn: kredi kartı, şişe kapağı), tatmaya duyarlılık (sadece belli tada sahip yiyecekleri yeme gibi), dokunmaya duyarlılık, ağrıyı hissetmeme, ağrı eşiği yüksek olmasına rağmen dokunmaya aşırı duyarlılık , farklı frekanstaki seslere aşırı tepki veya tepkisizlik gibi davranışlar sergileyebilirler (7).

Tablo 5.1: Otistik Bozuklukta Erken Dönemde Görülen Sosyal Bulgular (7)

<i>İlk yılda;</i>	<i>İkinci yılda;</i>
<ul style="list-style-type: none">• Göz teması• Sosyal oyunlara ilgi• İsmi çağırıldığında yanıt• Duygusal bağlanma• Sosyal gülümseme• Taklit etme• Yüzüyle ifade edebilme, daha azdır	<ul style="list-style-type: none">• Duyguları paylaşabilme• Ortak dikkat (işaret etme, bir şeyi takip etme, bir şeyi göstermek için getirme, vb.)• Anneyi izleme• Diğer kişilere dikkat• Sıra gerektiren işlere uyum daha azdır

Tablo 5.2: Otizmde Erken Dönemde Görülen Duyusal - Davranışsal Bulgular.

<i>İlk veya ikinci yılda;</i>	<i>İkinci yılda;</i>
<ul style="list-style-type: none">• Objelerin bir parçası veya hareketi ile uğraş• Seslere azalmış yanıt• Bazı seslere tahammülsüzlük• Nesnelere veya parmaklarına bakakalma• Bazı gıdaları ve giysileri reddetme• Boş bakma• Soğuğa direnç• Yüksek ağrı eşiği• Gıdıklandığında aşırı tepki verme	<ul style="list-style-type: none">• Objeleri sıraya dizme eğilimi• Düz hat boyunca bakma• Göz ucuyla bakma

2.5.3 OSB ile İlişkili Durumlar

OSB' de zihinsel gerilik, dil yetersizliği, bilinen tıbbi, genetik veya çevresel faktör, başka nörogelişimsel, ruhsal veya davranışsal durumlar ve katatoni eşlik edebilir. Hastalar bu açılardan da değerlendirilmelidir.

Dil ve konuşma becerilerinde gecikme veya tamamen yetersizlik OSB'ye özgü olmayan fakat görülebilen erken semptomlardan biridir. Hecelemede gecikme, 6'ncı ayda agulama olmaması, 9'uncu ayda babıldama (iki heceli ses çıkarma: ba-ba, ma-ma...vb.) olmaması, 18'inci ayda tek kelime, 24'üncü ayda iki kelimeli cümle kuramama gelişim basamaklarının erken evrelerinde fark edilebilir.

OSB'li olan hastaların %70'inde mental retardasyon saptanmaktadır (40, 41).

Otistik çocukların önemli bir kısmında işlevsel konuşmanın olmaması zeka testlerinin uygulanmasını ve gerçek zeka düzeylerinin tespitini güçleştirmektedir ve çoğunlukla zeka düzeyi gerçek düzeyin altında saptanmaktadır (42).

OSB saptanan çocukların motor fonksiyonlarında da yetersizlik görülebilir. Özellikle; sakar yürüyüş, el çırpma, yürürken kolları anormal şekilde sallama (kanat çırpma hareketi) , parmak ucunda yürüme, katı vücut duruşu sayılabilir (8).

Genellikle yüksek işlevli otizmi olan çocuklar arasında erken okumaya geçme (hiperleksi) görülebilir (43)

2.6. Ayırıcı Tanı

2.6.1 Karışık dili anlama ve sözel anlatım bozukluğu

Sözel anlatım bozukluğu olan çocukların, sözcük sayılarının çok sınırlı olması, dil bilgisi yönünden zaman seçiminde hata yapmalarına, cümle kurmada güçlük çekmelerine neden olmaktadır. Bu çocuklar sözel olmayan iletişimde ve sosyal becerilerde otizmlili çocuklara göre daha iyidirler. Çevresindekilerle normal ilişki kurabilmeleri, normal şekilde hayali oyun oynayabilmeleri, işaret etme, jest ve mimikleri normal şekilde kullanabilmeleri yönüyle OSB olan çocuklardan farklıdır (8).

2.6.2 Zihinsel gelişme geriliği (MR)

OSB olan çocuklarda sıklıkla zihinsel gerilik görülmektedir. Ağır mental retarde olan hastalarda da otizm benzeri sosyal becerilerde eksiklik, tekrarlayıcı davranışlar görülmekte ve bu durum ayırıcı tanıyı zorlaştırmaktadır. İki durumun en önemli farkı OSB olan çocukların çevreden izole görünmeleri, ebeveynin ilgisini çekmekte isteksizlikleri, diğer çocuklar gibi oynamamaları, anlamsız bakışlarının olması ve sese garip duyarlılıkları nedeniyle MR'den ayrılmaktadır (17). Bu beceriler MR'lerde gelişim basamaklarına uygun ve hastaların entelektüel seviyeleriyle uyum içindedir (44, 45).

2.6.3 Tepkisel bağlanma bozukluğu

5 yaşından önce ortaya çıkan, bakım veren kişilerle ilişkilerde ortaya çıkan anormalliklerle giden bir durumdur. Uyarıcı eksiliği yaşamış, kötü bakıma maruz kalmış çocuklarda, otistik benzeri belirtiler (sosyal beceri kısıtlılığı, olumlu duygulanım

kısıtlılığı) bildirilmiştir. Bu durumun tedavisi sosyal eksikliklerin karşılanması ve uygun ortamın sağlanmasıdır (8, 46).

2.6.4 İşitme Kaybı

Duyuma problemi olan çocuklarda sıklıkla OSB'li çocuklarla karışabilmektedir ancak OSB' si olan çocukların aksine bu çocuklar hayali oyun oynarlar, sosyal iletişim kurabilirler, göz kontağı kurarlar, jest ve mimik kullanırlar. Bu hastalara erken müdahale edildiğinde (işitme zorluğu giderme) hem dil gelişimi hem de duygusal gelişimi düzelmektedir.

2.6.5 Çok erken başlangıçlı şizofreni

Çocukluk şizofrenisi çok nadir görülmesine rağmen OSB ile karışabilmektedir. Şizofreni de normal ya da normale yakın davranışların görüldüğü dönemler olurken, otizmde bir süreklilik söz konusudur (5). Gelişimsel öykü ile beraber, belirtilerin başlama öyküsü ile iki hastalık arasında ayırım yapılabilmektedir. Eğer erken gelişim basamaklarında sosyal-iletişimsel alanda güçlük yoksa veya sonradan gerileme ve pozitif psikotik belirtiler eklenmişse bu psikotik süreç olup şizofreni lehine yorumlanmaktadır. Eğer erken yaşlardan itibaren gelişimde aksama mevcut ise bu otistik bozukluk lehine yorumlanmaktadır (17).

2.6.6 Rett Bozukluğu

Rett bozukluğu da nörogelişimsel bir rahatsızlıktır ve daha çok kız çocuklarda görülür. Bireyde 18.aydan sonra etkileşim, dil ve psikomotor becerilerde performans düşüklüğü ile kendini gösterir. Çoğunlukla MECP2 genindeki mutasyon nedeniyle meydana gelir (47). Karakteristik bulguları: bebeğin başının büyümesinin yavaşlaması, stereotipik el hareketleri ve demanstır (48).

2.6.7 Asperger Bozukluğu

AB sosyal etkileşim sınırlı olmakla birlikte yineleyici basmakalıp davranışlar dikkat çekmektedir. Asperger bozukluğu olan bireylerin konuşmalarında bozulma yoktur. Yaşlarına göre beklenen düzeyde sözel iletişim becerilerini gösterir. Bu kişiler normal yada normal üstü zeka düzeyindedir ve zihinsel öğrenme yetersizliği yaşamaması ile OSB olan çocuklardan ayrılırlar (5).

2.6.8 Landau-Kleffner sendromu

Landau-Kleffner sendromu, kazanılmış epileptik afazi (LKS) de dil gelişim basamaklarında kayıp, konuşulanları anlamama, nöbet geçirme, elektroensefalogram (EEG) da epileptiform odak saptanması ile karakterizedir. 3 ile 6 yaş arasında ortaya çıkar. OSB'nin aksine erken gelişimsel periyotta ortaya çıkar ve bu çocuklar sağır imajı uyandırır. Ama bilişsel fonksiyonlarının yerinde olması ile OSB'den ayrılırlar (49).

2.7-Eş Tanılı Durumlar

Eş tanı iki veya daha fazla tanının aynı kişide bulunmasına verilen addır. Tüm psikiyatrik hastalıklar OSB'de görülebilir. Puberte öncesinde en sık dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DHEB), ergenlik döneminde en sık depressif bozukluk OSB'ye eşlik etmektedir.

OSB'li çocuklarda küçük yaştan itibaren birçok davranış problemleri gözlenmektedir. En sık karşımıza çıkan davranışsal sorunlar: öz bakım becerilerinde problem, beslenme reddi, yemek seçme, duyuşsal hiposensivite veya hipersensivite, tehlikeli boyuta varabilecek öfke nöbetleridir (17).

Depressif bozukluk OSB' de %2 oranında görülmekte ve ergenlerde çocuklara göre daha fazla görülmektedir (50).

DEHB OSB'de %59.1 oranında görülmektedir (51). Yaşla birlikte DEHB bulgularının azaldığı görülmüştür (94).

Çocuklarda OSB ile beraber epilepsi görülme oranı %25 olarak (%5 ile %38 arasında) saptanmıştır. Genel olarak altta yatan genetik problemin hem epilepsi hem OSB'ye neden olduğu düşünülmektedir (52).

2.8-Hastanın OSB Açısından Değerlendirilmesi

Sağlam çocuk takibinin önemli basamaklarından biri çocuğun gelişiminin değerlendirilmesidir. Bu amaçla çocuğun kaba motor, ince motor hareketleri, konuşulanları anlama, kendini ifade etme, sosyal iletişim becerilerinin yaşına uygun

seyredip seyretmediği değerlendirilmelidir. Çocuğun OSB açısından değerlendirilebilmesi için ayrıntılı psikiyatrik inceleme, aileden gelişimsel öykü ve belirtilerle ilgili bilgi toplamak, çocuğun oyun ilişkisi içerisinde gözlenmesi, gelişimsel-bilişsel değerlendirmenin yanı sıra hastanın tıbbi-nörolojik boyutta da incelenmesi gerekir.

2.8.1 Psikiyatrik Değerlendirme

Her psikiyatrik muayenede hastanın bilişsel, sosyal-duygusal, dil-İletişimsel, davranışsal, adaptif işlevler ve öz bakımı değerlendirmelidir. Hasta görüşme sırasında, oyun ilişkisi içerisinde, anne-baba serbest oyun içerisinde değerlendirilmelidir. Ayrıca hasta OSB'ye eşlik edebilen psikiyatrik problemler açısından da sorgulanmalıdır. Hasta zihinsel yönden de değerlendirilmelidir. Bu amaçla Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği (Wechsler Intelligence Scale for Children, Wisc-R) kullanılabilir. Çocuğun gelişimsel öykü ayrıntılı sorgulanmalıdır. Sosyal gelişimin değerlendirilmesi açısından Vineland Uyum Davranış Ölçeği (Vineland Adaptive Behavior Scales, VABS II) kullanılabilir. Bu ölçek çocuğun genel gelişim düzeyi veya IQsu ile karşılaştırılarak değerlendirilir (14).

2.8.2 OSB Tanı-Tarama Testleri

OSB'de erken tanının prognoza katkısının çok iyi olduğu bilinmesine rağmen ortalama tanı yaşı 4 yaştır. Ancak 36'ncı aydan önce OSB tanısı konulabilmektedir. Bu çocukların ailelerinin 12-18'inci aylarda da çocukları ile ilgili bazı şüpheleri olduğu tespit edilmiştir (3, 111). Son çalışmalar OSB tanısının 14'üncü ay ve öncesinde konulabileceğini göstermektedir (111). Amerikan Pediatri Akademisi Engelli Çocuklar Konseyi OSB' de tanı ve tedaviyle ilgili bir takım kılavuz yayınlamıştır. Bu kılavuza göre tarama algoritmasına, hastanın sağlam çocuk vizitinde veya otizm şüphesiyle başvurusunda risk faktörleri sorgulanarak skorlama yapılması yönündedir. OSB tanısı almış kardeş varlığı, ailesel şüphe, çocuğa diğer bakım verenlerde şüphe, pediatristin şüphesi gibi durumlar OSB için risk faktörleridir. Her risk faktörü 1 puana denk gelir. Eğer hasta 2 puan veya daha fazla puan almışsa; aile eğitimi, ayrıntılı OSB değerlendirilmesi, erken müdahale, çocuğun eğitim servisleri ile erken tanıştırılması, işitme değerlendirilmesi, devamlı takip çizelgesinin çıkarılması sağlanmalıdır. Eğer hasta 1 puan aldıysa, çocuğun yaşına bakılır; 18 aydan küçükse OSB' ye spesifik tarama

testi uygulanır. Hasta 18 aydan büyükse hastanın sosyal yetenekleri değerlendirilir. Eğer risk faktörü skorlaması 0 ise OSB' ye spesifik tarama testi 18-24 ay arası sağlam çocuk muayenesinde yapılır (45, 110).

2.8.2.1 OSB Tarama Testleri

18-24 aylık çocukların taranması için Küçük Çocuk Dönemi Otizm Tarama ölçeği (Checklist for Autism in Toddlers, CHAT) kullanılmaktadır. Toplam 14 sorudan oluşmaktadır. 9 soru ortak dikkat ve hayali oyun ile ilgili sorularken, 5'i direk gözlemlenilecek sorulardan oluşmaktadır. CHAT ölçeğinin spesifitesi %98 iken, sensitivitesi %20 - 38 arasındadır. CHAT' ın yeniden düzenlenmiş hali M-CHAT (Modified Checklist for Autism in Toddlers) da 16-30 ay arası çocukların taranması için kullanılmaktadır. M-CHAT sadece aileye sorulan 23 evet/ hayır sorusundan oluşmaktadır. M-CHAT ölçeğinin spesifitesi %99'ken, sensitivitesi %85'dir. CHAT ve M-CHAT OSB için risk grubunda olan çocukları genel popülasyondan ayırmakta ilk sırada kullanılan tarama ölçekleridir (53) . 24-35 ay arası çocuklar için İki Yaş Çocuklarda Otizm için Tarama Aracı (Screening Tool for Autism in Two-Years-Old, STAT) kullanılmaktadır. Bu tarama aracı çocuğun erken sosyal-iletişim davranışlarının gözlemlendiği 12 aktiviteden oluşmaktadır (54).

2.8.2.2 OSB Tanı Testleri

Otizm Davranış Tarama Listesi (Autism Behaviour Checklist, ABC) aile ve öğretmenin doldurduğu 57 sorudan oluşmaktadır. Sorular duyu, kendi vücudu ve obje kullanımına ilgisi, dil, sosyal yönü ve kendine yeterlilikten oluşan 5 kategoriden oluşmakta olup sensitivitesi %38-58 arasında, spesifitesi %76-97 arasındadır (45). 2 ve üzeri yaştaki çocukları değerlendirmek için kullanılan ve 15 sorudan oluşan, Çocukluk Otizmi Derecelendirme Ölçeği (CARS 2: The Childhood Autism Rating Scale second edition) direk gözlemlenilebilir (2). Otizm Tanı Gözlem Envanteri (Autism Diagnostic Observation Schedule, ADOS) 12. aydan erişkinliğe kadar uygulanabilen bir ölçektir. ADOS otizmle ilişkili sosyal ve iletişim davranışlarının gözlenmesine dayalı standardize bir protokoldür (3).

Otizm Tanı Görüşme Formu-Yenilenmiş (ADI-R: The Autism Diagnostic Interview -Revised) 2-3 saat süren klinik görüşme gerektiren otizm semptomlarının sorgulanmasını içerir (55).

OSB tanısında altın standart ölçekler ADOS ve ADI-R' dır (2). Ancak ülkemizde henüz bu araçları standardizasyonu yapılmadığı için kullanılmamaktadır (17). Bunların yerine ülkemizde ABC ve CARS tercih edilmektedir. Ancak ülkemizde OSB'nin erken tespiti amacıyla tarama testleri rutin olarak kullanılmamaktadır.

