

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI**

**OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU TANISI KONULAN
ÇOCUKLARDA UYKU VE BESLENME SORUNLARI**

Dr. Emine TAŞYÜREK

**UZMANLIK TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır**

ANKARA 2017

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI**

**OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU TANISI KONULAN
ÇOCUKLARDA UYKU VE BESLENME SORUNLARI**

Dr. Emine TAŞYÜREK

UZMANLIK TEZİ

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. M. Fatih ÜNAL**

ANKARA 2017

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın her aşamasında görüşlerini paylaşan ve yardımlarını esirgemeyen değerli tez danışmanım Prof. Dr. Fatih Ünal'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca mesleki kimliğimin oluşumunda büyük katkıları bulunan, başta anabilim dalı başkanımız Prof. Dr. Sadriye Ebru Çengel Kültür olmak üzere hocalarım Prof. Dr. Füsun Çuhadaroğlu, Prof. Dr. Psk. Ferhunde Öktem, Doç. Dr. Devrim Akdemir, Doç. Dr. Dilşad Foto Özdemir'e, Yrd. Doç. Dr. Tuna Çak'a,

Rotasyonumu tamamladığım Ankara Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı ve Hacettepe Üniversitesi Çocuk Nörolojisi Bilim Dalı'ndaki değerli hocalarıma,

İstatistik aşamasındaki değerli katkıları, dostluğu ve desteği için Dr.

Sümeyra Fırat'a,

Hasta yönlendirmeleri, dostlukları ve destekleri için başta asistan arkadaşlarım olmak üzere tüm mesai arkadaşlarıma,

Çalışmama katılan tüm çocuk ve ailelerine,

Kendilerinden çok şey öğrendiğim tüm hastalarıma,

Bugünlere gelmemde büyük emeği olan, ilgi ve sevgileri ile beni her zaman destekleyen anneme, babama ve kardeşimlerime, ayrıca her zaman yanımda olan, beni destekleyen diğer ailem Taşyürek ailesine,

Ve bir çocuğun eşsiz gelişimini izleme fırsatı veren, hayatıma anlam katan kızım Zeynep'e, sevgisini ve desteğini her an yanımda hissettiğim sevgili eşim Hayati Erkan'a teşekkür ederim.

Dr. Emine TAŞYÜREK

ÖZET

Taşyürek, E. Otizm Spektrum Bozukluğu Tanısı Konulan Çocuklarda Uyku ve Beslenme Sorunları, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Tezi, Ankara, 2017. Bu çalışmada, OSB tanısı konulan çocuklarda uyku ve beslenme sorunları ve bu sorunların gastrointestinal sistem belirtileri, otizm şiddeti, vücut kitle indeksi, annenin anksiyete ve depresyon düzeyi, annenin yaşam kalitesi ile olan ilişkisi araştırılmıştır. Çalışmaya HÜTF Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda OSB tanısı konulan, 2-6 yaş arası, 54 çocuk (6 kız, 48 erkek) dahil edilmiştir. Hastalar DSM 5 kriterlerine göre OSB tanı geçerliliği açısından sorgulanmış ve Çocukluk Otizm Derecelendirme Ölçeği kullanılarak otizm şiddeti belirlenmiştir. Hastaların uyku sorunları Çocuklarda Uyku Alışkanlıkları Ölçeği, beslenme sorunları Otizm Öğün Davranış Kısa Ölçeği, hastaların annelerinin anksiyete düzeyi Beck Anksiyete Ölçeği, depresyon düzeyi Beck Depresyon Ölçeği ve yaşam kalitesi Otizmde Yaşam Kalitesi Anketi-Ebeveyn sürümü kullanılarak değerlendirilmiştir. Bu değerlendirmeler sonucunda; yapılan istatistiksel analizlerde, OSB'li çocuklarda uyku sorunları annenin anksiyete ve depresyon düzeyi ile pozitif yönde, annenin yaşam kalitesi ile negatif yönde ilişkili olduğu, gastrointestinal sistem belirtileri ile ilişkisinin olmadığı bulunmuştur. Beslenme sorunlarının ise otizm şiddeti, annenin depresyon düzeyi ile pozitif yönde ilişkili olduğu, vücut kitle indeksi ile ilişkisinin olmadığı bulunmuştur. Sonuç olarak, fiziksel ve ruhsal gelişim için temel gereksinim olan uyku ve beslenme, bu alandaki sorunlar için riskli grup olan OSB'li çocuklarda klinisyenler tarafından sorgulanmalıdır. OSB'li çocuklara yaşam boyu bakım veren ebeveynlerin ruh sağlığı ve yaşam kalitesi, öncelikle birey olarak ebeveynler için ve sonrasında çocuklara uygun bakım ve destek verebilmeleri, davranış sorunlarının sık görüldüğü bu çocukları uygun ele alabilmeleri için önemli ve değerlendirilmesi gereken bir alandır. OSB'de görülen uyku ve beslenme sorunlarının daha iyi anlaşılması için bu konuda yapılacak ve etyopatogeneze ışık tutacak daha fazla sayıda çalışmaya ihtiyaç vardır. Bundan sonraki benzer çalışmalarda daha geniş örneklem gruplarıyla ve uyku ve beslenme sorunlarına eşlik edebilecek psikiyatrik veya fiziksel durumlara yönelik daha ayrıntılı incelemeler yapılmasına gereksinim duyulmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Otizm Spektrum Bozukluğu, uyku, beslenme, ebeveyn yaşam kalitesi

ABSTRACT

Taşyürek, E. Sleep and Nutrition Problems in Children Diagnosed With Autism Spectrum Disorder, Hacettepe University, Medical Faculty, Child and Adolescent Psychiatry Thesis, Ankara, 2017. In this study autistic children's sleep and nutrition problems and associated gastrointestinal system symptoms, autistic symptom severity, body mass index, mothers' anxiety, depression levels and quality of life has been investigated. 54 children (6 female, 48 male) ages between 2-6 diagnosed with ASD in Hacettepe University Medical Faculty Child and Adolescent Psychiatry Department were included in the study. Patients were assessed with Diagnostic and Statistical Manual-V (DSM-V) in regard to ASD diagnostic validity. Symptom severity were determined with Childhood Autism Rating Scale. Patients' sleep problems were assessed with Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ), nutrition problems with Brief Autism Mealtime Behaviour Inventory (BAMBI). Anxiety levels in mothers' were assessed with Beck Anxiety Scale, depression level with Beck Depression Scale and life quality with Quality of Life in Autism Questionnaire- Parent Version. Statistical analyses which are conducted after these assessments revealed sleep problems in children have positive correlation with depressive symptom levels and negative correlation with quality of life in mothers, yet no correlation with gastrointestinal system symptoms. Nutrition problems are found to have positive correlation with autistic symptom severity and mothers' depression levels. No correlation has found with body mass index. In conclusion, sleep and nutrition are essential needs for physical and mental development, and should be questioned by clinicians especially in autistic children who are at risk in these domains. Parents are lifelong caregivers for autistic children, therefore parents' mental health and quality of life are important issues to help parents to give sufficient care and support for their autistic children. Further studies are needed for better understanding of the sleep and nutrition problems in ASD. Subsequent studies with larger sample sizes and further investigation about possible psychiatric and physical conditions accompanying sleep and nutrition problems are needed in this field.

Keywords: Autism Spectrum Disorder, sleep, nutrition, parents' life quality

İÇİNDEKİLER

Safya No:

TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT.....	iii
İÇİNDEKİLER	iv
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	vii
TABLolar	ix
1. GİRİŞ	1
1.1. Konunun Önemi	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. OSB'nin Tanım ve Tarihçesi.....	4
2.2. OSB Epidemiyolojisi.....	7
2.3. OSB Etiyolojisi.....	7
2.3.1. Nörobiyolojik Faktörler.....	8
2.3.2. Genetik Faktörler.....	8
2.3.3. Çevresel Faktörler	9
2.4. OSB'nin Klinik Özellikleri.....	9
2.5. OSB'nin Tedavisi	11
2.7. OSB'de Uyku Sorunları	12
2.6. OSB'de Beslenme Sorunları	15
2.8. OSB'de Gastrointestinal Sistem Belirtileri.....	17
2.9. Çalışmanın Amacı	18
2.10. Çalışmanın Varsayımları	18
3. YÖNTEM VE ARAÇLAR	19
3.1. Araştırmanın Deseni	19
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	19
3.3. Araştırmanın Örneklemi	19
3.4. Uygulama	19
3.5. Değerlendirmede Kullanılan Araçlar.....	20

3.5.1. Sosyo-Demografik Veri ve Görüşme Formu	20
3.5.2. Çocukluk Otizmi Derecelendirme Ölçeği	20
3.5.3. Otizm Öğün Davranış Kısa Ölçeği.....	21
3.5.4. Çocuklarda Uyku Alışkanlıkları Ölçeği	21
3.5.5. Beck Depresyon Ölçeği.....	22
3.5.6. Beck Anksiyete Ölçeği.....	22
3.5.7. Otizmde Yaşam Kalitesi Ölçeği-Ebeveyn Sürümü.....	23
3.5.8. Verilerin İstatiksel Analizi	23
4. BULGULAR	25
4.1. Çalışmaya Katılan Hastaların Sosyodemografik Özellikleri.....	25
4.1.1. Yaş Ortalaması	25
4.1.2. Cinsiyet Dağılımı	25
4.1.3. Ebeveynlerin Yaş Dağılımı	25
4.1.4. Ebeveynlerin Eğitim Düzeyi Dağılımı	26
4.1.5. Ailenin Aylık Gelir Düzeyi Dağılımı.....	26
4.1.6. Ebeveynlerinde Akraba Evliliği Öyküsü.....	27
4.1.7. Hastaların Aile Yapıları	27
4.1.8. Ebeveynlerin Çocuklarının Doğumundaki Yaş Dağılımı	27
4.1.9. Ailelerinde Tanı Konmuş Psikiyatrik Hastalık Sıklığı.....	28
4.1.10. İlaç Kullanım Bilgisi	28
4.1.11. OSB Tanısını Aldıkları Yaş, Kardeş Sayıları, Özel Eğitim Durumları ve Konuşma Düzeyleri	28
4.1.12. OSB'ye Eşlik Eden Tıbbi Durumlar	30
4.1.13. Prenatal Sorun Oranları.....	30
4.1.14. Gebelik Süresi, Doğum Şekli ve Doğum Ağırlığı.....	31
4.2. ÇUAÖ, OÖDKÖ, ÇODÖ, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve OYKA Puanları	32
4.3. GİS Belitileri ve ÇUAÖ'ne Göre Uyku Sorunu Sıklığı	33
4.3.1. GİS Belitileri	33
4.3.2. ÇUAÖ'ne Göre Uyku Sorunu Sıklığı	34
4.4. ÇODÖ ile ÇUAÖ ve OÖDKÖ Arasındaki İlişki.....	34
4.5. Beck Depresyon ve Beck Anksiyete Ölçeği Puanları ile ÇUAÖ, OÖDKÖ	

Puanları Arasındaki İlişki	36
4.6. OYKA-A ve OYKA-B Puanları ile ÇUAÖ, OÖDKÖ Puanları İlişkisi	37
4.7. ÇUAÖ'ne Göre Uyku Sorunu Varlığı ile GİS Belirtisi İlişkisi	38
4.8. Aylık Gelir Düzeyi ile ÇUAÖ, OÖDKÖ İlişkisi	38
4.9. VKİ-z Skoru ile OÖDKÖ İlişkisi	40
5. TARTIŞMA	41
5.1. OSB'de GİS Belirtilerinin Sıklığı ve Uyku Sorunları ile İlişkisi	41
5.2. OSB'de Uyku Sorunlarının Sıklığı ve İlişkili Değişkenler	42
5.3. OSB'de Beslenme Sorunu ve İlişkili Değişkenler	43
5.4. Annelerin Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri, Yaşam Kalitesi ile Çocuklarda Görülen Uyku ve Beslenme Sorunlarının İlişkisi	44
5.7. Çalışmamızın Kısıtlılıkları ve Güçlü Yanları	46
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	47
KAYNAKLAR	49
EKLER	59
EK 1: Sosyodemografik Veri Formu	59
EK 2: Çocukluk Otizmi Derecelendirme Ölçeği (ÇODÖ)	61
EK 3: Çocuklarda Uyku Alışkanlıkları Ölçeği (ÇUAÖ)	76
EK 4: Otizm Öğün Davranış Kısa Ölçeği	78
EK 5: Beck Depresyon Ölçeği	79
EK 6: Beck Anksiyete Ölçeği	80
EK 7: Otizmde Yaşam Kalitesi Anketi-Ebeveyn Sürümü (OYKA)	81

SİMGELER VE KISALTMALAR

ANOVA	: Analiysis of Variance
ÇODÖ	: Çocukluk Otizmi Derecelendirme Ölçeği
ÇUAÖ	: Çocuklarda Uyku Alışkanlıkları Ölçeği
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DEHB	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
EEG	: Elektroensefalografi
FDA	: Food and Drug Administration
Fmrg	: Fonksiyonel Manyetik Rezonans Görüntüleme
GABA	: Gammaaminobutirik Asit
GİS	: Gastrointestinal Sistem
NSVY	: Normal Spontan Vajinal Yol
OÖKDÖ	: Otizm Öğün Davranış Kısa Ölçeği
OSB	: Otizm Spektrum Bozukluğu
OYKA	: Otizmde Yaşam Kalitesi Anketi
PET	: Pozitron Emisyon Tomografisi
PSG	: Polisomnografi
REM	: Rapid Eye Movement
SPECT	: Single Photon Emission Computerized Tomography
VKİ	: Vücut Kitle İndeksi

TABLOLAR

Safya No:

Tablo 4.1.	Yaş Ortalaması	25
Tablo 4.2.	Cinsiyet Dağılımı	25
Tablo 4.3.	Ebeveynlerin Yaş Dağılımı	25
Tablo 4.4.	Ebeveynlerin Eğitim Düzeyi Dağılımı	26
Tablo 4.5.	Ailenin Aylık Gelir Düzeyi	26
Tablo 4.6.	Ebeveynlerinde Akraba Evliliği Öyküsü.....	27
Tablo 4.7.	Hastaların Aile Yapısı	27
Tablo 4.8.	Ebeveynlerin Çocuklarının Doğumundaki Yaş Dağılımı	27
Tablo 4.9.	Ailelerinde Tanı Konmuş Psikiyatrik Hastalık Sıklığı.....	28
Tablo 4.10.	Hasta İlaç Kullanım Bilgisi	28
Tablo 4.11.	OSB Tanısı Yaş Ortalaması	29
Tablo 4.12.	Kardeş Sayısı.....	29
Tablo 4.13.	Özel Eğitim Durumu	29
Tablo 4.14.	Konuşma Düzeyi	29
Tablo 4.15.	Eşlik Eden Tıbbi Durumlar	30
Tablo 4.16.	Prenatal Sorunlar	30
Tablo 4.17.	Doğum Şekli Dağılımı	31
Tablo 4.18.	Doğum Zamanı Dağılımı	31
Tablo 4.19.	Doğum Ağırlığı	31
Tablo 4.20.	Anne Sütü Alım Süreleri	32
Tablo 4.21.	Boy, Kilo, VKİ ve VKİ Persentil Dağılımları.....	32
Tablo 4.22.	ÇUAÖ, OÖDKÖ, ÇODÖ, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve OYKA Puanları	33
Tablo 4.23.	GİS Belirtileri Dağılımı.....	33
Tablo 4.24.	Uyku Sorunu Sıklığı.....	34
Tablo 4.25.	Otizm Şiddeti ile Yatma Zamanına Direnç, Otizme Özgü Davranış Özellikleri İlişkisi.....	34