2015 yılında, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı kurumunun Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri Kılavuzunda bebeklerin 18-36 aylar arasında bir kez otizm açısından değerlendirilmesini ve şüphelenen durumlarda ailenin bilgilendirilerek ilgili uzmanlık alanına yönlendirilmesini önermektedir. Bu kılavuzda çocuğun 3 gözlem maddesi ile yani ismi ile seslendiğinde bakıyor mu?, göz kontağı kuruyor mu?, parmakla işaret edilen nesneye bakıyor mu? Sorularının yanıtlarının aranması istenmektedir.

Kılavuzda çocuğun gözlemi sırasında dikkat edilmesi gereken hususlar aşağıda belirtilmiştir (56).

(Gözleme başlamadan önce ortaya çocuğun ilgisini çekebilecek 2-3 tane oyuncak koyunuz)

1- Çocuk size bakmıyorken ve çocuk başka bir şeyle ilgileniyorken çocuğu adıyla çağırın (yanıt vermediği sürece 4 kereye kadar denenir, sadece adını söylemelisiniz, başka şeyler söylemeyin)

(0) İlk 2 seferde hemen dönüp bakarsa

(1) 3.-4. seferlerde bakarsa veya ilk 2 seferde size değil dönüp ebeveynine bakarsa

(2) Hiçbir şekilde 4 çabaya rağmen size veya ebeveynine dönüp bakmazsa

2- İşaret parmağınızı kullanarak odada ilgisini çekecek (her ikinizin de dokunamayacağı kadar uzakta olan) bir nesneyi gösteriniz, “Ali bak!,” şeklinde. Bunu yaparken önce çocuğa sonra nesneye sonra tekrar çocuğa bakın, çocuk bakışlarınızı takip ediyor mu? Gözleyin. Yanıt vermezse bir kez daha deneyin.

(0) Yüzünüze bakıp sizin bakışlarınızı takip ederek hedef nesneye dönerse

(1) Size bakmadan, göz teması kurmadan bakışınızı takip etmeden doğrudan sadece hedefe dönerse

(2) Hiç ilgilenmezse

3- Bu maddeyi kodlarken açık, net, esnek, sosyal amaçlı olan ve çeşitli vesilelerle birçok kez gözlemediğiniz bakışmaları - göz temasını kısıtlı, uygun olmayan nadir olan göz göze gelmelerden ayırt ederek yapınız. Çocuk utangaçsa ve rahatladıkça tavrı değişirse kodlamayı yaparken rahatladıktan sonraki halini dikkate alarak kodlamayı yapınız. Ancak rahatladığı veya zaman geçtiği halde göz temasında değişiklik olmuyorsa ne gözlüyorsanız ona göre kodlayınız.

(0) Diğer sosyal karşılıklı etkileşim mimik ve hareketlerinin de varlığında ve onlarla uyumlu olarak, esnek-uygun-açık şekilde göz göze geliyor, bakıyor, göz teması var

(1) Karşılıklı sosyal etkileşimi başlatmak, sürdürmek veya düzenlemek için göz temasını pek kullanamıyor ya da hiç kullanamıyor

(Bu maddede “1” kodu yoktur, dikkat!)

Bu üç maddenin herhangi birinden 0 dışında puan alması, ayrıntılı değerlendirilmek üzere uzman hekime yönlendirilmesi gerektiğine işaret eder.

2.8.3 NÖROLOJİK DEĞERLENDİRME

OSB'luğu düşünülen çocukta klinik belirtiler geç başlamışsa beraberinde epilepsi varsa veya ekstra nörolojik disfonksiyon mevcut ise nörolojik değerlendirme yapılmalıdır.

2.8.3.1 Nörolojik muayene

OSB olan hastalarda hipotoni, el ve parmakların stereotipik hareketleri, vücudu sallama, anormal postür gibi anormallikler görülebilir.

2.8.3.2 İşitmenin değerlendirilmesi

OSB'li çocuklar (ismine yanıt vermediği için...vb.) sağır imajı uyandırabilmekte ve aile tarafından hekime getirilebilmektedir. İletişim kurulamayan çocuklara otoakustik emisyon, brainstem auditory - evoked potential test (BAER) uygulanabilir.

2.8.3.3 Elektroensefalogram(EEG)

OSB taranmasında rutin EEG çekilmesi ile ilgili yeterli bilgi bulunmamaktadır ancak son yapılan çalışmalarda %10.3-%72.4 oranında epileptik EEG anormalliği; %6.1-%31 oranında da subklinik anormallikler saptanmıştır (57).

2.8.3.4 Görüntüleme Yöntemleri

Sedasyon gerektirdiği için rutin MR (manyetik rezonans görüntüleme, MRG) çekimi önerilmemektedir ancak eşlik eden ek problemi olan hastalarda ayırıcı tanı için kullanılabilir denilmektedir (44, 45).

2.8.4 Metabolik Testler

Rutin değerlendirme önerilmemektedir. Eğer OSB'ye eşlik eden letarji, hipotoni, tekrarlayan kusmalar, dehidratasyon, nöbet geçirme, dismorfik görünüm, gelişimsel gerilik, işitme kaybı, görme kaybı, farklı koku, yiyecek intoleransı gibi semptomlar varsa hastalar metabolik hastalıklar açısından değerlendirilmelidir. Metabolik incelemede aminoasit profili, açıl karnitin profili, mitokondriyal bozukluklar, gerekirse ileri metabolik incelemeler yapılabilir (58).

2.8.5 Genetik İnceleme

OSB olan hastalarda beraberinde mental retardasyon ve dismorfik bulguları (mikrosefali, makrosefali, bilişsel işlev bozukluğu) olan hastalarda veya ailesinde OSB tanılı kardeş varlığında genetik konsültasyon istenmelidir. Aile öyküsünde OSB olması da genetik inceleme yapılmasını gerektirir. Fragil X , fenilketonüri, Rett bozukluğu genetik inceleme kapsamında bakılması gereken hastalıklardır (17).

2.9-Tedavi

Tedavide amaç, bireyin fonksiyonelliğini artırmak, bağımsız hareket yeteneği kazandırmak, dil ve sosyal becerileri artırmak, problemleri azaltmak, çocuğun ve ailenin yaşam kalitesini artırmaktır. Tedavinin erken başladığı olgularda prognozun daha iyi olduğu bilindiğinden erken müdahale oldukça önemlidir (59). Tek bir tedavi protokolü tüm otistik çocukların gereksinimini karşılayamayacağından, tedavide farklı kaynakların uygun kullanımı önerilmektedir. OSB tedavisinde hastanın yaşı ve spesifik ihtiyaçları göz önünde bulundurulmalı, multidisipliner yaklaşım ile (odyolog, pediatrist, çocuk nöroloğu, genetik uzmanı, çocuk ve ergen psikiyatristi, psikolog, sosyolog, dil-konuşma terapisti) değerlendirilmesi sağlanmalıdır (7).

2.9.1 Davranışsal ve Eğitsel Müdahaleler

OSB' de tedavinin etkili olabilmesi için gereken eğitsel müdahalelerde; birebir eğitim verilmeli, her hasta için bireysel program uygulanmalı, eğitimci yeterli özelliklere sahip olmalı, haftada en az 25 saat eğitime zaman ayrılmalı, ailenin tedaviye katılımı sağlanmalı, destekleyici eğitsel çevre sağlanmalı, davranış problemlerinin analizi yapılmalı ve yakın takiple çocuğun ihtiyaçları belirlenmeli ve gerekli değişimlere göre hareket edilmelidir (60, 61).

Eğitsel terapiler ile OSB'nin ana semptomlarında olan sosyal iletişim ve etkileşimde eksiklik, tekrarlayıcı ve sınırlı davranışlar da değişim hedeflenmektedir. Bu amaçla kullanılan eğitsel yaklaşımlardan biri Uygulamalı Davranış Analizi (Applied Behaviour Analysis (ABA)) : istenen davranışları artırarak, uyumsuz davranışlar azaltılmaya çalışılmaktadır (7). Özellikle erken dönemde iletişim becerilerini kazanması, alıcı dilde ilerleme, vokal davranış taklidi, ilk kelimeleri çıkarma ve ifade

edici dili anlamada, çocuğun öğrenmesi ve hayatını olumsuz etkileyen davranışların azaltılmasında etkili bulunmuştur (17).

TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped CHildren), OSB tanılı bireylerin kişisel öğrenme stillerine ve ihtiyaçlarına göre şekillendirilmiş, bireyin ferdi sınıf öğrenimi aldığı, ailelerin de uygulamayı sürdürmesiyle desteklenen bir eğitim programına verilen addır. Bu yapılandırılmış eğitim metodunun sürekli uygulanmasıyla, çevresel adaptasyon eğitimi ve alternatif iletişim eğitimi de verilmektedir. TEACCH programlarının ana hedefi problemleri davranışları azaltmaya çalışmaktan çok, uygun iletişim becerilerini geliştirmek ve kişisel otonomi kazandırmaktır.

Gelişimsel model ile gelişim için gerekli olan beceriler öğretilmeye çalışılmaktadır (sosyal iletişim, duygusal ilişki kurma...vb). Gelişimsel model içerisinde Denver model; DIR (Developmental Individual Difference Relationship - based approach or Floortime) ; RDI (Relationship-Development Intervention) ; ve RT (Responsive Teaching) gibi modeller yer almaktadır (60).

Konuşma ve dil terapisi ile sosyal ve fonksiyonel iletişim kapasitesi iyileştirilmeye çalışılmaktadır. Bu sayede çocuğun iletişiminde sağlanan iyileşme ile çocuğun diğer fonksiyonelliğinde de ilerleme oluşmaktadır. Günlük yaşantısı içine yerleştirilmiş dil eğitim metodlarından daha fazla fayda görmektedir. Kullanılan metodlar Didaktik ya da öğretmenin yönlendirdiği (Teacher Directed,TD), Naturelistik metod (Milieu Teaching, Prompt for Restructing Oral Muscular Phonetic Targets, PROMPTS), eklektik yöntem (fonksiyonel iletişimin artırılmasına dayalı)' dir. Sözel becerisi olmayan otistik çocuklarda ise iletişimi artırmak için PECS (Picture Exchange Communication System) denilen yöntem kullanılabilir (17).

Sosyal yeteneğin yapılandırılmasında özellikle küçük yaş grubunda ortak dikkat eğitimi önemli bir yere sahiptir. Çünkü ortak dikkat, sosyal dil gelişimini de pozitif yönde etkilemektedir. Hayali oyun geliştirme, akran aracılı sosyal yaklaşım, hikaye bazlı yaklaşım da diğer önemli yaklaşımlardandır.

2.9.2 Psikofarmakolojik Tedavi

Psikofarmakolojik ajanlar OSB tedavisinde tek başına kullanmak yerine daha çok eğitsel ve davranışsal terapiye ek olarak tercih edilmektedir. Özellikle uyku problemleri, anksiyete, tekrarlayıcı hareketler, depresyon, duygu durumu değişiklikleri, ajitasyon, hiperaktivite, saldırganlık, kendine ve çevreye zarar verme gibi semptomlarda

düşünülmelidir ve medikal tedavi başlanan hastalar yan etki ve tedaviye uyum açısından yakın takip edilmelidir (63).

2.9.2.1 Nöroleptik Ajanlar

Risperidon ve Aripiprazol OSB' de saldırganlık, kendine zarar verme, öfke nöbetleri ve stereotipilerin tedavisinde, FDA (US Food and Drug Administration) onaylı olarak kullanılan ilaçlardır (64).

2.9.2.2 SSRI (Serotonin Reuptake İnhibitors)

OSB'de anksiyete ve tekrarlayıcı hareketler öğrenmeyi olumsuz etkilerler. Tekrarlayıcı davranış tedavisinde fluoksetin, anksiyete tedavisinde sitalopram kullanımı önerilmektedir (65).

2.9.2.3 Uyarıcılar ve hiperaktivite için kullanılan ilaçlar

OSB tanılı çocuklar dezorganize, dikkatsiz, hiperaktif olabilirler. Bu davranışlar OSB'ye eşlik eden DHEB' ye bağlı olabilir. Bu da hastanın işlevselliğini azaltır. Eğer bu durum davranış tedavisi ile desteklenmezse tek başına farmakoterapi tedavide başarı sağlayamaz. Tedavide kullanılabilecek farmakolojik ajanlar; uyarıcılar: metilfenidat, dekstroamfetamin : alpha-2 adrenerjik agonistler; guanafazin, atomoksetin : antipsikotik ; risperidon: antikonvulsan, duygu durum düzenleyiciler; valproik asittir (65).

2.9.2.4 Melatonin

OSB olan çoğu çocukta uyku bozukluğu görülmektedir. Uykuya dalma, uyku da yürüme veya dinlenmeden uyanma görülebilir. OSB'de görülen uyku bozukluğunun tedavisinde melatonin kullanımının yararı görülmüştür (62-66-67).

2.9.3 Alternatif Tedavi

Biyolojik olanlar ve olmayanlar olarak ikiye ayrılır. Biyolojik olanlar nutrisyonel destek (vitamin B6, Mg eklenmesi), eliminasyon diyeti (intoleransı veya alerjisi olan yiyeceklerin diyetten çıkarılması), immunglobulin tedavisi, detoksifikasyon tedavisi (şelasyon), gastrointestinal sistem tedavilerini (sindirim enzimleri verilmesi, probiyotikler, antifungal ilaç verilmesi, vankomisin, gluten-kazeinden eksik diyet) kapsamaktadır. Biyolojik olmayanlar AIT (auditory integration training), FC

(facilitated communication)'dir. Alternatif tedavilerin OSB'de etkinliği bilimsel açıdan hala tartışılmaktadır. Bu tedavi yöntemlerinden sadece sekretin tedavisinin OSB'de yararı olmadığı ispatlanmıştır (68).

2.9.4 Ailenin Desteği

OSB tedavisinde anne, baba ve ailenin desteği önemli bir yer almaktadır. Bazı terapiler evde, anne-baba gözetiminde de sürdürülebilir. Aileyi zel eğitim teknikleri açısından eğiterek terapiye katılmalarını sağlamakla çocuğun tedavi aşamasına çok daha fazla faydalı olunmaktadır (69). Aile aracılı terapiler, ailenin çocukla etkileşimini artırır, çocuğun gelişimini destekler, aile memnuniyetini artırır.