Tablo 4.26. Otizm Şiddeti ile ÇUAÖ, OÖDKÖ ve Alt Ölçekleri Arasındaki İlişki.....	35
Tablo 4.27. ÇODÖ toplam puanı ve ÇUAÖ, OÖDKÖ toplam puan ilişkisi	35
Tablo 4.28. Beck Depresyon ve Beck Anksiyete Ölçeği Puanları ile ÇUAÖ, OÖDKÖ Puanları Arasındaki İlişki	36
Tablo 4.29. OYKA-A ve OYKA-B Puanları ile ÇUAÖ, OÖDKÖ Puanları İlişkisi	37
Tablo 4.30. GİS belirtileri ve Uyku Sorunu İlişkisi	38
Tablo 4.31. Aylık Gelir Düzeyi ile Yatma Zamanına Direnç, Uyku Kaygısı, ÇUAÖ toplam puanı ve Otizme Özgü Davranış Özellikleri İlişkisi	38
Tablo 4.32. Aylık Gelir Düzeyi ile ÇUAÖ ve OÖDKÖ İlişkisi.....	39
Tablo 4.33. VKİ-z Skoru ile OÖDKÖ İlişkisi	40

1. GİRİŞ

1.1. Konunun Önemi

Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB), sosyal iletişimsel gelişmede yetersizlik, tekrarlayıcı davranışlar ve kısıtlı ilgi alanı ile seyreden, erken çocukluk çağında başlayan nörogelişimsel bir bozukluktur [1]. Yapılan son çalışmalarda 1/68 sıklıkta görüldüğü bildirilen OSB yaşam boyu devam eden bir bozukluk olması ve çekirdek belirtileri ortadan kaldıran bir tedavisinin olmaması nedeni aile ve toplum için önemli oranda yük oluşturmaktadır. OSB'li bireylerde oldukça sık görülmekte olan uyku ve beslenme sorunları da bu bireylerin ve ailelerinin yaşamını biyolojik, fiziksel ve sosyal açıdan daha da kötüleştirmektedir [2]. Bireyin ve ailesinin yaşam kalitesini, gün içi işlevselliğini önemli oranda etkileyen, sağlıklı fiziksel, davranışsal ve bilişsel gelişim için gerekli olan beslenme ve uykunun OSB'li bireylerde sıklıkla sorunlu olduğu bilinmektedir [3].

Uyku ve beslenme insanın yaşamını devam ettirebilmesi için vazgeçilmez bir ihtiyaçtır. Uyku ve beyin gelişimi arasında iki yönlü ve karmaşık bir ilişki olduğu, uykunun beyin gelişimi üzerine, beyin gelişiminin de uyku üzerine etkisi olduğunu düşündüren bulgular saptanmıştır. Uyku-uyanıklığın düzenlenmesi ile davranışsal-duygusal işlevler arasında nedensel ve etiyolojik bağlantılar bulunduğu bildirilmiştir. Yetersiz ve bölünmüş uykunun bilişsel gelişim, dikkat, öğrenme, duygudurum, bellek ve davranışlar üzerine olan olumsuz etkileri olduğu bilinmektedir [4, 5]. OSB'li bireylerde görülen uyku sorunları da bozukluğun klinik seyrini ve davranış sorunlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Bu nedenle OSB'li çocukları takip eden klinisyenlerin uyku özelliklerini sorgulaması, işlevsellik ve davranış sorunları ile olan ilişkisini belirlemesi önemlidir [6].

OSB'li çocuklarda %40-80 oranında uyku bozukluğu görülürken, sağlıklı çocuklarda bu oran %20-40 olarak bildirilmiştir [7, 8]. OSB'de görülen uyku sorunları uykuyu başlatma ve sürdürmede zorluk, kısa uyku süresi, bozulmuş uyku-uyanıklık döngüsü, insomnia ve kötü uyku hijyeni olarak tanımlanmıştır [9]. Yapılan çalışmalarda OSB'deki uyku sorunlarının hiperaktivite, duygudurum değişkenliği, agresyon, davranış problemleri, kötü akademik performans ile pozitif yönde

ilişkili olduğu ve bu ilişkinin iki yönlü olduğu bildirilmiştir [6, 10, 11]. Yine yapılan başka bir çalışmada anksiyete, agresyon, hiperaktivite, duyuşsal aşırı duyarlılık, düşük zeka düzeyi, kötü yaşam kalitesi, ilaç kullanımı, tıbbi hastalık (epilepsi, gastrointestinal sistem hastalığı) ile uyku sorunları arasında ilişki olduğu bildirilmiştir [10].

OSB’li çocukların ebeveynlerinde depresyon ve anksiyete bozukluğu yaygın olarak görölmektedir. Ebeveynin ruhsal sorunlarının da tutarlı ebeveynlik rolünü zorlaştırdığı ve özellikle erken çocukluk döneminde ebeveynin duygudurumunun çocuğun uyku düzeni üzerinde önemli bir yordayıcı olduğu bilinmektedir [12, 13]. OSB’li bireylerin ebeveynlerindeki yüksek depresyon ve anksiyete bozukluğu oranları, yüksek depresyon ve anksiyete düzeyinin de çocuklarında yüksek düzeyde uyku sorunlarına neden olduğu bildirilmiştir [14, 15].

OSB’li çocukların ebeveynleri çocuklarının beslenme konusunda seçici olduklarını ve kısıtlı sayıda yiyecek alımı gösterdiklerini belirtmektedir [16]. OSB’li çocuklarda beslenme becerilerinde zorluk, seçici, garip ve alışılmışın dışında yeme davranışı, yemeklerin belli şekilde sunumuna karşı hassasiyet, yeni yiyeceklerden kaçınma, tek tip besinin oldukça fazla ve ısrarlı şekilde alımı ve yemek zamanı davranış sorunları görölmektedir [17]. OSB’li bireylerde beslenme sorunları hastalık ilk tanımlanmaya başlandığı zamanlardan beri bilinmekte ve ayrı bir tanı olarak değil hastalığın bir özelliğı olarak ele alınmaktadır [17, 18].

Tekrarlayıcı davranışlar ve kısıtlı ilgi alanı OSB’nin çekirdek belirtilerinden biri olup hayatın pek çok alanını etkilemekte ve beslenme ve uyku sorunlarında da rol oynadığı düşünölmektedir [16]. OSB’li çocuklarda görölen yeniliklere direnç ve aynılıkta ısrar davranışları bu çocukların beslenme ve uykularını da olumsuz etkilemektedir [16, 19]. Azalmış çeşitlilikte gıda alımı, kısıtlı sayıda besin türlerinin fazla alımı vitamin ve mineral eksikliği gibi durumlara neden olmakta ve çocuğun sağlığı ve gelişimi açısından risk oluşturmaktadır [19].

Uyku ve beslenmenin fiziksel gelişim, beyin gelişim ve bireyin işlevselliğine olan önemli etkileri nedeni ile gelişimsel geriliğı bulunan OSB’li çocuklarda bu alandaki sorunların erken tanınması ve müdahalesi çok önemlidir. Davranış sorunlarına erken müdahale ile etkin sonuçlar alındığı bilinmektedir. OSB’li

çocuklarda uyku ve beslenme sorunları ile ilgili yapılan çalışmalarda daha çok 2-18 yaş grubu değerlendirilmiştir. Bu sorunların birincil bakım verenin yaşam kalitesi, duygudurumu üzerine etkisi görece az değerlendirilmiş bir konudur. Erken tanıma ve müdahalenin önemi bilinmesine rağmen OSB’li çocukların erken dönemdeki uyku ve beslenme özellikleri ve ilişkili değişkenler ile ilgili kısıtlı sayıda çalışma bulunmaktadır.

Bu çalışmada OSB’li çocukların erken dönemdeki (2-6 yaş) uyku ve beslenme sorunlarını belirlemek ve ilişkili olan değişkenleri tanımlamak hedeflenmiş ve uyku ve beslenme sorunları ile birincil bakım verenin duygudurumu, yaşam kalitesi ve davranış sorunları arasında anlamlı ilişkiler bulunacağı düşünülmüştür. Erken dönem uyku ve beslenme sorunlarının yordayıcılarıyla ilgili elde edilecek veriler ileride davranışsal müdahaleler açısından yol gösterici olabilir ve müdahale çalışmalarına yön verebilir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. OSB'nin Tanım ve Tarihçesi

OSB erken yaşta başlayan sosyal iletişimsel alanda yetersizlik ve kısıtlı, tekrarlayıcı davranışlar ve ilgi alanı seyreden nörogelişimsel bir bozukluktur. Karşılıklı sosyal duygusal etkileşim, sözel ve sözel olmayan iletişim becerilerinde yetersizlikler, kısıtlı, tekrarlayıcı davranış örüntüsü, ilgi ve etkinliklerde sınırlı, basmakalıp örüntüler, duysal az duyarlılık veya aşırı duyarlılık OSB'nin temel belirtileri olarak tanımlanmaktadır [1]. Bu temel belirtiler bütün yaş gruplarında benzer olmakla birlikte ortaya çıkış biçimi ve bireyin yaşamını etkileme derecesi değişmektedir [3].

OSB olarak tanımlanan klinik tablo ilk olarak 1943 yılında Leo Kanner tarafından 11 olgu sunumu ile gündeme gelmiştir. Kanner tanımladığı 11 olguda insanlarla ilişki kurma güçlüğü, ekolali, zamirlerin tersten söylenmesi, tekrarlayıcı ve amaçsız davranışlar ve değişime direnç belirtilerinden bahsetmiş ve bu durumu "infantil otizm" olarak adlandırmıştır [20]. Kanner'den 1 yıl sonra Hans Asperger "otistik psikopati" olarak adlandırdığı klinik tablodan bahsetmiştir [21]. 1978 yılında Rutter, otistik bozuklukta çok erken başlangıç, sosyal işlevde bozukluk, iletişimde bozukluk, heterojen davranışlar olmak üzere dört özellik tanımlamıştır. 1979' da Wing ve Gould "Otizm Spektrum Bozuklukları" ifadesini kullanmış ve sosyal karşılıklılık, iletişim, sınırlı ilgi alanı veya tekrarlayıcı davranışlar olmak üzere üç temel alanda yer alan belirtilerin her birinin değişen şiddette ve birçok farklı şekillerde ortaya çıkabileceğini belirterek şizofreniden tamamen farklı bir bozukluk olduğunu ortaya koymuşlardır [22].

OSB ilk olarak psikiyatri sınıflamaları içinde 1980'de DSM-III'te otistik bozukluk olarak yer almış ve tanı için gerekli 6 kriterin (2'si sosyal yetersizlikle ilgili, 2'si dille ilgili, biri başlangıç yaşı ve biri de psikotik bozukluktan ayırt etmek için pozitif psikotik bulguların olmaması) gerektiği belirtilmiştir [23].

1994 yılında yayınlanan DSM-IV'te otistik bozukluk yaygın gelişimsel bozukluklar grubunda yer alan beş bozukluktan (Otistik bozukluk, Asperger bozukluğu, başka türlü adlandırılmayan yaygın gelişimsel bozukluk, dizentegratif

bozukluk, Rett bozukluğu) biri olarak belirlenmiştir. Otistik bozukluk tanı kriterleri olarak sosyal etkileşimde bariz yetersizlik, iletişimde kalitatif yetersizlik ve tekrarlayıcı ilgi alanı ile aşırı uğraş olmak üzere üç temel alan başlıkları altında 12 belirti tanımlanmıştır [24].

2013 yılında yayınlanan DSM 5'te ise tanı kategorisi ciddi bir değişim geçirerek bozukluğun ismi "yaygın gelişimsel bozukluk"tan "otizm spektrum bozukluğu"na değiştirilmiş ve Rett bozukluğu, OSB'nin dışında bırakılarak diğer dört kategori (Otistik bozukluk, Asperger bozukluğu, başka türlü adlandırılmayan yaygın gelişimsel bozukluk ve dizentegratif bozukluk) aynı çatı altında "otizm spektrum bozukluğu" olarak isimlendirilmiştir. DSM 5'te tanımlanan modelde bu bozuklukların aynı yelpaze altında olduğu, hafiften şiddetliye kadar çeşitli belirtiler gösterdiği kabul edilerek boyutsal yaklaşım ortaya konmuştur [1].

Güncel sınıflama sistemi olan DSM 5'te otizm spektrum bozuklukları tanı ölçütleri aşağıdaki gibi tanımlanmıştır.

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

- 1) Toplumsal-duygusal karşılık vermede yetersizlik (örn. olağandışı toplumsal yaklaşımdan karşılıklı diyalog yürütmekte çekilen güçlüğü; ilgilerini, duygularını veya duygulanımını paylaşmaktaki yetersizlikten, sosyal etkileşime cevap verememeye 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 eksikliklerin varlığı).
- 3) İlişkileri, geliştirmekte, devam ettirmede 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 ve geçmişte sınırlı, tekrarlayıcı davranışlar, ilgiler ya da etkinlikler.

- 1) Basmakalıp ve ya tekrarlayıcı motor hareketler, obje kullanımı veya konuşma (basit motor stereotipiler, oyuncakları dizme veya çevirme, ekolali, idiyosenkritik 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 karşı aşırı duyarsızlık, belirli ses ve 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 aşmıyaya dek fark edilmemiş veya daha sonra hayatta öğrendiği stratejilerle maskelenmiş olabilir).

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

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

Not: DSM-IV'e göre Otistik Bozukluk, Asperger Bozukluğu ve YGB-BTA tanısı almış olanlara OSB tanısı verilmelidir. Sosyal iletişimsel alanda problem olan ancak OSB tanısı almayanlar sosyal (pragmatik) iletişimsel bozukluk açısından

değerlendirilmelidirler.

- Zihinsel yetersizliğin eşlik edip etmediğini,
- Dil yetersizliğinin eşlik edip etmediğini,
- Bilinen bir tıbbi, genetik veya çevresel faktörün eşlik edip etmediğini,
- Başka nörogelişimsel, ruhsal veya davranışsal durumların olup olmadığını,
- Katatoninin eşlik edip etmediğini belirtiniz [1].

2.2. OSB Epidemiyolojisi

OSB'nin sıklığını araştıran çalışmalarda yıllar içerisinde giderek artan oranlar bildirilmiştir. 1996 yılında yapılan ilk epidemiyolojik çalışmada otizmin prevalansı yaklaşık 10000'de 4 olarak bildirilmiştir [25]. Amerika Birleşik Devletleri Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezi OSB sıklığını, 2006 yılında 1/150, 2012 yılında 1/88 ve son olarak 2014 yılında 1/68 olarak bildirmiştir [26-28]. OSB sıklığının yıllar içindeki artışını değerlendiren çalışmalar, bu durumu tanı kriterlerinin değişmesi, hastalık tanımının genişletilmesi, hastalığa yönelik sosyal farkındalığın artması, hastalık hakkında daha fazla bilgi sahibi olma, sağlık hizmetine daha çok ve kolay ulaşılması ile açıklamışlardır [29, 30].