2.10-Prognoz

OSB tanısı konulan çocuklarda özellikle 3 yaş öncesi prognozu belirlemek oldukça zordur. Ortak dikkatin bulunması, oyun yeteneğinin bulunması, 5 yaş öncesi dil gelişimi, IQ'nun 70'in üzerinde olması, ocukta OSB semptomlarının azalması, bilişsel fonksiyonların iyi olması, erken tanı, erken tedavi, çocuğun akranlarına yakın seviyede olması prognozu olumlu yönde etkileyen faktörlerdir. 4 yaşında ortak dikkatin olmaması, 4 yaşında fonksiyonel konuşmanın olmaması, IQ'nun 70'in altında olması, OSB semptomlarının ciddi derecede olması, nöbet geçirme veya eşlik eden medikal durumlar ise prognozu olumsuz yönde etkileyen faktörlerdir (70-71-72)

2.11- Erken Tanının nemi

OSB'de erken tanı ve özellikle erken müdahalenin oldukça önemli olduğu ve hastaya fayda sađladđı bilinmektedir. Özellikle erken tedavi yaklaşımları ve uyarıcı çevrenin düzenlenmesi ile hastalarda IQ seviyesinde artış, konuşmada ve davranışlarda iyileşme gözlenmektedir (73, 92, 112, 113). Davranışsal eğitim stratejileri tüm yaşlarda uygulanabilirse de zorlu davranışlarla savaşmak ve yeni beceriler kazandırabilmek için tedaviye olabildiğince erken başlanmalıdır. Erken tedavinin etkinliği küçük yaşlarda beyin plastisitesinin daha fazla oluşuna bağlanabilir (3). Hatta ocuklarda kendi akranlarına uygun bilişsel ve duygusal seviyeye ulaşım dahi mümkündür. Ailenin çocuğundaki dil, ince motor, bilişsel ve duygusal davranışlarında gecikme olduğu konusundaki ngrleri dikkatlice dinlenmeli, gerçek problemler ayırt edilmeye çalışılmalıdır. Ailenin ocuğun sosyal yeteneklerinde eksiklik olduğunu düşünmesi, ailenin dil ve davranışsal konularda endişelerinin olması, ailenin rutini değiştirmeye

dirençle alakalı yakınmalarının olması, 9'uncu ayda babıldamanın olmaması, 12' inci aya kadar heceleme, işaretle gösterme, mimik kullanımı olmaması, 16'ıncı ayda tek kelime söyleyememesi, 18'inci ayda hayali oyun oynayamaması, 24'üncü aya kadar iki kelimeli cümle kuramaması veya herhangi bir yaşta dil ve sosyal beceri kaybının olması dikkatle irdelenmelidir (74). OSB açısından şüphe uyandıran hastalar yaşamın ilk iki yılında klinik olarak tam oturmadan erken aşamada gerekli birimlere yönlendirilmelidir (75). Amerikan Pediatri Akademisi, pediatristlerin OSB için sağlam çocuk vizitinde eğer hastanın risk faktörü mevcut ise 18 aylıkken, eğer risk faktörü yoksa 24 aylıkken tarama testlerinin uygulanmasını önermektedir (45). Türk Halk Sağlığı Kurumu da 18-36' ıncı aylar arasında çocukların bir kez otizm açısından değerlendirilmesini önermektedir (56). Bu konuda birinci basamak hekimine düşen en önemli görev, sağlam çocuk takiplerinde ailenin şüphelerini dikkatlice dinlemek, duruma erken müdahil olmak, hastayı gerekli birimlere yönlendirmek ve hastasını takip etmektir. Ayrıca tüm sağlam çocuk muayenelerinde hastaların bilişsel, sosyal ve duygusal gelişimi değerlendirmeli ve konuşmada gecikmesi olan hastaların ilk olarak işitmesi değerlendirmelidir. Gelişme geriliği saptanan hastalar otizm açısından özgül taranmalı ve OSB tanısı konulan hastalar eşlik edebilecek hastalıklar açısından da değerlendirilmelidir. OSB tanısı konulan çocuğun ailesi bilgilendirilmeli, sosyal hizmetler açısından da bilgi verilmeli, tedavi programları düzenlenmeli ve ve erken müdahale programlarına başlanması sağlanmalıdır. Hastalarla ilk temas noktasını oluşturan birinci basamak hekimliği OSB' nin tanı, tedavi ve takip yani her aşamasında kritik bir noktada bulunmakta olup özellikle aile hekimlerinin OSB konusundaki farkındalıkları artırılmalıdır.

3.YÖNTEM-GEREÇ

Araştırma kesitsel, tanımlayıcı bir çalışma olarak planlandı.

3.1. Etik Kurul Onayı ve Diğer İzinler

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar ve Etik Kurulundan 25.03.2015 tarih ve 2015/69 karar no ile etik kurul onayı alındı ayrıca Malatya İl Halk Sağlığı Müdürlüğünden de izin alınarak çalışmaya başlandı (Ek 1).

3.2. Çalışmanın Yapıldığı Yer

Çalışma Malatya il merkezindeki Aile Sağlığı Merkezleri ve Toplum Sağlığı Merkezlerinde 1 Mayıs 2015- 1 Ağustos 2015 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

3.3. Çalışmaya Alınan Olguların Seçimi ve Dışlanma Kriterleri

Çalışmaya alınması planlanan olgu sayısı α :0,05, β (güç) : 0,80 alınarak yapılan power analizi ile çalışmanın başlangıç evresinde hesaplandı ve örneklem sayısının en az 96 kişi olması gerektiği belirlendi.

Çalışmaya örneklem grubu olarak Malatya il merkezindeki Aile Sağlığı Merkezleri, Toplum Sağlığı Merkezlerinde çalışan aile hekimleri ve aile hekimliği uzmanları dahil edildi. Hekimler, araştırmacı tarafından Helsinki Bildirgesine göre hazırlanmış gönüllü olur formu doldurularak araştırmaya dahil edildi. Malatya da görev yapmakta olan 150 hekimin 120'sine ulaşıldı. Hekimlerin 19'u araştırmaya katılmayı onaylamadıkları için araştırma dışı bırakıldı. Anket çalışması onamı alınan toplam 101 hekime yüz yüze görüşülerek uygulandı.

Çalışmanın yapılacağı Malatya il merkezindeki Aile Sağlığı Merkezi, Toplum Sağlığı Merkezlerinde çalışan doktorlar çalışmaya dahil edilirken, Malatya il merkezinde bulunan Aile Sağlığı Merkezi ve Toplum Sağlığı Merkezi dışında çalışan aile hekimleri, çalışmanın yapıldığı tarihlerde doğum izninde olanlar, çalışmanın yapıldığı tarihte askerde olanlar, çalışmaya katılmak istemeyen sağlık personelleri çalışmaya dahil edilmedi.

3.4. Çalışmanın Düzenlemesi

Anket 3 bölümden oluşturuldu. İlk bölüm sosyodemografik verileri ve hekimlerin otizmle alakalı tecrübelerini sorgulayan sorulardan oluşmaktadı. İkinci bölüm DSM-5 tanı kriterleri, Çocukluk Otizm Değerlendirme Ölçeği (Childhood Autism Rating Scale-CARS), M-CHAT ve Imran ve arkadaşlarının kullanmış olduğu anket formu baz alınarak hazırlanmış 36 soru ile hekimlerin otizm konusundaki genel bilgi, tutum ve davranışları ölçen sorulardan oluşmaktadı. Anket çalışmasının son bölümü ise DSM-V tanı kriterlerini içeren 12 sorudan oluşmaktadı. Son kısmın değerlendirme aşamasında hekimlerin tanı kriterlerine vermiş oldukları cevaplar eğer 3 seçenekten doğru olan seçeneği işaretlemişler ise 1 puan verilerek, eğer 3 seçenekten yanlış olan seçeneği işaretlemişler ise 0 puan verilerek, toplam 12 puan üzerinden değerlendirilmiştir (Ek 3).

3.5. İstatiksel Analiz

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için “SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 17.0” programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerin (ortalama, standart sapma, frekans, yüzde) yanı sıra, niteliksel parametrelerin gruplar arası karşılaştırmasında Chi-Square, Fisher’s Exact test, niceliksel parametrelerin gruplar arası karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi kullanıldı. Sonuçlar % 95’lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

4. BULGULAR

Çalışmamıza Malatya ilinde görev yapmakta olan aile hekimleri ve aile hekimliği uzmanları dahil edildi. Araştırma toplam 101 hekim ile yürütüldü. Bunların 93(%92.1)'ü aile hekimi, 8(%7.9)'i aile hekimliği uzmanıdır. Araştırmaya katılanların yaş ortalaması 43.6 ± 6.8 , erkek oranı %71.3(72), kadın oranı %28.7(29)dur. Hekimlerin %93.1'nin klinik deneyimi 5 yıldan fazladır. Hekimlerin tıp fakültesi mezuniyeti üzerinden geçen süre ortalama 18.5 ± 6.5 olarak bulundu.

Tablo 4.1: Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımı

YAŞ	Ort. \pm Std.S.	43.6 \pm 6.8
	Min. / Max.	28 / 61
CİNSİYET	Kadın	29 (%28.7)
	Erkek	72 (%71.3)
BÖLÜM	Aile Hek.Uzm.	8 (%7.9)
	Aile Hek.	93 (%92.1)
KLİNİK DENEYİM	1-5 yıl	7 (%6.9)
	5 yıldan fazla	94 (%93.1)

Hekimlere sorulan ‘Sizin veya yakınınızdaki herhangi birinde OSB tanısı olan var mı?’ sorusuna katılımcıların 7’si (%6.9) evet ; 94’ü (%93.1) hayır cevabını verdi. ‘Tıp eğitimi boyunca otizm spektrum bozukluğu konusu hakkında teorik veya klinik eğitim aldınız mı?’ sorusuna katılımcıların 42’si (%41.6) evet ; 59’u (%58.4) hayır cevabını verdi. ‘Otizm Spektrum Bozukluğu konusunda meslek içi eğitim programları içerisinde herhangi bir eğitim aldınız mı?’ sorusuna hekimlerin 4’ü (%4) evet, 97’si (%96) hayır cevabını verdi. ‘Meslek Hayatınızda otizm spektrum bozukluğu ile karşılaştınız mı?’ sorusuna hekimlerin 59’u (%58.4) evet, 42’si (%1.6) hayır cevabını verdi.

Hekimlerin meslek hayatlarında OSB ile karşılaşma oranları ve muayenede şüphelenilen hastaları yönlendirme oranları aile hekimleri ve aile hekimliği uzmanları arasında karşılaştırmalı olarak Tablo 4.2-4.3’de verildi.

Tablo 4.2: ‘Meslek hayatınızda kaç OSB olan hasta ile karşılaştınız?’ sorusunun verileri

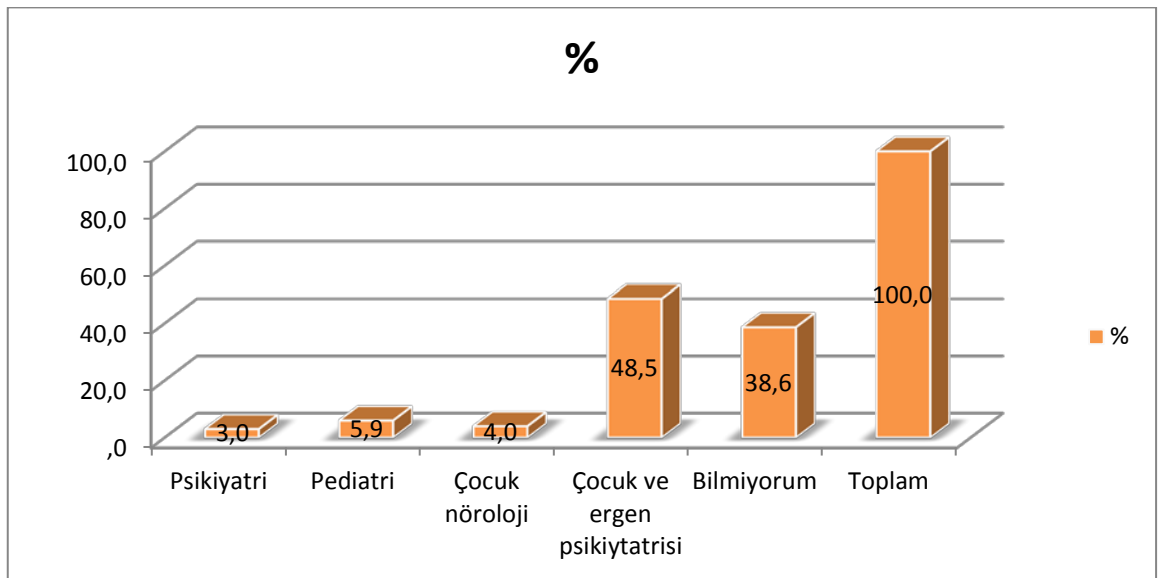
BÖLÜM	Ort.±Std.S.	Min.	Max.
Aile Hek.Uzm.	5.3 ± 3	3	10
Aile Hek.	4.5 ± 3.2	1	12
Toplam	4.5 ± 3.2	1	12

Tablo 4.3: ‘Muayenede şüphelendiğiniz kaç hastanızı tanı için yönlendirdiniz?’ sorusunun verileri

BÖLÜM	Ort.±Std.S.	Min.	Max.
Aile Hek.Uzm.	6 ± 3.5	3	10
Aile Hek.	3.7 ± 2.8	1	10
Toplam	3.9 ± 2.9	1	10

Hekimlerin ‘Tanı için hastanızı hangi bölüme yönlendirdiniz?’ sorusuna verdikleri cevap Şekil 4.1’de gösterilmiştir. Hekimlerin %3’ü psikiyatri, %5.9’u pediatri, %4’ü çocuk nörolojisi, %38.6’sı bilmiyorum,%48.5’u çocuk ve ergen psikiyatrisine yönlendiririm cevabını verdi.

Şekil 4. 1: ‘Tanı için hastanızı hangi bölüme yönlendirdiniz?’ sorusunun verileri



OSB tanı kriterlerinin sorgulandığı toplam 12 sorudan oluşan bölümden hekimlerin doğru cevapları ve aldıkları puan ortalamaları Tablo 4.4’de belirtildi. Aile hekimliği uzmanları ile aile hekimleri arasında tanı kriterlerinden aldıkları puanlama açısından istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0.05$).

Tablo 4.4: Tanı kriterlerinden alınan puanların ile bölümler arası karşılaştırılması

BÖLÜM	Ort.±Std.S.	Min.	Max.
Aile Hek.Uzm.	7.2 ± 2.1	4	11
Aile Hek.	8.2 ± 2.4	1	11
Toplam	8.2 ± 2.3	1	11

($p>0.05$)

OSB tanı kriterlerinin sorgulandığı sorulara hekimlerin verdikleri cevaplara göre yapılan puanlamadan aldıkları puanların oranları Tablo 4.5’de gösterildi.

Tablo 4.5: Tanı kriterlerine verilen cevaplardan alınan puanların yüzde olarak oranlaması

	0 puan	1 puan
Konuşmanın gecikmesi	%78.2	%21.8
Göz kontağının olmaması	%9.9	%90.1
Tekrarlayan hareketler, rutini değiştirmeye direnç	%18.8	%81.2
Tuhaf konuşma şekilleri	%22.8	%77.2
Sosyal cevaplılığın olmaması	%22.8	%77.2
Kalıplaşmış (stereotipik) davranışlar	%19.8	%80.2
Semptomların 36.aydan önce çıkması	%38.6	%61.4
Bazı nesnelere sıra dışı hareket yapmak	%36.6	%63.4
Sosyal ilişkilerde zorlanma	%14.9	%85.1
Duyusal uyaranlara aşırı hassasiyet	%24.8	%75.2
Otistik çocuk çevresindekilerin dikkatini yaptığı işe çekmeye çalışır	%54.5	%45.5
Yineleyici konuşma, ekolali (yankılama)	%37.6	%62.4

Hekimlerin OSB tanı kriterlerinden aldığı ortalama puan ile ‘Sizin veya yakınınızda herhangi birinde OSB tanısı olan var mı?’ sorusuna verdikleri cevaplar karşılaştırıldığında OSB olan tanıdığıın olmasının tanı kriterlerinden alınan puanı artırmadığı bulundu ($p>0.05$).

Hekimlerin OSB tanı kriterlerinden aldığı ortalama puan ile ‘Tıp eğitimi boyunca otizm spektrum bozukluğu konusu hakkında teorik veya klinik eğitim aldınız mı?’ sorusuna verdikleri cevaplar karşılaştırıldığında tıp fakültesinde alınan eğitimin tanı kriterlerinden alınan puanı artırmadığı bulundu ($p>0.05$).

Hekimlerin OSB tanı kriterlerinden aldığı ortalama puan ile ‘Meslek Hayatınızda otizm spektrum bozukluğu ile karşılaştınız mı?’ sorusuna verdikleri cevaplar karşılaştırıldığında meslek hayatında OSB ile karşılaşmanın tanı kriterlerinden alınan puanı artırdığı bulundu ($p<0.05$).

‘OSB değişik derecelerde görülebilir’ sorusuna hekimlerin %79.8’i ‘Evet’, %20.2’si ‘Hayır’ cevabını verdi. Soruya evet cevabı verme oranı, tıp fakültesinde OSB eğitimi alanlar da almayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0.05$).

‘OSB genel olarak erişkinlikte şizofreni ile seyrediyor.’ sorusuna hekimlerin %7.1’i ‘Evet’, %92.9’u ‘Hayır’ cevabını verdi. Aile hekimleri ile aile hekimliği uzmanları ve tıp fakültesinde OSB eğitimi alanlar arası yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$).

‘OSB bir duygudurum problemidir.’ sorusuna hekimlerin %41.4’ü ‘Evet’, %58.6’sı ‘Hayır’ cevabını vermiştir. Soruya hayır cevabı verme oranı aile hekimliği uzmanlarında, aile hekimleri ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). (Tablo 4.6)

Tablo 4.6: ‘OSB bir duygu durum problemidir.’ Sorusuna verilen cevabın Aile hekimleri ve Aile hekimliği uzmanları arası karşılaştırılması

			Evet	Hayır
Bölüm	Aile hek. uzmanı	n	0	7
		%	0%	100,0%
	Aile hek.	n	41	51
		%	44,6%	55,4%
Toplam		n	41	58
		%	41,4%	58,6%
$p<0.05$				

‘Çoğu otistik çocuk zihinsel gelişme geriliğine sahiptir.’ sorusuna hekimlerin %30.3’ü evet; %69.7’si hayır cevabını verdi. Aile hekimleri ile aile hekimliği uzmanları soruya verdiği cevaplar Tablo 4.7’de gösterildi. Aile hekimleri ile aile hekimliği uzmanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı.