OSB erkeklerde kızlara oranla 3,5-4 kat daha sık gözlenmektedir. OSB'li çocuklarda eşlik eden bilişsel gerilik arttıkça erkek/kız oranı kız lehine artmaktadır. Çalışmalardan elde edilen bulgular OSB'nin erkeklerde daha yaygın görüldüğü fakat kızlarda daha ağır seyrettiği ve daha fazla bilişsel gerilik eşlik ettiğini ortaya koymuştur [30].

2.3. OSB Etiyolojisi

OSB'nin çoğul etmenlerin etkileşimi sonucu gelişen bir beyin bozukluğu olduğu kabul edilmektedir. DSM 5'te nörogelişimsel bozukluklar grubunda yer alması otizmin "gelişimsel bir beyin hastalığı" olduğu gerçeğini vurgulamaktadır. OSB'nin etiyojisine yönelik yapılan çalışmalar, beyindeki değişimleri (yapısal ve işlevsel ve bu değişimlere yol açan etmenleri (genetik ve çevresel) araştırmaya odaklanmıştır [21].

2.3.1. Nörobiyolojik Faktörler

OSB'de beyindeki değişimler alanında 1998 yılında Kemper ve Bauman tarafından yapılan ilk önemli çalışmada postmortem beyin ağırlığında artış ve özellikle hipokampus, subikulum, septal nukleuslar ve bazı amigdala alt çekirdeklerinde küçük, yoğunlaşmış nöronlarla birlikte purkinje hücre yoğunluğunda azalma olduğu bildirilmiştir [31]. Nörogörüntüleme çalışmalarında OSB'de beyin gelişimdeki anormalliklerin erken yaşlarda başladığı, üç yaş öncesinde özellikle frontal lob, temporal lob ve amigdalada olmak üzere beyinde aşırı büyüme olduğu sonra bu büyümenin durduğu bildirilmiştir. OSB'li bireylerde amigdala, temporal lob, frontal lob ve serebellum en çok farklılığın bildirildiği beyin bölgeleridir [32].

OSB'de EEG anormallikleri %50 oranında olduğu bildirilmiştir. EEG çalışmalarının bazılarında OSB'de görülen regresyonun epileptik aktivitenin sonucu olduğu bildirilmiştir, fakat bu alanda yapılan diğer çalışmalarda bu bulgu tutarlı bulunmamıştır [33].

PET ve SPECT çalışmalarında ise beynin kan dolaşımında global bir bozulma bildirilmemiştir. fMRG çalışmalarında duyguları anlama görevi sırasında amigdalanın aktive olmadığı, yüz okuma görevi sırasında sağ fusiform girusta aktivite azalması olduğu bildirilmiştir. Elde edilen bu bulgular sosyal alanda bozulma ile ilişkilendirilmiştir. Nörokimyasal çalışmalarda gabaerjik ve serotoninerjik sistemin OSB ile ilişkili olduğu, hipoglutamaterjik bir bozukluk olduğunu düşündüren veriler elde edilmiştir [32].

Nörogelişimsel bir bozukluk olarak kabul edilen OSB'de beyin gelişiminde erken evrelerde yapısal ve işlevsel değişim gözlenmekte ve bu değişimin gen-çevre etkileşimi ile ortaya çıktığı kabul edilmektedir [3].

2.3.2. Genetik Faktörler

İkiz çalışmalarında tek yumurta ikizleri arasında konkordans %36- %91, çift yumurta ikizleri arasında ise %5 olarak bildirilmiştir [34]. Özellikle birden fazla etkilenmiş bireyin olduğu aileler ve zeka puanları 60'ın üstünde olan otizmlilerin ailelerinde, yüksek geniş fenotip oranı bildirilmiştir [35]. Aile ve ikiz çalışmalarının

sonucunda elde edilen bulgular OSB'nin genetik bir hastalık olduğunu düşündürmekte ve OSB gelişiminde genetik yatkınlık önemli bir faktör olarak kabul edilmektedir [34].

Genetik mekanizmaların kişileri bazı çevresel risk faktörlerinin etkilerine karşı duyarlı hale getirdiği ve çevresel faktörlerin de genetik komponentleri çeşitli seviyelerde etkilediği bilinmektedir. Epigenetik mekanizmaların sinir sisteminin normal gelişiminde kritik rolü olduğu tanımlanmıştır [36, 37]. OSB'de genetik faktörleri araştıran son çalışmalar postsinaptik yoğunluk, sinaptogenez, hücre adezyonunda rolü olan genlerdeki varyansların otizme yatkınlıkla ilgili olduğunu bildirilmiştir [3].

2.3.3. Çevresel Faktörler

OSB etiolojisinde çevresel faktörler üzerine yapılan çalışmaların sonucunda ileri baba yaşı, annenin hamilelikte geçirdiği enfeksiyonlar, cıvaya maruziyet, tarım ilaçlarına maruziyet, hava kirliliği, egzoz dumanına hamilelikte sıklıkla maruz kalma, beslenme, D vitamini eksikliği, aşılar suçlanan faktörler arasındadır. Ancak suçlanan tüm bu faktörler arasında en tutarlı veriler “ileri baba yaşı” ile ilgili elde edilmiştir. İleri baba yaşı şuan OSB için risk faktörü olarak kabul edilmekte ve biyolojik sürecin bir belirleyicisi olarak tanımlanmıştır [37].

Çalışmalardan elde edilen mevcut veriler çevresel faktörlerden hiç birisinin tek başına bir sebep olamayacağını ancak genetik yatkınlık ve çoğul çevresel faktörlere birlikte maruz kalmanın sinerjistik etkisinin bu sürece katkıda bulunduğunu ortaya koymuştur [38].

2.4. OSB'nin Klinik Özellikleri

DSM 5 sınıflama sistemi OSB'nin klinik özelliklerine boyutsal yaklaşım getirmiştir. Belirtileri sosyal-iletişimsel alanda yetersizlik ve tekrarlayıcı törensel davranışlar olmak üzere iki boyutta ele almaktadır. Bu iki boyutta yer alan belirtiler erken çocukluk çağından itibaren başlamakta ve günlük hayattaki işlevleri olumsuz etkiler. OSB belirtilerinin farkedilmesi bu belirtilerin şiddeti, gelişimsel seviye ve yaşa göre değişmektedir [21].

Toplumsal iletişim alanındaki belirtiler, duygusal ve sosyal etkileşimde, karşılıklı diyalog yürütmede, sözel olmayan iletişimde ve insani ilişkiler kurmak ve yürütmekteki sorunları içermektedir. Karşılıklı sosyal-duygusal etkileşimde yetersizlik ise küçük yaşlardan itibaren bu bireylerin yaşlıları ile etkileşimi, paylaşımı, taklide dayalı beceriler, duygusal alışverişi yaşlılarına oranla kısıtlılığı ile kendini gösterir. Dil becerisi gelişenlerde bile yeni sosyal ortamlarda karşılıklı diyalogda ve farklı konularda görüş alışverişinde sıkıntı söz konusudur. Sözel olmayan iletişimsel becerilerdeki yetersizlik; göz kontağının azlığı/yokluğu/ tuhafılığı, jestler, yüz ifadesi, beden dili ve konuşma tonunda farklılık şeklinde görülmektedir. Erken yaşlardan itibaren ortak dikkat eksikliği, işaret etme eksikliği, başkaları ile ilgisini paylaşma eksikliği söz konusudur [29].

Kısıtlı, tekrarlayıcı davranış örüntüsü, ilgiler ve davranışlar, yaşla değişmekte ve farklı görünüşler sergilemektedirler. OSB’li çocuklarda basit motor stereotipi, işlevsel olmayan nesnelere tekrarlayıcı oyunlar, tekrarlayıcı konuşmalar, tipik oyuncuğa ve oyuna ilgi göstermeme, oyuncaklarla oynamaktan çok onları inceleme, dizme gibi davranışlar sıktır. Tekrarlayıcı törensel davranışları olabilir, “aynı” işlerin tekrarında ısrarcı olabilir ve rutinleri bozulduğunda kaygı yaşayabilirler. Örneğin hep aynı kıyafeti giyip hep aynı yoldan yürümek, aynı tarz yemeyi seçmek ve ufak çevresel değişimlere öfke ile yanıt vermek şeklinde davranışlar gözlenmektedir [39]. OSB’li bireylerde duyusal az duyarlılık ya da aşırı duyarlılık sıklıkla gözlenmektedir ve bunun sonucu olarak da OSB’li bireyler duyusal uyaranlara farklı tepkiler verebilmektedir [40].

OSB’de en sık başvuru yaşı 2-3 yaş arası ve en sık başvuru yakınması konuşma gecikmesi olarak bildirilmiştir. Konuşma gecikmesi ile birlikte bu yaş grubunda gözlenen diğer belirtiler sosyal alanda yetersizlikler; kısıtlı taklit, yalnızlığı tercih etme, başkalarına bakmama, sosyal gülümseme ve kısıtlı yüz ifadesi, boş gülme, ismine bakmama, çevreden izole görünme, erişkinlerin ilgisini çekmede isteksizlik, bakış anormallığı sayılabilir. 2-3 yaş grubu OSB’li çocuklarda yaşlılarına ilgi yok veya zayıftır, basit taklide dayalı becerileri, paralel oyun, yaşlıları ile karşılıklı oyun kurma ve yürütme becerileri gelişmemiştir [41].

Okul öncesi dönemde OSB'li çocuklarda yaşıtlardan farklılık, kısıtlı jest-mimikler, başkaları ile etkileşime girmekte isteksizlik, yaşıt aramama ve yaşıt ile ilişki sürdürememe belirginleşmektedir. Dil gelişimi ve iletişim sorunları bu dönemde ön planda olan sorunlardır. Dil becerilerinin geliştiği vakalarda ise stereotipik ve yineleyici dil kullanımı, ani ve geç ekolali, idiosinkratik dil, şahıs zamirlerini karıştırma, normal prozodinin kaybı, bozulmuş semantik gelişim, sosyal etkileşim için dilin kullanımında sorunları içeren tarzda dil kullanımı normalden farklı olmaktadır (45). Konuşamayan grupta ise anlamsız sesler çıkarma bazen neolojizm görülmektedir. Bu dönemde sallanma, kendi ekseninde dönme, parmak ucunda yürüme, garip el hareketleri, kanat çırpma gibi motor stereotipiler sık görülmekte; ayrıca törensel davranışlar örneğin oyuncak dizme, oyuncakların belli parçaları ile oynama söz konusu olmaktadır [42].

2.5. OSB'nin Tedavisi

OSB'nin kanıtlanmış, etkin, temel belirtileri hedef alan özgün bir tedavisi yoktur. OSB'de işlevsellik düzeyi ve yetersizlik alanlarını belirlenerek bu alanlara yönelik tedavi planı yapılmaktadır. OSB'de tedavi yaklaşımları eğitsel ve farmakolojik olarak gruplanmakta ve hastalığı özgü belirtileri hafifletmek ve işlevselliği arttırmaya yönelik temel yaklaşım eğitsel tedavilerdir. Eğitsel tedaviler ile sosyal-iletişimsel alanda gelişme, istenmeyen davranışları azaltma, yeni beceriler kazandırma hedeflenmektedir [43].

OSB'de temel belirtilerine etki eden ilaç olmamasına rağmen, eşlik eden davranışsal sorunları ve komorbid psikiyatrik tanılar için sıklıkla ilaç kullanılmaktadır. OSB'de Risperidon ve aripiprazol iritabilite, öfke, tik ve tekrarlayıcı davranışlarda, serotonin geri alım inhibitörleri anksiyete, depresyon, obsesif kompulsif bozuklukta, atomoksetin ve psikostimülanlar hiperaktivite ve dikkat sorunlarında, antiepileptikler ise duygudurum düzenleyicisi olarak kullanılan farmakolojik ajanlardır [44].

2.7. OSB'de Uyku Sorunları

Uyku, basit bir dinlenme durumundan çok yoğun beyin aktivitesinin görüldüğü aktif bir süreçtir. Uykunun beyin gelişimi üzerine, beyin gelişiminin uyku üzerine etkisi olduğu düşünülmektedir. Gelişmekte olan çocuklarda uyku enerji korunumu, beyin gelişimi, biliş ve hafızanın güçlendirilmesi, davranış düzenlenmesi ve öğrenme gibi pek çok önemli fonksiyona sahiptir. Uyku sorunlarının gün içindeki işlevselliği yordayan önemli bir değişken olduğu bilinmektedir [45]. Uyku, bilişsel süreçler ve adaptif beceriler arasında bir ilişki olduğu ve gelişim geriliği olan bireylerin gelişimsel olarak normal olan akranları ile karşılaştırıldığında farklı ve bozulmuş uyku düzenine sahip oldukları gösterilmiştir [8].

Sağlıklı çocuklarda uyku sorunları nörogelişimsel bozukluklar (epilepsi), tıbbi durumlar, çocuğun mizacı (vijilans, direnç, hiperkativite), duygudurum bozuklukları, içevuruk ve dışavuruk davranışlar, ilaç kullanımı ve bilişsel gerilik ile ilişkili bulunmuştur [46].

Gelişimsel geriliği olan çocuklarda uyku sorunlarına tipik gelişen çocuklara oranla oldukça sık rastlanmaktadır. OSB'li bireylerde uyku sorunları %40-80 oranında bildirilmişken yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş kontrol gruplarında bu oranların

%25-40 civarında olduğu bildirilmiştir [8, 45]. OSB'li çocuklar otizmin özgün davranışsal özellikleri nedeni ile uyku sorunları için riskli grup olarak tanımlanmışlardır. OSB'li, gelişimsel geriliği olan ve tipik gelişen çocuklarda uyku sorunlarını araştıran bir çalışmada uyku sorunu %53 ile en çok OSB'de, %46 gelişimsel gerilikte ve %32 tipik gelişenlerde saptanmıştır [8].

OSB'li bireylerde semptom şiddetinin ve hastalık görünümünün heterojen olması gibi uyku profili ve uyku sorunları da çeşitlilik göstermektedir. OSB'li bireylerde en sık tanımlanan uyku sorunları arasında yatağa gitmeye karşı direnç, gece uykuyu başlatmada güçlük, uzamış uyku latansı, sık gece uyanmaları, azalmış uyku etkinliği, azalmış toplam uyku süresi, gündüz uykululuk hali, düzensiz uyku saatleri, sirkadiyen ritm bozukluğu, REM bozukluğu yer almaktadır. Uyku problemlerinin OSB'li bireylerde yaşam boyu devam ettiğini gösteren çalışmalar mevcuttur [7, 45, 47].

OSB’de uyku sorunları ile ilgili etyolojik çalışmalar yapılmış fakat bu konu yeterince aydınlatılamamıştır. Serotonin metabolizması ve fonksiyonun bozuk olması, melatonin metabolizması ile ilgili farklılıklar, kortikal internöronların genetik bozukluğu (özellikle GABAerjik inhibitör nöronlardaki bozukluklar) en çok üzerinde çalışılan nörofizyolojik ve nörokimyasal mekanizmalar arasındadır [48].

OSB’li çocukların sabit uyku rutini ve uyuma, uyanma saatleri genellikle yoktur. Sabit uyuma ve uyanma saatlerinin olmaması ve geç uyumaları genellikle OSB’lilerde görülen sirkadiyen ritm bozukluğuna bağlanmaktadır [9, 48]. Davranışsal insomnia OSB’li çocuklarda en sık görülen uyku sorunları arasında tanımlanmış ve duygu düzenlemesindeki sorunlar, uyku hijyenin kötü olması, ebeveynin uygunsuz tutumları sonucu ortaya çıktığı belirtilmiştir [4, 6].