Tablo 4.7: Bölümlere göre ‘Çoğu otistik çocuk zihinsel gelişme geriliğine sahiptir.’ sorusunun verileri

			Evet	Hayır
Bölüm	Aile hek. uzmanı	n	1	6
	Aile hek.	n	29	63
Toplam		n	30	69
		%	30.3%	69.7%

‘Otizm spektrum bozukluğu genel olarak düşük sosyoekonomik düzey ve eğitim seviyesi ile ilişkilidir.’ sorusuna hekimlerin %7.1’i evet; %92.9’u hayır cevabını verdi. Aile hekimleri ile aile hekimliği uzmanları ve tıp fakültesinde OSB eğitimi alanlar arası yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$).

‘Hastalığın etiyolojisinde soğuk ve kendini reddeden ebeveynler yüzünden çocuk daha çok içe kapanması da rol oynar.’ sorusuna hekimlerin %52.5’i evet; %47.5’i hayır cevabını verdi. Aile hekimleri ile aile hekimliği uzmanları ve tıp fakültesinde OSB eğitimi alanlar arası yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$).

‘Çoğu otistik çocuğun özel bir yeteneği olur.’ sorusuna hekimlerin %85.9’u evet; %14.1’i hayır cevabını verdi. Aile hekimleri ile aile hekimliği uzmanları ve tıp fakültesinde OSB eğitimi alanlar arası yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$).

‘Otizm spektrum bozukluğu rutin çocuk izleminde genel olarak tanınmaz, gözden kaçabilen bir durumdur.’ sorusuna hekimlerin %72.7’si evet; %27.3’ü hayır cevabını verdi. Aile hekimleri ile aile hekimliği uzmanları ve tıp fakültesinde OSB eğitimi alanlar arası yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$).

‘Türkiye’de otizm farkındalığı çok azdır.’ sorusuna hekimlerin %91.8’i evet; %8.2’si hayır cevabını verdi. Aile hekimleri ile aile hekimliği uzmanları ve tıp

fakültesinde OSB eğitimi alanlar arası yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$).

‘Otizm spektrum bozukluğu bir iletişim problemidir.’ Sorusuna hekimlerin %68.7’si evet; %31.3’ü hayır cevabını verdi. Soruya verilen cevap bölümlere göre karşılaştırıldığında aile hekimlerinin soruya evet cevabını verme oranı ile aile hekimliği uzmanlarının soruya evet cevabını verme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($p<0.05$) (Tablo 4.8).

Tablo 4.8: ‘Otizm spektrum bozukluğu bir iletişim problemidir.’ Sorusuna verilen cevabın bölümlere göre karşılaştırılması

			Evet	Hayır
Bölüm	Aile hek. uzmanı	n	2	5
	Aile hek.	n	66	26
Toplam		n	68	31
		%	68.7%	31.3%
$p<0.05$				

Anket çalışmasının ikinci kısmında hekimlerin OSB konusundaki genel bilgi, tutum ve davranışlarının sorgulandığı sorulara hekimlerin verdiği cevapların yüzde olarak oranları Tablo 4.9’da gösterilmektedir. ‘Duyguları anlamada ve ifade de zorlanır’ ibaresine hekimlerin %89.9’u ‘evet ‘ şikkını işaretleyerek doğru cevap verdi. ‘Otizmli çocukların ailelerine sosyal bağımlılıkları olmaz’ sorusuna hekimlerin %35.4’ü ‘evet’ şikkını işaretleyerek yanlış cevap vermişlerdir. Tablo 4.9’da yer alan soruların aile hekimleri ile aile hekimliği uzmanları ve tıp fakültesinde OSB eğitimi alanlar arasında yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$)

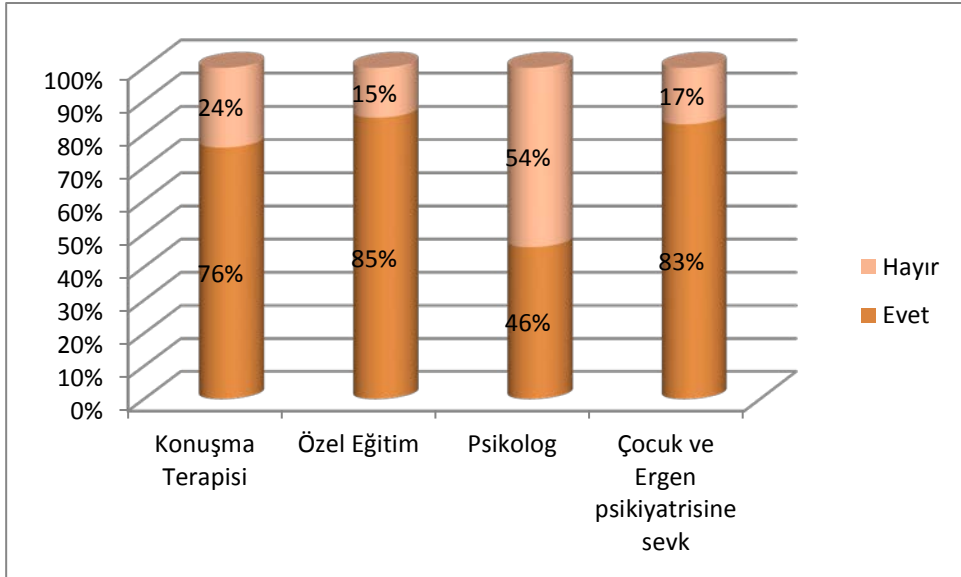
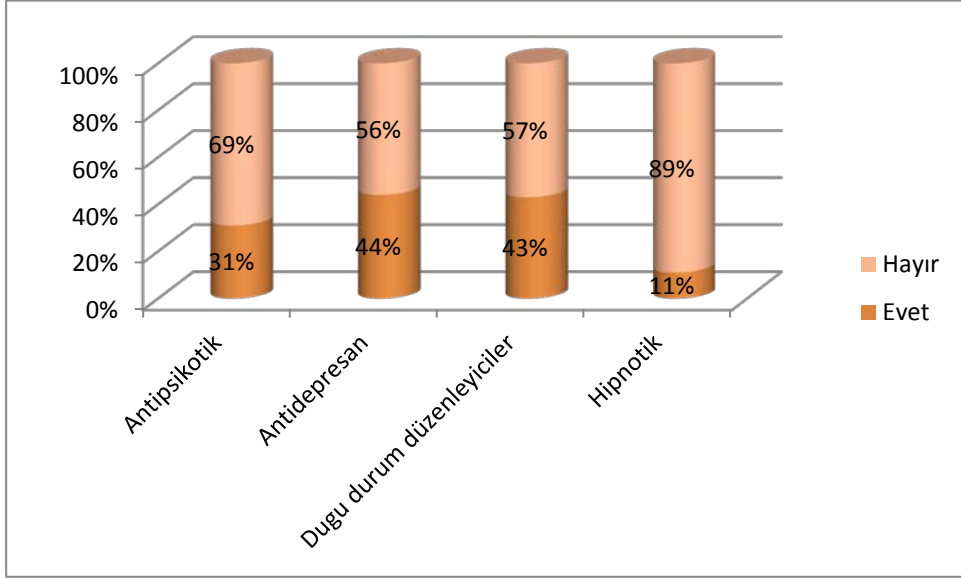
Tablo 4.9. OSB konusundaki genel bilgi, tutum ve davranışlarının sorgulandığı sorulara hekimlerin verdiği cevapların yüzde oranları

	Evet	Hayır
‘Otizmlı çocukların ailelerine sosyal bağımlılıkları olmaz.’	%35.4	%64.6
‘Bir çocuğun otizmlı olduğunu dört yaşından önce söylemek imkansızdır.’	%12.1	%87.9
‘Otizm spektrum bozukluğu yalnızca çocukluk çağında görülür.’	%25.5	%74.5
‘Erken tanıya rağmen otistik çocuklarda bağımsız sosyallik zayıf bir ihtimaldir.’	%33.3	%66.7
‘Otizm spektrum bozukluğu yaşam boyu devam eder.’	%58.6	%41.4
‘Uygun bir tedaviyle çoğu otistik çocuk otizmden kurtulabilir.’	%28.3	%71.7
‘Otistik çocukları klinik olarak değerlendirmek güçtür.’	%58.6	%41.4
‘Eğitim teknikleri açısından aile danışmanlığı otizmde etkili tedavi yollarından birisidir’	%88.9	%11.1
‘Diyet etkin bir tedavi yöntemidir.’	%21.2	%77.8
‘Otistik çocuk ce’-ee ya da saklambaç oynamaktan hoşlanır.’	%19.6	%80.4
‘Otistik çocuk çevresindekilerin baktığı bir şeye bakar.’	%24.2	%75.8
‘Otizmlı çocuğa ismiyle seslenildiğinde tepki verir.’	%29.3	%70.7
‘Otistik çocuk sağır imajı uyandırır.’	%81.6	%18.4
‘Otistik çocuk diğer çocuklarla oyun oynayabilir.’	%26.3	%73.7
‘Otistik çocuk sese karşı aşırı hassastır.’	%48.5	%51.5
‘Otizmde uyku problemleri olur.’	%40.4	%59.6
‘Yeme problemleri sıklıkla otizme eşlik eder.’	%58.6	%41.4
‘Otistik çocuk oldukça aktif ve hareketlidir.’	%41.4	%58.6
‘Otistik çocuk belirgin bir anlamı olmayan jest ve mimikler kullanır.’	%84.8	%15.2
‘Çocuk yetişkinin ısrar ve yardımına rağmen hareketleri çok seyrek taklit eder ya da hiç etmez.’	%85.9	%14.1
‘Çocuk alıştığı düzendeki değişikliklere direnç gösterebilir.’	%85.9	%14.1
‘Çocuk ağrıyı algılamaz görünür veya hafif derecede rahatsızlık veren durumlarda çok aşırı tepki verir.’	%75.8	%24.2
‘Duyguları anlama ve ifade de zorlanır.’	%89.9	%10.1
‘Çocuk sürekli çevreden kopuktur,hemen hemen hiçbir zaman yetişkine tepki vermez.’	%45.5	%54.5

OSB tanısı konulmuş olanlar için tedavi yöntemlerinden hangilerinin uygulanabileceğine ilişkin soruya hekimler %31 oranında antipsikotikleri, %44 oranında antidepressanları, %43 oranında duygu durum düzenleyicilerini, % 11 oranında hipnotikleri, %76 oranında konuşma terapisini, %85 oranında özel eğitimi, %46

oranında psikoloğa yönlendirmeyi, %83 oranında çocuk ve ergen psikiyatrisine sevk etmeyi uygulanabilir şeklinde cevaplandırdı (Tablo 4.10).

Tablo 4.10: ‘OSB tanısı konulmuş olanlar için tedavi yöntemlerinden hangileri uygulanabilir’ sorusunun verileri



5. TARTIŞMA

OSB hayat boyu devam eden toplumsal etkileşim ve iletişimde yetersizlik ve sınırlı, tekrarlayıcı davranışlar, ilgilerin varlığı ile kendini gösteren bir nöropsikiyatrik bozukluktur. Çalışmamızda aile hekimlerinin bu konudaki bilgi, tutum ve davranışlarını sorgulandı. Çalışmamız Malatya ilinde toplam 101 hekim ile yürütüldü. Araştırmaya katılanların yaş ortalaması 43.6, erkek oranı %73.3'tür. Hekimlerin %93.1'nin klinik deneyimi 5 yıldan fazladır. Hekimlerin tıp fakültesi mezuniyeti üzerinden geçen süre ortalama 18.5 ± 6.5 olarak saptandı.

Yapılan çalışmalarda hekimlerin otizm konusundaki yeterliliğinin otistik bir arkadaş veya akrabaya sahip olma ile ilişkili olabileceği belirtilmiştir (62). Çalışmamızda hekimlerin OSB tanı kriterlerinden aldığı ortalama puan ile 'Sizin veya yakınınızda herhangi birinde OSB tanısı olan var mı?' sorusuna verdikleri cevaplar karşılaştırıldığında OSB tanısı olan tanıdığı olması ile tanı kriterlerinden alınan puanın artmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Bu konuda literatürden farklı sonuç elde etmemeizin sebebi OSB hastalığı olan tanıdığı olan hekim sayısının sayıca az olması olabilir.

Rahbar ve arkadaşlarının çalışmasında aile hekimlerinin %45.5'i otizm konusunda eğitim aldığını belirtmişlerdir (76). Shah ve arkadaşlarının tıp fakültesi öğrencilerine yaptığı çalışmada tıp fakültesinde otizm konusundaki eğitimin artırılması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır (81). Shaukat ve arkadaşlarının Pakistan da tıp fakültesi öğrencilerine yaptıkları çalışmada öğrencilerin yarısından fazlasının otizm konusunda yeterli bilgi ve beceriye sahip olmadığı saptanmıştır (82). Ülkemizde yapılan çalışmalarda da tıp eğitiminde çocuk ruh sağlığı ve hastalıkları ile ilgili konuların eğitim programların da yeterince yer almadığından bahsedilmiştir (77, 87, 107). Çalışmamızda tıp eğitimi boyunca otizm spektrum bozukluğu konusu hakkında hekimlerin %41.6'sı teorik veya klinik eğitim aldığını belirtmiştir. Hekimlerin OSB tanı kriterlerinden aldığı ortalama puan ile tıp eğitimi boyunca otizm spektrum bozukluğu konusu hakkında teorik veya klinik eğitim almış olmanın tanı kriterlerinden alınan puanı artırmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Çalışmamıza katılan hekimlerinde yaklaşık yarısının OSB konusunda bilgisi olduğu düşünülünce tıp fakültelerinde bu konu üzerine daha fazla eğitim verilmesi gerektiği düşünülmüştür.

Yapılan aile çalışmalarında hastaların 3 yaş ve sonrası OSB tanısı aldıkları, hastalara profesyonellerin az bir kısmı tarafından OSB tanısı konulduğunu ve bunların çoğununda hastalık hakkında ek bilgi vermediği, ailelerin OSB hakkında bilgiyi daha çok medyadan, konferanslardan ve diğer ailelerden aldıkları görülmüştür (83). Tıp eğitimi süreğen olmalıdır (36). Mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimini tamamladıktan sonra hekimin öğrenmesini sürdürmesi sağlanmalıdır. Hekimlerin bilgi, beceri ve tutumlarını ve beraberinde pratiklerini artırmak amaçlı önceki eğitimlerini de kapsayan sürekli tıp eğitimi sağlanmalıdır (98). Çalışmamızda hekimlerin %4'ü aile hekimliği meslek içi eğitim programları içerisinde OSB konusunda eğitim aldığını belirtmiştir. Yaşça büyük olan sağlık çalışanlarının otizm konusundaki yetersiz bilgiye sahip olmalarının sebebi öğrenme ortamından uzaklaşmış olmaları ve hasta ve hastalıkların tartışıldığı ortamlardan uzak olmaları olabilir (76). OSB gibi tanı kriterlerinin değişime uğradığı, erken tanının prognozu etkilediği, sadece tanının değil ailenin bilgilendirilmesinin de önem taşıdığı hastalıklar konusunda birinci basamak hekimlerine hizmet içi eğitim verilmelidir. Bu şekilde gelişmekte olan ülkelerdeki otizm farkındalığı artırılabilir.

Çalışmamızda meslek hayatında OSB ile karşılaşmış olmanın, OSB tanı kriterlerinden alınan puanı artırdığı gözlenmiştir . Yetişkinlerin öğrenme sürecinde deneyimlerin öğrenme de zengin bir kaynak oluşturduğu bilinmektedir. Deneme-deneyim-irdeleme-genelleme deneyime dayalı öğrenme döngüsünü oluşturmaktadır (84). Hekimin OSB gibi bir hastalıkla karşılaşmış olması bu konuyu irdelemesini ve bu konuyla alakalı bilgi düzeyini artıracak araştırma yapmasını ve bu konudaki bilgilerini toparlayarak genelleme yapmasını sağlamış olabilir. Hekimlerin aktif meslek yaşamı içerisinde bu konuyla karşılaşması deneyime dayalı öğrenme dürtüsü oluşturarak hekimlerin bilgi birikimini artırmış olabilir.