OSB’li bireyler sosyal ipuçlarının daha az farkında olduğu için uyku ile ilgili sosyal ipuçlarını daha az fark ederek bunlara daha az yanıt veriyor olabileceği bildirilmiştir [49]. Bazı araştırmacılar OSB’li çocuklardaki sosyal ipuçlarını anlamadaki zorluğun özellikle erken çocukluk döneminde uykuyu başlatmada da önemli olduğu, bu durumun erken dönemde fark edilip müdahale edilmesinin önemli bir odak noktası olduğunu bildirmişlerdir [48].

OSB’li çocukların ebeveynlerinde depresyon ve anksiyete bozukluğu yaygın olarak görülmektedir [50]. Ebeveynin depresyon ve anksiyetesi tutarlı ebeveynlik rolünü zorlaştırmaktadır. Özellikle erken çocukluk döneminde ebeveynin duygudurumunun çocuğun uyku düzeni üzerinde önemli bir yordayıcı olduğu gösterilmiştir. Ebeveyndeki yüksek depresyon ve anksiyete bozukluğu oranlarının, çocukta da yüksek düzeyde uyku sorunlarına neden olduğu saptanmıştır [14, 15].

OSB’de uyku sorunlarının sık görülmesinde genetik faktörler, komut alma güçlükleri, duygu düzenleme zorlukları, uyku sırasında dikkatlerinin farklı şeylere kayması, ayrılık kaygısı etken olarak bildirilmiştir [47].

OSB’li bireylerde kanda düşük serum ferritin seviyeleri birçok çalışmada bildirilmiştir. Demir eksikliği olan kişilerde uyku uyanıklık siklusu da bozulduğu için uyku bozuklukları da sık olarak görülmektedir. Dosman ve ark tarafından yapılan bir çalışmada OSB’li çocuklarda düşük serum ferritin düzeyleri ile azalmış uyku arasında bir ilişki olduğu gösterilmiştir [51, 52].

OSB’de uyku sorunları ile ilgili yapılan çalışmalarda eşlik eden depresyon ve anksiyete belirtileri, solunum sorunları (üst solunum yolu enfeksiyonu, astım), allerji, ifade edemedikleri ağrı veya gastrointestinal sistem sorunlarının (kolik, reflü, kabızlık, ishal, karın ağrısı, süt allerjisi) da uykusuzluğa yol açabildiği bildirilmiştir [7].

Epilepsi tanılı bireylerde uyku sorunlarının sık olarak gözlemlendiği iyi bilinmekte ve OSB’de epilepsi komorbiditesi de oldukça sık (%6-60) görülmektedir. Epilepsinin eşlik ettiği OSB’li çocuklarda daha sık uyku sorunu bildirilmiştir [33]. OSB’li bireylerde %25-70 sıklıkta psikiyatrik komorbidite bildirilmiştir. Anksiyete ve DEHB geçikmiş uyku başlangıcı ve insomnia ile ilişkili bulunmuştur. Antipsikotik ve selektif serotonin reuptake inhibitorü kullanımının uyku-uyanıklık siklusunu bozduğu bilinmektedir [6].

Yüksek işlevli otistik bireylerle karşılaştırıldığında düşük işlevli otistik bireyler daha şiddetli uyku- uyanıklık siklusu ile ilgili bozulmalar bildirilmiş. Uyku- uyanıklık siklusu ile ilgili olan bu bozulmalar bilişsel sorunların şiddeti ile ilişkili bulunmuştur [45, 47]. Regresyonu olan OSB’li çocukların regresyonu olmayanlara göre daha çok uyku sorunu yaşadıkları bildirilmiştir [9].

Duyulara yetersiz yanıt veren, duyuşsal arayışa giren ve işitsel filtreleme problemi yaşayan OSB’li çocuklar daha çok uyku sorunu yaşamaktadır. Aynı zamanda, belirli tat, koku ve dokulara duyarlı çocuklar bu duyuları etkileyecek günlük aktivitelerle karşı karşıya kaldıklarında tedirginleşebilir ve uyku başlangıçları gecikebilir [6, 40].

OSB’de uyku sorunun eşlik etmesi bireyin öğrenme, davranış ve duygu denetimini kötüleştirmektedir [6-8]. Uyku sorunları aynı zamanda OSB’nin temel belirtilerinin (stereotipik davranışlar ve sosyal- iletişimsel kısıtlılıklar) ve davranış sorunlarının (öfke nöbeti, kendine zarar verme, agresyon) şiddetini de arttırmaktadır [6]. Kısa uyku süresinin OSB belirti şiddeti, sosyal beceri ve iletişimdeki bozulmalar, kısıtlı-tekrarlayıcı davranış örüntüsü, işlevsel olmayan rutinlere bağlı kalma ile korelasyon gösterdiği bilinmektedir [10]. Uyku sorunlarının artmış yıkıcı davranışlar, hiperaktivite, karşı gelme, agresyon, irritabilite, affektif sorunlar ile ilişkili olduğu, bu belirtilerin de bireyin öğrenme, sosyal ilişkiler alanlarını etkileyerek gün içi işlevselliği olumsuz etkilediği bildirilmiştir [45, 53]. Yapılan çalışmalardan elde edilen bulgular

bölünmüş uykunun gündüz davranışını etkilediğini ve OSB'li çocukların yaşadığı aynı uykusuzluğa neden olan sorunların ve davranışların yetersiz bir uyku gecesinin ardından daha da kötüleştiğini ortaya koymaktadır [6].

Hollway ve Aman 2011 yılında OSB'li çocuklarda uyku sorunlarını konu alan gözden geçirmesinde uykuya etki eden süreçleri ve birbirleri ile etkileşimlerini açıklamak için iki yönlü teorik çerçeve ortaya koymuşlardır. Hollway ve Aman yatkınlık-stres modellerini açıklayan incelemelerden esinlenerek bu çerçeveyi kavramsallaştırmışlardır. Bu iki yönlü çerçeve, uykuyu etkileyen değişkenlerin kombine etkilerinin bir çocuğun uyku sorunlarına nasıl yatkın olabileceğini ve uyku sorunlarının uykuyu etkileyen davranışı nasıl şiddetlendirebileceğini açıklığa kavuşturmuştur. Tanımladıkları modelde, otizm belirti şiddeti ve otistik belirti kümelerinin herhangi bir kombinasyonun hassasiyet faktörleri olarak görev yaparak çevresel stresörler ile birlikte ortaya çıktıklarında OSB'li çocukları uykusuzluğa yatkın hale getirmektedir. Çevresel uyaranlara karşı akut anksiyete ile ilgili tepki olasılığını artırmak için OSB'ye ait her belirti alanın aditif etkisinin olmaktadır. OSB belirtilerinin şiddeti, uygun olmayan başa etme becerileri ve uykusuzluğun tetiklenmesi için bir katalizör görevi görmektedir. Zihinsel düzey OSB'de belirti şiddetinde ve uyku sorunlarının ortaya çıkmasında moderetör olarak işlev görmektedir. Aynı zamanda OSB belirti şiddetinin ve içevuruk davranışın OSB'de uyku sorunlarının en güçlü yordayıcılarıdır [6, 10].

OSB'li çocuklardaki uyku sorunlarının değerlendirilmesi ve tedavisi hem çocuk hem de aile için büyük önem taşımaktadır. Sağlıklı uyumayan bir çocuğun ertesi gün öğrenmesi aksayacak, davranışsal sorunları artacak, eğitimden istenilen düzeyde faydalanamayacak, bütün ailenin yaşam kalitesi, iş verimi ve çocuğa bakım yükü ile baş etme becerileri ve enerjilerinde sorun ortaya çıkacaktır [3].