Ankara Üniversitesi Otistik Çocuk Tanı Tedavi ve Araştırma Merkezi'nde yapılan bir çalışmada çocuk hekimleri tarafından düzenli olarak izlenen otizm tanısı konulmuş 275 çocuktan %4'ünün otizm düşünülerek çocuk hekimi tarafından çocuk ve ergen ruh sağlığı kliniğine yönlendirildiği, düzenli aşı izlemi yapılmış otizm tanısı konulmuş 193 çocuktan %3.1'nin ise sağlam çocuk muayenesi yapılan aile hekimi tarafından çocuk ve ergen ruh sağlığı kliniğine yönlendirildiği saptanmıştır (77). Çalışmamızda hekimlerin meslek hayatında OSB'li ortalama 4.5 ± 3.2 hasta ile karşılaştıkları, tanı için ortalama 3.9 ± 2.9 hastayı yönlendirdikleri saptanmıştır. Biz

çalışmamızda sadece hekimleri sorguladığımız için gerçek karşılaşma ve doğru yönlendirme oranlarını saptayamadık. OSB'nin en son epidemiyolojik verilere göre 10.000'de 20.6 oranında görüldüğü düşünüldüğünde, ortalama 18.5 yıllık meslek hayatında toplam 4.5 hasta ile karşılaşma oranı ve yaklaşık 4 hastayı tanı için yönlendirme oranının toplam çocuk nüfusunun 230.520 (2014) olduğunu bir il için çok yetersiz düzeyde olduğu aşikardır (6,79).

McAndrew ve arkadaşlarının çalışmasında otizmle ilk temas noktasında bulunan profesyonellere DSM 5 OSB tanı kriterleri sorgulanmış, %6 'sı 'Konuşmanın gecikmesi' ibaresinin tanı kriterlerinden biri olmadığını belirtmiştir (104). Imran ve arkadaşlarının aile hekimleriyle ve Heidgerken ve arkadaşlarının otizm ve ilgili hastalıklarla ilgilenen merkezde çalışan profesyonellerle yaptıkları çalışmalarda DSM IV OSB tanı kriterleri sorgulanmış ve bu soruya katılımcıların %65.4 'ü ve %89'u bu sorunun tanı kriterlerinden biri olduğu şeklinde cevap vermiştir (1, 80). Çalışmamızda hekimlerin %78.2 'si 'Konuşmanın gecikmesi' sorusuna bu ibarenin tanı kriterlerinden biri olduğu şeklinde cevap vermişlerdir. DSM IV tanı kriterleri arasında 'Konuşmanın gecikmesi' yer alırken 2013 yılında DSM IV'ün revize edilmiş formu olan DSM 5 de bu ibare tanı kriterleri arasından çıkarılmıştır (8). Bizim çalışmamızda DSM 5 sorgulandığı için hekimlerin %78.2 'si bu soruda yanılmış olabilir. Literatürdeki ve bizim çalışmamızdaki sonuçlara göre OSB'nin tanı kriterlerindeki değişimin çok iyi bilinmediği düşünülebilir.

OSB'de göz temasının olmaması, ilk olarak Kanner tarafından çevresindekilerin yüzüne bakmama olarak tanımlanmış ve o günden beri otizm tanımı içerisinde yer almıştır (9). Diadik ilişkinin oluşmasını sağlayan göz teması kurma otistik çocuklarda bulunmamaktadır. Imran ve arkadaşlarının ve Heidgerken ve arkadaşlarının çalışmalarında 'Göz kontağının olmaması' %68 ve %40 oranında tanı kriteri olarak görülmüştür (1,80). McAndrew ve arkadaşlarının çalışmasında %54 oranında tanı kriteri olarak görülmüştür (104). Bizim çalışmamızda bu ibare hekimlerin %90.1' i tarafından tanı kriteri olarak görülmüştür. Bu önemli ve ayırt edici bir belirti olup, bu özelliğin bilinmesi OSB'nin fark edilme sürecini hızlandırabilir.

Imran ve arkadaşlarının ve Heidgerken ve arkadaşlarının çalışmalarında OSB'nin ana kriterlerinden 'Sosyal ilişkilerde zorlanma' ibaresi %73.2 ve %94 oranlarında tanı kriteri olarak görülmüştür (76,80). McAndrew ve arkadaşlarının

çalışmasında %80 oranında tanı kriteri olarak görülmüştür (104). Çalışmamızda bu ibare hekimlerin %85.1' i tarafından tanı kriteri olarak görülmüştür. Çalışmamızda literatürle benzer sonuçlara ulaşılmıştır.

Imran ve arkadaşlarının ve Heidgerken ve arkadaşlarının çalışmalarında OSB'nin ana kriterlerinden 'Tekrarlayan hareketler, rutini değiştirmeye direnç' ibaresi %53.6 ve %51 oranlarında tanı kriteri olarak görülmüştür (76, 80). McAndrew ve arkadaşlarının çalışmasında %83 oranında tanı kriteri olarak görülmüştür (104). Çalışmamıza katılan hekimlerin %81.2' si tarafından bu ibare tanı kriteri olarak görülmüştür. Çalışmamızda literatürle benzer sonuçlara ulaşılmıştır.

Imran ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışma ile çalışmamızdaki benzer sorulara verilen cevaplar Tablo 5.1'de verilmiştir.

Tablo 5.1. Çalışmamızda tanı kriterlerine verilen doğru cevap yüzdeleri ile, Imran ve ark. Çalışmasında hekimlerin ibareleri tanı kriteri olarak işaretleme yüzdelerinin karşılaştırılması

	Çalışmamız	Imran ve ark.
Tuhaf konuşma şekilleri	%77.2	%43.5
Sosyal cevaplılığın olmaması	%77.2	%71.1
Kalıplaşmış (stereotipik) davranışlar	%80.2	%59.7
Semptomların 36.aydan önce çıkması	%61.4	%56.2
Bazı nesnelere sıra dışı hareket yapmak	%63.4	%64.1

Çalışmamızda DSM 5 tanı kriterlerinin sorgulandığı sorulardan oluşan bölümden toplam 12 puan üzerinden yapılan puanlamada çalışmaya katılan hekimler ortalama 8.2 ± 2.3 puan almışlardır. Bu veriler ışığında Malatyadaki aile hekimlerinin ve aile hekimliği uzmanlarının OSB tanı kriterleri konusundaki bilgi düzeylerinin Imran ve arkadaşlarının çalışmalarından iyi olduğu çıkarılabilir. Tanı kriterleri hastalıkları sınıflandırmada, semptomları, hastalıkların kliniğini tanımlamada bilimsel verilerin ışığında konuyla ilgili çeşitli toplulukların bilgi ve birikimlerinin bir araya getirilmesi ile oluşur. Ve hekimlerin yolunu aydınlatır. Bir hastalıkla ilgili edinilebilecek en kısa bilgi birikimini oluşturur. Bizim çalışmamızda da OSB tanı kriterlerinin daha çok anlatılan, daha çok bahsedilen, hızlıca üstünden geçilebilen bilgi olması yönüyle hekimler tarafından daha doğru bilinmiş olmasını sağlamış olabilir.

Tanı kriterlerinden aldıkları puanlama açısından, aile hekimliği uzmanları ile aile hekimleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0.05$). Bunun sebebi çalışmamıza katılan aile hekimliği uzmanının sayıca az olması olabilir. Aile hekimliği uzmanlık eğitiminin OSB konusu üzerindeki etkisini anlayabilmek için sayıca daha fazla katılımlı çalışmalara ihtiyaç vardır. Aile hekimliği uzmanlığı eğitimi içerisinde çocuk ve ergen psikiyatrisi rotasyonunun bulunması hekimlerin bu konuda bilgi ve deneyimlerini artırabilir.

OSB'nin Kanner tarafından ilk tanımlaması sonrasında araştırmacıların kafası şizofreni konusunda karışmış ve OSB'nin çocukluk çağı şizofrenisi olabileceği düşünülmüştür. OSB 1950'lerde Bender tarafından da çocukluk şizofrenisi olarak tanımlanmış ancak 1970'lerde iki hastalığın birbirinden farklı olduğu belirtilmiş ve OSB konusunda kılavuz hazırlıkları başlamıştır (9, 85, 86). Bizim çalışmamızda aile hekimlerinin büyük çoğunluğu OSB nin erişkinlikte şizofreni ile seyretmeyeceğini düşünmektedirler (%92.9). Literatürde şizofreninin 15 yaşından önce nadiren başladığı belirtilmiştir. OSB ise erken çocukluk evresinde başlayan bir hastalıktır (17). Ve şizofrenide karşılaştığımız halusinasyonlar, delüzyonlar OSB de bulunmamaktadır. Hastalıklar başlangıç yaşı ve klinik belirtileri açısından bakıldığında ayırıcı tanıları kolay yapılabilmesine rağmen çalışmamızda hekimlerin çoğu OSB ile çocukluk çağı şizofrenisinin ayırt edilmesinin zor olduğunu belirtmişlerdir. Kimi iyi işlev düzeyi olan otistik çocukların okul çağına dek doktor başvurusu olmayabilir, bu hastalardaki desorganize düşünce tarzı, kendi kendine konuşma, sosyal uyarıların doğru yorumlanamamasına bağlı paranoid düşünce nedeniyle hekime başvurabilirler . Bu hastalar da gelişimsel öyküsünün iyi alınması ile şizofreniden ayrılabilirler (1,76,80).

Kanner infantil otizmin soğuk ve sevgisini göstermeyen ebeveyn varlığı nedeniyle meydana geldiğini ve eğitim düzeyi ve sosyoekonomik düzeyi yüksek olan ailelerde daha sık görüldüğünü öne sürmüştür (9). Yıllar içerisinde bu varsanılar reddedilmiştir. Literatürdeki Rahbar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada aile hekimleri sosyoekonomik düzeyin ve eğitim seviyesinin OSB de etkili olduğunu düşündüklerini belirtmişlerdir (76). Çalışmamızda hekimlerin büyük çoğunluğu OSB'nin sosyoekonomik düzey ve eğitim ile ilişkili olmadığını düşündüğünü belirtmiştir. Ama etiyolojide soğuk ve sevgisini göstermeyen ebeveynlerin etkili olabileceğini belirtmişlerdir. OSB'nin açıklığa kavuşmamış olan etiyolojisi konusunda, tıp

dünyasında ilk tanımlandığı günden itibaren bulunan kafa karışıklığının halen devam ettiği düşünülebilir .

Literatüre bakıldığında birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin otizm hakkında farklı inanışlarını bulunmakta ve OSB tanısı koymada kendilerini yetersiz görmektedirler (78, 99, 101-103). Bizim çalışmamızda da aile hekimlerinin %72.7'si OSB'nin rutin çocuk izleminde genel olarak tanınmadığını ve gözden kaçan bir durum olduğunu ve otistik çocukları klinik olarak değerlendirmenin güç olduğunu düşündüklerini belirtmişlerdir. Ve ülkemizde otizm farkındalığının çok az olduğunu söylemişlerdir (%91.8). Ülkemizde aile hekimliği asistanları üzerine yapılan bir çalışmada aile hekimliği asistanlarının OSB konusunda bilgi düzeylerinin tanılama sürecini doğru yönlendirmek adına yetersiz olduğu sonucuna varılmıştır (80, 87). Literatüre bakıldığında aile hekimi, çocuk hekimi ve nörologların bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu, pediatrist, psikiyatrist ve psikologların otizmin tanısı zor bir hastalık olduğunu düşündükleri görülmektedir (4,76, 80, 106). Literatürde en çok tartışılan konulardan biri OSB'nin rutin taramasının yapılmasının gerekip, gerekmediğidir. Yapılan bazı çalışmalarda 18-24'üncü aylarda özellikle aşılama nedeniyle rutin sağlık kontrolüne gelen hastaların OSB açısından birinci basamak hekimleri tarafından taranabileceği, böylelikle tüm hastalara ulaşılabilmesi belirtilmiştir (53). Hatta taramanın bu konuda eğitim almış hemşireler tarafından M-CHAT ölçeğinin uygulanması ile yapılabileceği belirtilmiştir (100). Son çalışmaların ışığında pediatristlerin %42-55'nin düzenli otizm taraması yaptığı, taramada otizm riski saptandığında ayrıntılı değerlendirme için hastaların bir üst merkeze yönlendirildiği görülmüştür (78). Ülkemizde yapılan bir çalışmada pediatristlerin çok az oranda gelişim tarama testi kullandığı sonucuna ulaşılmıştır (107). Ülkemizde de 2015 yılında Türkiye Halk Sağlığı kurumunun periyodik muayene kılavuzunda OSB'nin 18-36 aylık çocuklarda en az bir kez taranması önerilmiştir (56). Bebek-çocuk izlem takibi içerisinde OSB'nin yer alması hekimler tarafından gelişimsel hastalıklarında göz ardı edilmesini engelleyecektir ve bu konuda daha dikkatli davranmalarını sağlayacaktır.

Epidemiyolojik çalışmalarda OSB'li çocukların %50'sinin ağır düzeyde zihinsel yetersizliği olduğu, %35'inin orta düzey zihinsel yetersizliği olduğu, %20'sinde IQ'sunun normal sınırlar içerisinde olduğu bulunmuştur (44). Ancak otizmin tanı kriterleri içerisinde zihinsel yetersizlik bulunmamaktadır ama otizme eşlik edebildiği

için tanı sürecinde akılda tutulmalıdır. Çalışmamızda hekimlerin %69.7'si literatürü destekler şekilde OSB'li çocukların zihinsel yetersizliği olmadığını düşünmektedir .

DSM 5 de OSB'nin şiddet düzeyinin klinisyenler tarafından belirlenmesi istenmektedir. Daha önce yani DSM IV'de bahsedilmeyen OSB'de şiddet kavramından DSM 5'de bahsedilmiş ve özellikle klinisyenler tarafından benzer davranış örüntülerine sahip kişileri, bireysel farklılıklar gözetilerek ve zaman içerisinde değişim olabileceği göz önünde bulundurularak tanılaması istenmektedir (8). Çalışmamıza katılan hekimlerin %79.8'i DSM 5'de bahsedildiği gibi OSB'nin değişik derecelerde görülebileceğini belirtmişlerdir .

Bilindiği üzere otistik çocuklar genel olarak ailesi ile duygusal bağ kuramaz. Daha çocukluk döneminde dahi kucağa alındığında mutlu olmama, annesi yanından ayrıldığında ağlamama gibi sosyal bağ kuramama belirtileri gösterirler (17, 45, 88). Imran ve arkadaşlarının aile hekimleriyle ve Heidgerken ve arkadaşlarının otizm ve ilgili hastalıklarla ilgilenen merkezde çalışan profesyonellerle yaptıkları çalışmalarda otizmlili çocukların aileleri ve çevresindekiler ile sosyal bağ kurabileceğini düşündükleri ortaya çıkmıştır (1, 80). Çalışmamızda da otizmlili çocukların ailelerine sosyal bağımlılıkları olmaz ibaresine hekimlerin %64.6'sı hayır cevabını vermişlerdir. Malatya da ki aile hekimlerinin, literatürdeki benzer hekim çalışmaları ile karşılaştırıldığında bu konuda benzer bir yanlış inancıya sahip oldukları görülmektedir.

OSB'ü DSM III R den beri iletişimsel bozukluklar grubu içinde yer almaktadır. DSM 5 tanı kriterleri içerisinde yer aldığı üzere iletişim eksikliği OSB'nin ana ölçütlerden birisini oluşturmaktadır (8, 17). Çalışmamızda hekimlerin büyük bir kısmı OSB'yi bir iletişim problemi olarak görmüştür. Bunun sebebi iletişimsel bozukluk teriminin uzun süredir tanı kriterleri içerisinde olmasına bağlı olabilir. Ya da otizmin temel yetiyitimi sorunu olan sosyal biliş konusuna dikkat edilmemesi olabilir.

Günümüzde OSB'nin 9'uncu aydan itibaren bir takım problemlerle kendini belli etmeye başladığı bilinmektedir. Yapılan çalışmalar incelendiğinde OSB'nin tanı alma yaşı ortalama 4 yaş civarındadır (83). DSM IV'de de OSB'nin belirtilerinin 3 yaşından önce başlamış olması gerektiği ifade edilmişken DSM 5 de bu, belirtiler gelişimin erken evrelerinde görülür şeklinde değiştirilmiştir. Zaten yapılan çalışmalarda da 18 aydan önce tedavinin başlandığı hastalarda bilişsel düzeyin, dilin ve diğer yeteneklerin daha iyi düzeyde olduğu gösterilmiştir (78). Çalışmamızda da hekimlerin %87.9'u otizm

tanısının 4 yaşından önce konulmasının zor olduğunu belirtmiştir. Bu durum DSM 5 tanı kriterlerinin daha çok güncel olması ve hekimlerin bu konuda bilgilerini yenilemiş olmasından kaynaklanabilir.

OSB gelişimin erken evrelerinde başlayan erişkinliğe kadar uzanan bir hastalıktır. Hastalığın erken çocukluk evreleri hakkında bilimsel veriler yavaş yavaş netlik kazanmaya başladığı halde, erişkinliğe kadar uzanan OSB hakkında çok fazla bilginiz bulunmamaktadır. Bunu en önemli sebebi bu hastalık grubu ile ilgilenen çocuk psikiyatrlarına ergen ve erişkin bireylerin başvurmaması, başvuru noktasında bulunan erişkin psikiyatrlarının da bu konuda yeterli donanıma sahip olmamasıdır. OSB’u olan okul çağı çocukları incelendiğinde iletişim ve öz bakım becerilerinin yaşla birlikte daha iyi olduğu, sosyal becerilerdeki artışın IQ seviyesindeki artışla paralel olduğu görülmüştür. Dil becerilerine bakıldığında 5 yaş öncesi dil gelişimi başlayanlarda durumun daha iyi olduğu gözlenmiştir. Yapılan çalışmalarda erken çocuklukta otizm tanısı alanların ergenlikte bir kısmında bilişsel ve sosyal beceriler artarken, bir kısmında azalma olduğu ve kötüye gittiği bildirilmiştir. Bu yaş grubunda ayrıca davranış problemleri ve anormal cinsel davranışlar daha sık gözlenmektedir (17). Çalışmamızda %74.5’i OSB’nin sadece çocukluk çağında görülmediğini, %58.6’sı ise OSB’nin yaşam boyu devam edeceğini belirtmişlerdir. Erişkinlikte OSB tanılı hasta ile karşılaşmamış olmanın bu konuda hekimlerde kafa karışıklığına yol açmış olabileceği düşünülebilir .

OSB tedavisinde ailenin de sürecin içine dahil edilmesi; evde de eğitimin devam etmesini böylece çocuğun tedaviye uyumunun artmasını, ailelerin kaygısının azalmasını sağlar. Literatür incelendiğinde aile tedavinin bir parçası olarak görülmektedir (7, 14, 62, 78, 83). Çalışmamızdaki katılan hekimler de aile danışmanlığının otizmde etkili tedavi yollarından birisi olarak görmektedir (%88.9’u).

OSB li çocukların yeme alışkanlıkları ile ilgili yapılan çalışmalarda bu çocukların daha fazla yemek seçtikleri bildirilmektedir. Gıda alımının benzer gıdalar üzerine yoğunlaştığı, bazı vitamin, mineral içeren gıdaları daha az tükettikleri gözlenmiştir. Ayrıca OSB’li çocuklarda kronik karın ağrısı ve kabızlık sık bildirilmiştir (109). Çalışmamızda aile hekimlerinin %58.6’ sını OSB’ye yeme problemlerinin eşlik ettiğini düşünmektedir. OSB de tedavide davranışsal eğitsel müdahaleler dışında etkili yöntem arayışı sürmektedir. OSB’de yeme problemlerinin olması tedavi arayışında gastrointestinal sistemle ilgili tedavi uygulamalarının etkin olabileceğini

düşündürmüştür. Literatür incelendiğinde bu alanda gluten ve /veya kazeinden yoksun diyet, sekretin, ketojenik diyet, rejim, probiyotikler/antifungal ajanlar/mayadan yoksun diyet, özel karbonhidrat diyeti, sindirim enzimleri, vankomisin ve famotidin kullanıldığı görülmüştür ancak etkinliği konusunda kesin karar verilmiş tek yaklaşımın sekretin uygulaması olduğu görülmüştür. Sekretin uygulamasının yararlı olmadığı kanıtlanmıştır. Gastrointestinal sistemle ilgili diğer uygulamalarda bazı olumlu bildirimler bulunmakla beraber bu çalışmalar pek çok kısıtlılığı barındırdığı için sonuçlar dikkatli yorumlanmalıdır (68, 78, 88). Çalışmamıza katılan hekimlerin çoğuda diyetin etkin bir tedavi yöntemi olmadığını düşünmektedir (%77.8).

OSB tanısı almış çocuklarda uyku bozukluğu sağlıklı çocuklara göre %50-80 gibi daha sık karşımıza çıkmaktadır (88). En sık karşılaşılan sorun uykusuzluktur (insomnia) (89). Sık karşılaşılan bir problem olduğu için OSB tanısı konuların uyku bozukluğu açısından sorgulanması hastanın bireysel eğitim sürecini de etkilediği için önemlidir (90, 91). Bu konuda sorulan sorulara hekimlerinin çoğunun doğru yanıt vermediği görülmüştür. Hekimlerin OSB'ye eşlik eden problemler konusunda, uyku bozukluğu gibi bilgi düzeylerinin artırılması gerekmektedir.

OSB belirtileri doğum sonrası süreçte çok belirgin değildir. 6-12 ay arasında sosyal-iletişimsel davranışlarda azalma, gecikme veya atipik gelişim gözlenebilir. Sosyal etkileşimde bozulma OSB ye spesifiktir ve hayatın ilk iki yılında kendini belli eder. OSB'li çocukların bağlanma örüntüsünün açık olmadığı gözlenmiştir. Aile ile duygusal bağlanma zayıftır. Ebeveynin bakışına, sesine tepkisizdir. Ortak dikkat eksikliği OSB'nin karakteristik bulgularındandır. 8'inci aylarda bebeğin ailesine veya bakımveren kişinin sesine veya gülümsemesine karşılık olarak gülümsemesi beklenir. Ve bebek ebeveynin bakışını takip etmeye başlar. Normal gelişim gösteren 10-12 ay arası bebekler işaret edilen nesneye bakar, sonrasında bakışları tekrar işaret eden kişiye yönelir. Fakat OSB'de parmak işareti takibi yoktur. Parmak işareti sesli veya dokunsal uyaranla desteklendiğinde bile tam anlamıyla bir takip oluşmaz. Çalışmamızda aile hekimlerinin %75.8'i otistik çocuğun çevresindekilerin baktığı, işaret ettiği nesneye bakmayacağını söylemişlerdir. 12-14'üncü aylarda normal gelişim gösteren bebek kendisi işaret etmeye başlar. Ulaşamadığı nesnelere veya ailesinin dikkatini çekmeye çalıştığı olayları işaret ederek gösterir. İstenilen objenin işaret ile gösterilmesi imperatif işaret etmedir. OSB de bu konudaki eksiklik değişken olabilir. Kimi OSB'li çocuk isteklerini ellerini birleştirip-ayırarak anlatmaya çalışır, kimisi yalnızca huzursuzlanır. 14- 16'ıncı aylarda obje veya olayın yorum veya paylaşımına yönelik işaret etme

dönemidir (dekleratif işaret etme). ‘Benim gördüğümü sende görüyor musun?’ manasına gelen bir işaret etmedir. Bu aylarında bebekler sosyal paylaşımı nesne veya olayları işaret ederek sağlarlar. Dekleratif işaret etme dil gelişiminin ana belirleyicisidir. OSB’li çocuklarda dekleratif işaret etme görülmez (92). Çalışmamızda hekimlerin OSB’nin bu karakteristik bulgusunu doğru bildikleri görülmüştür.

8-10’uncu aylarda bebekler ismine tepki vermeye başlar. Ama OSB’li bebeklerin çoğu ismi ile çağrıldığında ilerleyen aylarında dahi tepki vermez. Hatta çoğu çocuk aile tarafından duyma problemi endişesiyle hekime getirilir. OSB’de duyma problemi olmaksızın bir tepkisizlik mevcuttur. Çalışmamızda da hekimlerin %70.7’si otizmlili çocuğa ismi ile seslenildiğinde tepki vermeyeceğini ve %81.6’sı otistik çocuğun sağır imajı uyandırdığını belirtmiştir.

Sosyal oryantasyon eksikliği bu çocuklarda karşımıza çıkan diğer bir durumdur. Normal gelişim gösteren bir bebeğin karşısında annesi ağlamaklı, kızgın, şaşkın bir şekilde baksa bebekte anlamamasına rağmen annesini taklit eder. OSB’li çocuk yüz ifadelerini anlayamaz karşılığında uygun duygulanımı veremez. Bu çocuklarda taklit becerisi gelişmemiştir. Alkış, baş baş yapamaz, cee-e oyunu oynamaz. Çalışmamızda aile hekimlerine bu konuda sorulmuş ve aile hekimlerinin %80.4’ü otistik çocuğun cee-e oynamaktan hoşlanmayacağını ve %85.9’u bye bye yapmayacağını ve çevresindekileri taklit etmeyeceğini ve %89.9’u duyguları anlama ve ifade de zorlanacağını söylemişlerdir.

OSB’li çocuklarda sosyal gelişim basamaklarındaki bu eksiklikler nedeniyle akran ilişkisi çok kısıtlıdır (7, 14). Bu çocukların az sayıda arkadaşı olabilir. Ortak oyun geliştirme, akranları ile oyun oynama pek gözlenmez (45). Bu çocuklar tek başına saatlerce oynayabilir. Oyunları yaratıcılıktan ve taklitten yoksundur. Bir arabayı sürmek yerine sadece tekerleklerini döndürmekle ilgilenir (74, 88). Çalışmamıza katılan hekimlerin %73.7’si otistik çocuğun diğer çocuklar ile oyun oynamayacağını söylemişlerdir.

OSB’ de sözlü ve sözsüz iletişimde de eksiklik bulunmaktadır. Bu çocuklarda ekokali, tekrarlayıcı konuşma görülmektedir. İletişimin ön koşullarını oluşturan karşısındaki ile uygun bakışın sağlanması, sıcak bir bakış, konuşma öncesi duruş (işaret etme, gösterme, el sallama..), çevresindeki değişikliklerle ilgilenme bu çocuklarda gözlenmemektedir.

Normal gelişim gösteren bebekler bir ayıcıkla, bir yastık veya battaniye ile aralarında bağ oluşur ve bu nesneyi yanından ayırmazken, otistiklerde bu genel olarak sert bir nesnedir (tükenmez kalem, el feneri gibi) ve bağlanma daha güçlüdür. OSB de stereotipilerde siktir. Ama daha çok 2 yaşından sonra görülür. Bu çocuklarda tekrarlayıcı hareketler siktir, yeni bir aktiviteye yönlendirildiklerinde çok fazla direnç gösterirler. Gün içinde de çok fazla rutinleri bulunur ve değiştirilmesinden memnun olmazlar. Çalışmamızda bu konuda sorgulanmıştır ve hekimlerin %85.9'u çocukların alıştığı düzendeki değişime direnç göstereceğini belirtmişlerdir.

Eczacılar da otizm farkındalığı ile ilgili yapılan bir çalışmada da eczacıların otizmlı çocuklarda ilaç yönetimi sağlamada kendilerine güvenmedikleri ortaya çıkmıştır (105). Imran ve arkadaşlarının çalışmasında hekimlerin OSB'de kullanılan ilaçlar konusunda çok fazla bilgi sahibi olmadıkları ancak hastaları nereye yönlendireceklerini çok iyi bildikleri görülmüştür (1). Bizim çalışmamızda da benzer sonuçlar bulunmuştur.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

OSB günümüzde sık karşılaşılan ve ciddi yetiyitimi ile sonuçlanan, yaşam boyu devam eden önemli bir nöropsikiyatrik bozukluktur. Etiyolojisi ve tedavisi hakkında bilimsel araştırmalar her geçen gün artarak devam etmektedir. İlk tanımı üzerinden üç çeyrek asır geçmiş olmasına rağmen bu tanı içinde bir çok bilinmeyi barındırmaktadır. Bu bilinmezlikler aydınlanıncaya kadar otizmin psikiyatri dünyasındaki popülerliği devam edecektir (93). Günümüzde artmış prevelansı nedeniyle bilim dünyasında erken tanı, erken tedavi modalitelerinin etkinliği çok tartışılır olmuştur. Sağlık kuruluşu ile ilk temas noktasını aile hekimliği oluşturduğu için, tıp bilimi içerisinde OSB'nin erken tanısında aile hekimlerinin yeri ve önemi dikkat çekmektedir.

Çalışmamızda aile hekimlerinin OSB'nin tanı kriterlerini ve karakteristik bulgularını kısmen bildikleri, şüphelendikleri durumda tanı ve tedavi için sevk edilecek bölüm konusunda bilgilerinin yeterli olduğu ancak tedavi ve takibi konusunda pek bilgi sahibi olmadıkları görülmüştür. Çalışmamızda dikkat çeken konulardan biride aile hekimlerinin OSB'yi tanı konulması zor bir hastalık olarak görmeleridir. Bu konudaki yetersizliklerin aşılması amacıyla tıp fakültesi eğitimi içinde OSB gibi konuların daha çok vurgulanarak, mezun hekimlerin bu konudaki bilgi ve farkındalıkları artırılmalı, meslek içi eğitimlerle aile hekimlerinin bu konudaki bilgi ve becerileri artırılmalıdır. OSB taraması aile hekimleri tarafından rutin bebek ve çocuk izleminde mutlaka yapılmalı, kayıt edilmeli, ve gerekli durumlarda hastalar çocuk ve ergen psikiyatri servislerine yönlendirilmelidir. Erken tanı ve müdahalenin önem arzettiği nöropsikiyatrik hastalıkların taranması, saptanması, sağaltım sürecinde izlenecek yola yönelik sağlık politikaları geliştirilmelidir.

KAYNAKLAR

- 1 Imran N, Chaudry MR, Azeem MW, Bhatti MR, Choudhary ZI, Cheema MA . A survey of Autism knowledge and attitudes among the healthcare professionals in Lahore, Pakistan. *BMC Pediatrics* 2011, 11:107
- 2 Kim SK. Recent update of autism spectrum disorders. *Korean J Pediatr.* 2015 Jan; 58(1): 8–14.
- 3 Bodur Ş, Soysal AŞ, İşeri E, Şenol S. Otistik bozukluğun erken belirtileri ve tanısı. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* : 13 (3) 2006
- 4 Erden G, Akçakın M, Doğan DG, Ertem İÖ. Çocuk Hekimleri ve Otizm: Tanıda Zorluklar. *Turkiye Klinikleri J Pediatr* 2010;19(1):9-15
- 5 Soykan AA, Işık Y. *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*. Golden Print, 2007: 277-290.
- 6 Fombonne E. Epidemiology of Pervasive Developmental Disorders. *Pediatric Research* 2009, Vol. 65, No. 6
- 7 Carbone PS, Farley M, Davis T. Primary Care for Children with Autism. *American Family Physician* February 15, 2010 Volume 81, Number 4
- 8 American Psychiatric Assosiation. Diagnostic and Statistical Manual Mental Disorders, 5th ed. (DSM 5). Washington DC: American Psychiatric Association; 2013:50-59.
- 9 Kanner L. Autistic Disturbances of Affective Contact. *Nervous Child.* 1943;2:217-250
- 10 Ünver B, Öner Ö, Yurtbaşı P. Şizopatial Kişilik Bozukluğu ile Otizm Spektrum Bozukluklarının Ayırıcı Tanısı: Bir Olgu Sunumu. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2013;24.
- 11 World Health Organization. ICD-10: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders, Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization, 1992
- 12 Center of Disease Control and Prevention(CDC). 2014. 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(MMWR)* , Vol. 63, No. 2

13 Fombonne E, Epidemiology of autistic disorder and other pervasive developmental disorders. *J Clin Psychiatry*, 2005. 66 Suppl 10: p. 3-8.

14 American Academy of Pediatrics, Committee on Children With Disabilities. Technical report: the pediatrician's role in the diagnosis and management of autistic spectrum disorder in children. *Pediatrics*. 2001;107(5). Available at : www.pediatrics.org/cgi/content/full/107/5/e85

15 Özeren GS, Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB) ve Hastalığa Kanıt Penceresinden Bakış, Derleme. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. Cilt: 4 , Sayı: 2, Nisan 2013

16 Muhle R, SV Trentacoste, and I Rapin. The genetics of autism. *Pediatrics*, 2004. 113(5): p. e472-86.

17 Çetin FÇ, Pehlivan Türk B, Ünal F, Uslu R, İşeri E, Türkbay T, Coşkun A, Miral S, Motavali N. *Çocuk ve Ergen Psikiyatri Temel Kitabı*. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2008: 242-263.

18 Sandin S, Lichtenstein P, Kuja-Halkola R, Larsson H, Hultman CM, Reichenberg A. The Familial Risk of Autism. *JAMA*. 2014 May 7; 311(17): 1770–1777. doi:10.1001/jama.2014.4144.

19 Yosunkaya E. Otizm Etiyolojisinde Genetik ve Güncel Perspektif, Derleme. *İst Tıp Fak Derg*, 2013;76:4

20 Freitag CM. The genetics of autistic disorders and its clinical relevance: a review of the literature. *Molecular Psychiatry*, 2007; 12, 2–22

21 Baker P, Piven J, Schwartz S, Patil S J. Brief report: duplication of chromosome 15q11-13 in two individuals with autistic disorder. *Autism Dev Disord*. 1994;24(4):529.

22 Freitag CM, Staal W, Klauck SM, Duketis E, Waltes R. Genetics of autistic disorders: review and clinical implications. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2010, 19:169–178

- 23 Courchesne E, Karns CM, Davis HR, Ziccardi R, Carper RA, Tigue ZD, Chisum HJ, Moses P, Pierce K, Lord C, Lincoln AJ, Pizzo S, Schreibman L, Haas RH, Akshoomoff NA, Courchesne RY. Unusual brain growth patterns in early life in patients with autistic disorder: an MRI study. *Neurology*. 2001 Jul 24;57(2):245-54.
- 24 Şener EF, Özkul Y. Otizmin genetik temelleri. *Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences)* 22(1) 86-92, 2013
- 25 Bauman ML, Kemper TL .The neuropathology of the autism spectrum disorders: what have we learned?. *Novartis Found Symp*. 2003;251:112.
- 26 Chandana SR, Behen ME, Juhász C, Muzik O, Rothermel RD, Mangner TJ, Chakraborty PK, Chugani HT, Chugani DC. Significance of abnormalities in developmental trajectory and asymmetry of cortical serotonin synthesis in autism. *Int J Dev Neurosci*. 2005;23(2-3):171.
- 27 Schultz RT. Developmental deficits in social perception in autism: the role of the amygdala and fusiform face area. *Int J Dev Neurosci*, 2005. 23(2-3): p. 125-41.)
- 28 Gardener H, Spiegelman D, Buka SL. Perinatal and neonatal risk factors for autism: a comprehensive meta-analysis. *Pediatrics*. 2011;128(2):344.)
- 29 Özbaran B. Otizm Spektrum Bozukluklarında Çevresel Faktörler Etkili midir?, Derleme. *The Journal of Pediatric Research*. 2014;1(4):170-3
- 30 Dietert RR, Dietert JM, Dewitt JC. Environmental risk factors for autism. *Emerg Health Threats J*. 2011;4:10.3402/ehj.v4i0.7111.
- 31 Hviid A, Melbye M, Pasternak B N. Use of selective serotonin reuptake inhibitors during pregnancy and risk of autism. *Engl J Med*. 2013 Dec;369(25):2406-15.
- 32 Cannell JJ. Autism and vitamin D. *Med Hypotheses*. 2008;70(4):750-9. Epub 2007 Oct 24.
- 33 Currenti SA. Understanding and Determining the Etiology of Autism, Review. *Cell Mol Neurobiol* (2010) 30:161–171 DOI 10.1007/s10571-009-9453-8
- 34 . Wakefield AJ, Murch SH, Anthony A, Linnell J, Casson DM, Malik M, Berelowitz M, Dhillon AP, Thomson MA, Harvey P, Valentine A, Davies SE, Walker-Smith JA. Ileal-lymphoid-nodular hyperplasia, non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children *Lancet*. 1998;351(9103):637)(Retraction--Ileal-lymphoid-nodular

hyperplasia, non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children
Lancet. 2010;375(9713):445

35 Reichenberg A, Gross R, Weiser M, Bresnahan M, Silverman J, Harlap S, Rabinowitz J, Shulman C, Malaspina D, Lubin G, Knobler HY, Davidson M, Susser E. Advancing paternal age and autism. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63(9):1026.)

36 Fenikilé TS, Ellerbeck K, Filippi MK, Daley CM. Barriers to autism screening in family medicine practice: a qualitative study. *Prim Health Care Res Dev*. 2015 Jul;16(4):356-66.

37 Volkmar FR, Lord C, Bailey A, Schultz RT, Klin A. Autism and pervasive developmental disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 45:1 (2004), pp 135–170

38 Johnson CP, Myers SM. Identification and evaluation of children with autism spectrum disorders. *American Academy of Pediatrics Council on Children With Disabilities Pediatrics*. 2007;120(5):1183.)

39 Durukan İ, Türkbay T. Otizmde Ortak Dikkat Becerileri, Gözden Geçirme. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 2008 : 15 (2)

40 Munson J, Dawson G, Sterling L, et al. Evidence for Latent Classes of IQ In Young Children with Autism Spectrum Disorder. *American journal of mental retardation : AJMR*. 2008;113(6):439-452. doi:10.1352/2008.113:439-452.

41 Centers for Disease Control and Prevention. 2012. Prevalence of autism spectrum disorders--Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 14 sites, United States, 2008. *Morbidity and Mortality Weekly Report(MMWR)*. 2012;61(3):1.

42 Filipek PA, Accardo PJ, Ashwal S, Baranek GT, Cook EH Jr, Dawson G, Gordon B, Gravel JS, Johnson CP, Kallen RJ, Levy SE, Minshew NJ, Ozonoff S, Prizant BM, Rapin I, Rogers SJ, Stone WL, Teplin SW, Tuchman RF, Volkmar FR. Practice parameter: screening and diagnosis of autism: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Child Neurology Society. *Neurology*. 2000;55(4):468.

- 43 Grigorenko EL, Klin A, Volkmar F J. Annotation: Hyperlexia: disability or superability? *Child Psychol Psychiatry*. 2003;44(8):1079.)
- 44 Volkmar F et al. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Autism Spectrum Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* , Volume 53 , Issue 2 , 237 - 257
- 45 Johnson CP, Myers SM and the Council on Children With Disabilities. Identification and Evaluation of Children With Autism Spectrum Disorders. *Pediatrics*. Volume 120, Number 5, November 2007
- 46 Naughton AM, Maguire SA, Mann MK, Lumb RC, Tempest V, Gracias S, Kemp AM. Emotional, behavioral, and developmental features indicative of neglect or emotional abuse in preschool children: a systematic review. *JAMA Pediatr*. 2013 Aug;167(8):769-75.
- 47 Villard L, Kpebe A, Cardoso C, Chelly PJ, Tardieu PM, Fontes M. Wo affected boys in a Rett syndrome family: clinical and molecular findings. *Neurology*. 2000;55(8):1188.
- 48 Hagberg G, Stenbom Y, Witt Engerström. Head growth in Rett syndrome. *Acta Paediatr*. 2000;89(2):198.
- 49 Besag FM. Current controversies in the relationships between autism and epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2015 Jun;47:143-6. doi: 10.1016/j.yebeh.2015.05.032.
- 50 Johnny L. Matson¹, Marie S. Nebel-Schwalm. Comorbid psychopathology with autism spectrum disorder in children: An overview. *Research in Developmental Disabilities* 28 (2007) 341–352
- 51 Salazar F, Baird G, Chandler S, Tseng E, O'sullivan T, Howlin P, Pickles A, Simonoff E. Co-occurring Psychiatric Disorders in Preschool and Elementary School-Aged Children with Autism Spectrum Disorder. *J Autism Dev Disord*. 2015 Aug;45(8):2283-94. doi: 10.1007/s10803-015-2361-5.

- 52 Frank M C Besag. The relationship between epilepsy and autism: a continuing debate. *Acta Paediatrica/Acta Paediatrica*. 2009 /98, pp. 618–620. DOI:10.1111/j.1651-2227.2008.01190.x
- 53 Al-Qabandi M, Gorter JW, Rosenbaum P. Early autism detection: are we ready for routine screening?. *Pediatrics*. July 2011, VOLUME 128 / ISSUE 1
- 54 Stone WL, Coonrod EE, Turner LM, Pozdol SL. Psychometric Properties of the STAT for Early Autism Screening. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, Vol. 34, No. 6, December 2004
- 55 AU Lord C, Rutter M, Le Couteur A J. Autism Diagnostic Interview-Revised: a revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders. *Autism Dev Disord*. 1994;24(5):659.
- 56 T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri. Ankara, 2015:23-26.
- 57 Kagan-Kushnir T, Roberts SW, Snead OC. 3rd Screening electroencephalograms in autism spectrum disorders: evidence-based guideline. *J Child Neurol*. 2005;20:197–206.
- 58 Manzi B, Loizzo AL, Giana G, Curatolo P. Autism and Metabolic Diseases . *Journal of Child Neurology* Volume 23 Number 3 March 2008 307-314
- 59 Lord C, McGee JP. National Research Council, Committee on Educational Interventions for Children with Autism. *Educating Children with Autism*, , National Academy Press, Washington, DC 2001.
- 60 Myers SM, Johnson CP. Management of children with autism spectrum disorders. *Pediatrics*. 2007 Nov;120(5):1162-82. Epub 2007 Oct 29.
- 61 Maglione MA, Gans D, Das L, Timbie J, Kasari C. Nonmedical interventions for children with ASD: recommended guidelines and further research needs. *Pediatrics*. 2012;130 Suppl 2:S169
- 62 Golnik A, Ireland M, Borowsky IW. Medical homes for children with autism: a physician survey. *Pediatrics*. 2009 Mar;123(3):966-71.

- 63 Aman MG, Farmer CA, Hollway J, Arnold LE. Treatment of inattention, overactivity, and impulsiveness in autism spectrum disorders. *Child Adolesc Psychiatry Clin N Am*. 2008;17(4):713.
- 64 Abilify (aripiprazole). US Food & Drug Administration (FDA) approved product information. Revised July 2014. US National Library of Medicine. www.dailymed.nlm.nih.gov (Accessed on July 17, 2014).
- 65 Huffman LC, Sutcliffe TL, Tanner IS, Feldman HM. Management of symptoms in children with autism spectrum disorders: a comprehensive review of pharmacologic and complementary-alternative medicine treatments. *J Dev Behav Pediatr*. 2011;32(1):56.
- 66 Elrod MG, Hood BS. Sleep differences among children with autism spectrum disorders and typically developing peers: a meta-analysis. *J Dev Behav Pediatr*. 2015;36(3):166.
- 67 Rossignol, Daniel A., and Richard E. Frye. "Melatonin in autism spectrum disorders: a systematic review and meta-analysis." *Developmental Medicine & Child Neurology* 53.9 (2011): 783-792.
- 68 Şişmanlar ŞG, Karakaya I, Yıldız Ö. Otistik bozuklukta yeni tedavi arayışları: gastrointestinal sistem. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* : 17 (1) 2010
- 69 Bearss K, Johnson C, Smith T, Lecavalier L, Swiezy N, Aman M, McAdam DB, Butter E, Stillitano C, Minshawi N, Sukhodolsky DG, Mruzek DW, Turner K, Neal T, Hallett V, Mulick JA, Green B, Handen B, Deng Y, Dziura J, Scahill L. Effect of parent training vs parent education on behavioral problems in children with autism spectrum disorder: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2015 Apr;313(15):1524-33.
- 70 Stevens MC, Fein DA, Dunn M, Allen D, Waterhouse LH, Feinstein C, Rapin I J Am Acad . Subgroups of children with autism by cluster analysis: a longitudinal examination. *Child Adolesc Psychiatry*. 2000;39(3):346.
- 71 Orinstein AJ, Helt M, Troyb E, Tyson KE, Barton ML, Eigsti IM, Naigles L, Fein DA. Intervention for optimal outcome in children and adolescents with a history of autism. *J Dev Behav Pediatr*. 2014 May;35(4):247-56.

- 72 Anderson DK, Liang JW, Lord C . Predicting young adult outcome among more and less cognitively able individuals with autism spectrum disorders. *J Child Psychol Psychiatry*. 2014 May;55(5):485-94. Epub 2013 Dec 9.
- 73 Braddock B, Twyman K. Access to Treatment for Toddlers With Autism Spectrum Disorders. *Clinical Pediatrics*. 2014, Vol. 53(3) 225–229
- 74 Johnson CP, Recognition of Autism Before Age 2 Years . *Pediatr. Rev.* 2008;29;86-96. DOI: 10.1542/pir.29-3-86
- 75 Bradshaw J, Steiner AM, Gengou G, Koegel LK. Feasibility and Effectiveness of Very Early Intervention for Infants At-Risk for Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review. *J Autism Dev Disord* (2015) 45:778–794
DOI 10.1007/s10803-014-2235-2
- 76 Rahbar MH, Ibrahim K, Assassi P. Knowledge and attitude of general practitioners regarding autism in Karachi, Pakistan. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2011; 41(4):465-474.
- 77 Erden G. Akçakın M, Doğan DG, Ertem İÖ. Çocuk Hekimleri ve Otizm: Tanıda Zorluklar. *Türkiye Klinikleri Journal of Pediatrics*. 2010;19(1): 9-15.
- 78 Carbone PS. Moving From Research to Practice in the Primary Care of Children With Autism Spectrum Disorders. *Academic Pediatrics*. 2013;13: 390–399
- 79 *Türkiye İstatistik Kurumu*. İstatistiklerle Çocuk, Statistics on Child 2014, 4372,2015:12.
- 80 Heidgerken AD, Geffken G, Modi A, Frakey L. A survey of autism knowledge in a health care setting. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2005;35(3): 323-330.
- 81 Shah K. What do medical students know about autism?. *Autism*. June 2001 vol. 5 no. 2 127-133. doi: 10.1177/1362361301005002003

- 82 Farah S, Ambreen F, Nosheen Z, Mohammed AGH, Ozair I. Assessment of knowledge about childhood autism among medical students from private and public universities in Karachi. *JPMA* 64: 1331; 2014
- 83 Rhoades RA, Scarpa A, Salley B. The importance of physician knowledge of autism spectrum disorder: results of a parent survey. *BMC Pediatrics* 2007, 7:37
- 84 Gencel İE. Kolb'un deneysel öğrenme kuramına dayalı öğrenme stilleri envanteri-III'ü türkçeye uyarlama çalışması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. Cilt 9, Sayı: 2, 2007
- 85 Volkmar FR, Reichow B, McPartland J. Classification of autism and related conditions: progress, challenges and opportunities. *Dialogues Clin Neurosci*. 2012;14:229-237.
- 86 Volkmar FR, State M, Klin A. Autism and autism spectrum disorders: diagnostic issues for the coming decade. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 50:1-2 (2009), pp 108–115
- 87 Sabuncuoğlu M, Cebeci S, Rahbar MH, Hessabi M. Otizm Spektrum Bozukluğu ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu: Türkiye'de Aile Hekimliği Asistanlarının Bilgi ve Tutum. *Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care* 2015;9 (2):46-53.
- 88 Lai MC, Lombardo MV, Baron-Cohen S. Autism. *Lancet* 2014; 383: 896–91089
- Amanda L. Richdale a, Kimberly A. Schreck. Sleep problems in autism spectrum disorders: Prevalence, nature, & possible biopsychosocial aetiologies. *Sleep Medicine Reviews* 13 (2009) 403–411
- 90 Guérolé F, Godbout R, Nicolas A, Franco P, Claustrat B, Baleyte JM. Melatonin for disordered sleep in individuals with autism spectrum disorders: Systematic review and discussion. *Sleep Medicine Reviews* 15 (2011) 379e387
- 91 Mutluer T, Karakoc Demirkaya S, Abali O. Assessment of sleep problems and related risk factors observed in Turkish children with Autism spectrum disorders. *Autism Res*. 2015 Oct 13.

- 92 Warreyn P, Van Der Paelt S, Roeyers H. Social-communicative abilities as treatment goals for preschool children with autism spectrum disorder: the importance of imitation, joint attention, and play. *Developmental Medicine & Child Neurology* 2014, 56: 712–716
- 93 Özkaya BT. Yaygın Gelişimsel Bozukluklardan Otizm Spektrum Bozukluğuna Geçiş DSM-V’de Karşımıza Çıkacak Değişiklikler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar - Current Approaches in Psychiatry*. 2013; 5(2): 127-139
- 94 Orinstein A, Tyson KE, Suh J, Troyb E, Helt M, Rosenthal M, Barton ML, Eigsti M, Kelle y E, Naigles L, Schult RT, Stevens MC, Fein DA. Psychiatric Symptoms in Youth with a History of Autism and Optimal Outcome: *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2015:2520 DOI: 10.1007/s10803-015-2520-8
- 95 Croen LA, Najjar DV, Fireman B, Grether JK. Maternal and paternal age and risk of autism spectrum disorders. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2007;161(4):334.
- 96 Grether JK, Anderson MC, Croen LA, Smith D, Windham GC. Risk of autism and increasing maternal and paternal age in a large north American population. *Am J Epidemiol*. 2009;170(9):1118.
- 97 Sandin S, Lichtenstein P, Kuja-Halkola R, Larsson H, Hultman CM, Reichenberg A. The familial risk of autism. *JAMA*. 2014 May;311(17):1770-7.
- 98 Akalın S. Birinci Basamakta Sürekli Eğitimin Geliştirilmesi: Deneyim Paylaşımı. *sted* 2002, cilt 11, sayı 6 – 215
- 99 Baird G, Charman T, Cox A, Baron-Cohen S, Swettenham J, Wheelwright S, Drew A. Screening and surveillance for autism and pervasive developmental disorders. *Arch Dis Child* 2001;84:468–475
- 100 Sayan A, Durat G. Risk tanılaması yoluyla otizmin erken teşhisi: hemşirenin rolü. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2007; 10: 4

- 101 Honigfeld L, Chandhok L, Spiegelman K. Engaging Pediatricians in Developmental Screening: The Effectiveness of Academic Detailing. *J Autism Dev Disord* . (2012) 42:1175–1182
- 102 Barton ML, Dumont-Mathieu T, Fein D. Screening Young Children for Autism Spectrum Disorders in Primary Practice. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. June 2012, Volume 42, Issue 6, pp 1165-1174
- 103 Robins D. Screening for autism spectrum disorders in primary care settings. *SAGE Publications and The National Autistic Society* Vol 12(5) 537–556; 094502
- 104 Hartley-McAndrew M, Doody KR, Mertz J. Knowledge of Autism Spectrum Disorders in Potential First-Contact Professionals. *NA J Med Sci*. 2014;7(3):97-102.
- 105 Khanna R, Jariwala K. Awareness and knowledge of autism among pharmacists. *Res Social Adm Pharm*. 2012 Sep-Oct;8(5):464-71.
- 106 Daley TC, Sigman MD. Diagnostic Conceptualization of Autism Among Indian Psychiatrists, Psychologists, and Pediatricians. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, Vol. 32, No. 1, February 2002
- 107 Kuleli Sertgil N. Gelişimsel Gecikmelerin Erken Tanısında Çocuk Doktorlarının Rolü. *Çocuk Dergisi* 13(4):160-166, 2013
- 108 Ulay HT, Ertuğrul A. Otizmde Beyin Görüntüleme Bulguları: Bir Gözden Geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2009; 20(2):164-174
- 109 Samsam M, Ahangari R, Naser SA. Pathophysiology of autism spectrum disorders: Revisiting gastrointestinal involvement and immune imbalance. *World J Gastroenterol* 2014 August 7; 20(29): 9942-9951
- 110 Council on Children With Disabilities. Identifying Infants and Young Children With Developmental Disorders in the Medical Home: An Algorithm for Developmental Surveillance and Screening. *Pediatrics* .Volume 118, Number 1, July 2006

- 111 Zwaigenbaum L, Bryson S, Garon N. Early identification of autism spectrum disorders. *Behavioural Brain Research* 251 (2013) 133– 146
- 112 Anderson DK, Liang JW, Lord C. Predicting young adult outcome among more and less cognitively able individuals with autism spectrum disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 55:5 (2014), pp 485–494
- 113 Di Renzo M, Bianchi Di Castelbianco F, Petrillo M, Racinaro L, Rea M. Assessment of a long-term developmental relationship-based approach in children with autism spectrum disorder. *Psychol Rep*. 2015 Aug 13.
- 114 Godlee F, Smith J, Marcovitch H. Wakefield's article linking MMR vaccine and autism was fraudulent. *BMJ*, 2011. 342: p. c7452.
- 115 Taylor LE, Swerdfeger AL, Eslick GD. Vaccines are not associated with autism: an evidence-based meta-analysis of case-control and cohort studies. *Vaccine*. 2014 Jun;32(29):3623-9.

EK.1. ETİK KURUL KARAR FORMU

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Malatya da birinci basamakta çalışan hekimlerin otizm spektrum bozukluğu ile ilgili bilgi tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	2015/69

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	MALATYA KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
	AÇIK ADRESİ:	İnönü Üniversitesi Merkez Kampüsü, 44280, Malatya, Türkiye
	TELEFON	+90 422 341 06 60 / 1219
	FAKS	+90 422 341 00 36
	E-POSTA	inu.dhek@inonu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd. Doç. Dr. Engin Burak SELÇUK		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	MALATYA		
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI			
	DESTEKLEYİCİ			
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ			
	ARAŞTIRMANIN FAZI 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"/>		
İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>		
İlaç dışı klinik araştırma		<input type="checkbox"/>		
Diğer ise belirtiniz				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Rifat KARLIDAĞ
İmza:

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Malatya da birinci basamakta çalışan hekimlerin otizm spektrum bozukluğu ile ilgili bilgi tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi		
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU		2015/69		
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	SIGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	İLAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>		
	DİĞER:	<input type="checkbox"/>		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2015/69	Tarih: 25.03.2015		
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.			

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Rifat KARLIDAĞ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Rifat KARLIDAĞ	Psikiyatri	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Metin GENÇ	Halk Sağlığı	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Saim YOLOĞLU	Biyoistatistik	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Türkan TOĞAL	Anesteziyoloji ve Rea.	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. İbrahim ŞAHİN	İç Hastalıklar	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Seda TAŞDEMİR	Tıbbi Farmakoloji	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Derya DOĞAN	Çocuk Sağlığı ve Hast.	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Özden KAMIŞLI	Nöroloji	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hakan HARPUTLUOĞLU	Onkoloji	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Rifat KARLIDAĞ
İmza:

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Malatya da birinci basamakta çalışan hekimlerin otizm spektrum bozukluğu ile ilgili bilgi tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi							
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU		2015/69							
Doç. Dr. Ergül ALÇIN	Fizyoloji	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Katılmadı
Yrd. Doç. Dr. Mehmet KARATAŞ	Tip Tarihi ve Etik	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	OK
Dr. Mahmut Barkın AKGÜL	Tip Doktoru	Halk Sağlığı Müdürlüğü	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	OK
Metin TAY	Eczacı	Serbest Eczacı	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Katılmadı
Zafer ERGÜZEL	Hukuk	İnönü Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Katılmadı
Hasan KONAN	Sivil Üye	MSD Ltd. Şti.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	OK

*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Rifat KARLIDAĞ
İmza:

Not: Etik kurul başkanının her sayfada imzasının olması gerekmektedir.

EK.2. ÖZGEÇMİŞ

Cansu Ülkü TURAL 1986 yılında Bartın'da doğdu. İlk,orta ve lise eğitimini Bartın'da tamamladı. 2004 yılında girdiği Marmara Üniversitesi Tıp fakültesinden 2010 yılında mezun oldu. Ekim 2010- Şubat 2011 tarihleri arasında Bartın Devlet Hastanesi Acil servisinde çalıştı. Şubat 2012 tarihinde İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniğinde Asistan olarak göreve başladı. Ağustos 2013 tarihinden itibaren İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilimdalında asistan olarak görev yapmaktadır. Evli bir çocuk annesidir.

İşleri:

Makale, Turhal NS, Dane F, Ulus C, Sari S, Senturk N, Bingol D. ' Cancer-related false knowledge in relatives of cancer patients and general public' J BUON. 2010 Apr- Jun;15(2):310-3

Poster bildirimi: Ergişi A, Doğan B, Ulus C, Karaalp E, Sağlam ZA. 'Tip II Diabetes Mellitus Hastalarında Hastaneye Başvuru Sıklığı'. 2.Trakya Aile Hekimliği Kongresi, Edirne, 2012.

Poster bildirimi: Ergisi A, Doğan B, Ulus C, Emiroğlu O, Sağlam ZA. 'The relationship between A1c levels, treatment modalities, complications, comorbid diseases and frequency of hospital contacts in type 2 diabetic patients'. WONCA, Prague, 2013.

Poster bildirimi: Selçuk EB, Tural CÜ, Paksoy N, Karakuş G, Kaplan Demir N, Barış Ş, Kalem H, Baltacı H, Avcı HH. ' Sigara Bıraktırma Polikliniğinde Bupropion Tedavisi Başlanan Bireylerin İlk 1 Yıllık Sonuçlarının Değerlendirilmesi.' 13. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi, Belek, 2014.

Poster bildirimi: Selçuk EB, Kaplan Demir N, Tural CÜ, Paksoy N, Baltacı H, Karakuş İG, Barış Ş, Kalem H. 'Aile Hekimliği Stajı Öncesi ve Sonrası 6.sınıf Öğrencilerinin Geribildirimlerinin Değerlendirilmesi.' 13. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi, Belek, 2014.

Poster bildirimi: Selçuk EB, Baltacı H, Paksoy N, Barış Ş, Kalem H, Tural CÜ, Kaplan Demir N, Karakuş G, Avcı H. 'Sigara Bıraktırma Polikliniğinde Vareniklin Tedavisi Başlanan Bireylerin İlk 1 Yıllık Sonuçlarının Değerlendirilmesi.' 13. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi, Belek, 2014.

EK. 3. ANKET FORMU

Birinci Basamak Hekimlerinin Otizm Spektrum Bozukluğu Konusundaki Bilgi Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi

Bu anketin amacı ile ilgili bilgilendirildiğimi, anketi uygulayan kişinin sorularına cevap verdiğini, araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi veya kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi, araştırma sonlandığında, sonuçları ile ilgili yukarıdaki telefonda bilgi alabileceğimi biliyorum.

Araştırmaya Katılmayı; Onaylıyorum Onaylamıyorum

Yaş:.....

Cinsiyet: Erkek / Kadın

Bölüm : Aile Hekimliği Uzmanı Aile Hekimi

Tıp Fakóltesinden Mezuniyet Yılı:.....

Uzmanlık Mezuniyet Yılı :.....

Klinik Deneyim : 0-1yıl 1-5yıl 5yıldan fazla

Sizin veya yakınınızda herhangi birinde otizm spektrum bozukluğu tanısı olan var mı?: Evet Hayır

Tıp eğitimi boyunca otizm spektrum bozukluğu konusu hakkında teorik veya klinik eğitim aldınız mı? Evet Hayır

Otizm Spektrum Bozukluğu konusunda meslek içi eğitim programları içerisinde herhangi bir eğitim aldınız mı? Evet Hayır

Meslek Hayatınızda otizm spektrum bozukluğu ile karşılaştınız mı? Evet Hayır

Kaç hasta ile karşılaştınız?.....

Muayenede şüphelendiğiniz kaç hastanızı tanı için yönlendirdiniz:.....

Tanı için hangi bölüme yönlendirdiniz?: Psikiyatri Pediatri Çocuk Nöroloji Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi

1.Otizm spektrum bozukluğu değişik derecelerde görülebilir.		
2.Otizm spektrum bozukluğu genel olarak erişkinlikte şizofreni ile seyreder.		
3.Otizm spektrum bozukluğu bir duygu durum problemidir.		
4.Çoğu otistik çocuk zihinsel gelişme geriliğine sahiptir.		
5.Otizm spektrum bozukluğu ve çocukluk çağı şizofrenisini ayırt etmek güçtür.		
6.Otizm spektrum bozukluğu genel olarak düşük sosyoekonomik düzey ve eğitim seviyesi ile ilişkilidir.		
7.Hastalığın etiolojisinde soğuk ve kendini reddeden ebeveynler yüzünden çocuk daha çok içe kapanması da rol oynar.		
8.Çoğu otistik çocuğun özel bir yeteneği olur(sayıları akılda tutma.)		
9. Otizm spektrum bozukluğu sıklığı toplumumuzda batıya oranla nadirdir.		
10.Otizm spektrum bozukluğu rutin çocuk izleminde genel olarak tanınmaz,gözden kaçabilen bir durumdur.		
11.Türkiye’de otizm farkındalığı çok azdır.		
12.Otizm spektrum bozukluğu bir iletişim problemidir.		
13.Otizimli çocukların ailelerine sosyal bağımlılıkları olmaz.		
14.Bir çocuğun otizimli olduğunu dört yaşından önce söylemek imkansızdır.		
15. Otizm spektrum bozukluğu yalnızca çocukluk çağında görülür.		
16.Erken tanıya rağmen otistik çocuklarda bağımsız sosyallik zayıf bir ihtimaldir.		
17.Otizm spektrum bozukluğu yaşam boyu devam eder.		
18.Uygun bir tedaviyle çoğu otistik çocuk otizmden kurtulabilir.		
19.Otistik çocukları klinik olarak değerlendirmek güçtür.		
20.Eğitim teknikleri açısından aile danışmanlığı otizmde etkili tedavi yollarından birisidir.		
21.Diyet etkin bir tedavi yöntemidir.		
22.Otistik çocuk ce’-ee ya da saklambaç oynamaktan hoşlanır.		
23.Otistik çocuk çevresindekilerin baktığı bir şeye bakar.		
24.Otizimli çocuğa ismiyle seslenildiğinde tepki verir.		
25.Otistik çocuk sağır imajı uyandırır.		
26.Otistik çocuk diğer çocuklarla oyun oynayabilir.		
27.Otistik çocuk sese karşı aşırı hassastır.		
28.Otizimde uyku problemleri olur.		
29.Yeme problemleri sıklıkla otizme eşlik eder.		
30.Otistik çocuk oldukça aktif ve hareketlidir.		
31.Otistik çocuk belirgin bir anlamı olmayan jest ve mimikler kullanır.		
32.Çocuk yetişkinin ısrar ve yardımına rağmen hareketleri çok seyrek taklit eder ya da hiç etmez.(bye bye demek için el sallamak gibi..)		
33.Çocuk alıştığı düzendeki değişikliklere direnç gösterebilir.		
34.Çocuk ağrıyı algılamaz görünür veya hafif derecede rahatsızlık veren durumlarda çok aşırı tepki verir.		
35.Duyguları anlama ve ifade de zorlanır.(yüz ifadesi ve vücut dilini...)		
36.Çocuk sürekli çevreden kopuktur,hemen hemen hiçbir zaman yetişkine tepki vermez.		

Davranışlar/Karakteristik Bulgular	Gerekli	Yardımcı Olabilir Ama Gerekli Değil	Yardımcı Olmaz
1.Konuşmanın gecikmesi			
2.Göz kontağının olmaması			
3.Tekrarlayan hareketler,rutini değiştirmeye direnç			
4.Tuhaf konuşma şekilleri(basmakalıp, yineleyici veya özel dil kullanma)			
5.Sosyal cevaplılığın olmaması			
6.Kalıplaşmış(stereotipik)davranışlar(sallanmak,kendi etrafında dönmek gibi..)			
7.Semptomların 36.aydan önce çıkması			
8.Bazı nesnelere sıra dışı hareket yapmak(bir oyuncak veya nesneyi tuhaf şekilde kullanır.)			
9.Sosyal ilişkilerde zorlanma			
10.Duyusal uyarılara aşırı hassasiyet(koku ve ses gibi..)			
11. Otistik çocuk çevresindekilerin dikkatini yaptığı işe çekmeye çalışır			
12. Yineleyici konuşma,ekokali(yankılama)			

Otizm spektrum bozukluğu tanısı konulmuş olanlar için aşağıdakilerden hangileri uygulanabilir.(Uygulanabilir olduğunu düşündüklerinizi işaretleyiniz.)

İlaçlar: Antipsikotik Antidepresan Duygu durum düzenleyiciler Hipnotikler

Konuşma terapisi Özel eğitim Psikoloğa yönlendirme Çocuk ve Ergen Psikiyatrisine sevk

Yardımlarınız için Teşekkürler....