2.6. OSB'de Beslenme Sorunları

OSB'de görülen beslenme sorunları hastalık ilk tanımlandığı dönemden itibaren bilinmekte ve hastalığın bir özelliği olarak değerlendirilmektedir [54]. OSB'li çocukların tipik gelişen çocuklardan 5 kat daha sık beslenme sorunu yaşadığı bilinmektedir. Yapılan çalışmalarda OSB'de beslenme sorunlarının sıklığı %13-87

olarak saptanmıştır [2, 16, 17, 55, 56]. OSB'li çocuklarda görülen beslenme sorunları en sık görüleni gıda seçiciliği olmak üzere yeme becerilerinde zorluk, seçici, garip ve alışılmışın dışında yeme davranışı, yemeklerin belli şekilde sunumuna karşı hassasiyet, yeni yiyeceklerden kaçınma, tek tip besinin oldukça fazla ve ısrarlı şekilde alımı ve yemek zamanı davranış sorunları olarak tanımlamıştır [16, 56]. Gıda seçme; kısıtlı çeşitte gıda tüketimi, bazı besinleri reddetme, belli yiyeceklerin aşırı miktarda tüketimi ve belli grup besinin seçici olarak tüketilmesi olarak tanımlanmaktadır [2].

OSB'de görülen beslenme sorunlarının çok erken dönemde, ek gıdaya geçişle başladığını ortaya koyan çalışmalar olmakla birlikte beslenme sorunlarının ne zaman ortaya çıktığı ile ilgili veriler kısıtlıdır. İngiltere' de doğumdan itibaren izleme alınan çocuklarda yeme ve diyet örüntüsünü sorgulayan boylamsal bir çalışmada; 6 aya kadar olan dönemde çocukların diyet ve yeme örüntülerinde farklılık saptanmazken 6 aydan sonraki dönemde ilerde OSB tanısı alan çocukların OSB tanısı almayanlara göre daha az sebze ve meyve tükettikleri, tükettikleri gıda çeşitliliğinin daha kısıtlı olduğu saptanmıştır [57]. Seçici beslenme gelişimsel sorunları olan ve tipik gelişen çocuklarda da sık görülmesine rağmen bazı araştırmacılar seçici beslenmenin otizmin ön belirtisi olabileceğini söylemişlerdir. OSB'li çocuklarda görülen seçici beslenme sağlıklı gelişen çocuklardakinden daha şiddetli olmakta ve daha uzun sürebilmektedir [58].

OSB'li çocuklarda ailelerin sıklıkla uyguladıkları diyetler (özellikle glutensiz ve kazeinsiz) dikkate alındığında beslenme örüntüsünün değerlendirirken ailenin seçimini de sorgulamak önemlidir [17].

OSB'de eşlik eden beslenme sorunlarına ikincil olarak gelişen malnütriyon, D vitamini ve kalsiyum eksikliği, demir eksikliği, skorbüt, dehidratasyon olgu sunumu şeklinde alanyazında bildirilmiştir. OSB'de gıda seçiciliği ile ilgili yapılan çalışmalarda gıda seçiciliğinin besinsel eksikliği yordadığı ile bulgular olmasına rağmen gıda seçiciliği ile besinsel eksiklik arasındaki ilişki tam olarak belirlenememiştir [16, 59-61].

Yemek zamanı davranışlarını değerlendiren çalışmalarda OSB'li çocukların yemek sırasında yıkıcı davranışlar sergiledikleri, aynılıkta ısrar ettikleri ve ebeveynler için bu davranışların stres ortaya çıkardığı, ailenin sosyal fonksiyonunu olumsuz etkilediği bildirilmiştir. Yemek zamanı davranışları ile tekrarlayıcı davranışlar,

anksiyete, duyuşal bozulmalar, içevuruk ve dışavuruk davranışlar arasında ilişki saptanmıştır [55].

OSB’de eşlik eden beslenme sorunlarında gıdaların tat, koku, sıcaklık, şekil gibi özelliklerinin etken olduğunu bildiren çalışmalardan yola çıkarak duyuşal az/aşırı duyarlılığın belirleyici olabileceği bildirilmiştir [2, 40]. Tekrarlayıcı ritualistik davranışlar ve kısıtlı ilgi alanı OSB’nin temel belirtilerinden biri olup hayatın pek çok alanını etkilediği gibi beslenme sorunlarına da yol açmaktadır [39]. OSB’li çocuklar yeni deneyimlere, yeni yiyecekleri denemeye karşı oldukça dirençlidirler. Kısıtlı diyet belli yiyeceklerden kaçınma ya da besin olmayan maddeleri yemeye çalışma, yemekle ilgili ritüeller ve davranışlar sergilemektedirler [56].

Gastrointestinal sistem belirtileri OSB’li çocuklarda sıklıkla bildirilmektedir. OSB’li çocuklarda sık görülen GİS belirtileri kabızlık, ishal, kusma, karın ağrısı, karında şişkinlik ve gastroözefageal reflü olarak tanımlanmaktadır. Bu belirtiler beslenme sorunlarına yol açabileceği gibi aynı zamanda beslenme sorunlarına ikincil olarak da gastrointestinal belirtilerin ortaya çıktığı öne sürülmüştür [62, 63].

OSB’li çocuklarda beslenme sorunlarının erken tanınması ve müdahalesi erken yaştaki beslenme bozukluğunun bilişsel, motor ve davranış gelişimini etkilemesi ve diğer davranış sorunları gibi beslenme sorunlarına da erken davranışçı müdahale ile etkin sonuç alınması nedeniyle önem taşımaktadır [64].

2.8. OSB’de Gastrointestinal Sistem Belirtileri

Sağlıklı gelişen çocuklarda gastrointestinal sistem sorunları sık görülmekle birlikte yapılan çalışmalarda OSB’li çocuklarda tipik gelişenlerden daha sık gastrointestinal sistem sorunları görülmektedir. OSB’de gastrointestinal belirtilerin sıklığı %9-%70 olarak bildirilmiştir [62].

Kabızlık, karın ağrısı, reflü OSB’de en sık bildirilen gastrointestinal sistem belirtileridir. OSB’li çocukların sözel becerileri ve kendini ifade etmekte kısıtlılıkları sebebiyle, bu belirtiler davranışsal bozulma, uyku sorunları ve gerginliğe yol açmaktadır. Bu çocukların barsak alışkanlıkları, beslenme örüntüleri, besin çeşitliliği ve kalitesinin değerlendirilmesi gerekmektedir. Özellikle uyku sorunu, irritabilite,

huzursuzluk belirtileri olan OSB'li çocuklarda gastrointestinal sistem sorunlarının değerlendirilmesi önerilmektedir. Gastrointestinal sistem sorunlarını değerlendirirken gıda allerjisi, gıda intoleransı ve vitamin eksikliklerinin gözden geçirilmesi gerekmektedir [40, 62, 63].

2.9. Çalışmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı 2-6 yaş arası, DSM 5 tanı kriterlerine göre OSB tanısı almış çocuklarda uyku ve beslenme sorunlarının sıklığı, erken dönem özelliklerinin belirlenmesi, bu sorunların OSB'nin temel belirtileri, annelerinin depresyon ve anksiyete düzeyleri ile olan ilişkinin incelenmesi ve çocukların annelerinin yaşam kalitesine olan etkisinin incelenmesidir.

2.10. Çalışmanın Varsayımları

Yazındaki çalışmalardan yola çıkarak OSB'li çocuklarda uyku ve beslenme sorunları sık görüleceği, saptanan uyku ve beslenme sorunlarının OSB belirti şiddeti, gastrointestinal sistem belirtileri, çocukların annelerinin depresyon ve anksiyete düzeyleri ile pozitif yönde ilişkili olacağı varsayılmıştır. Uyku ve beslenme sorunlarının şiddeti yüksek olan çocukların annelerinin yaşam kalitesinin düşük olacağı hipotezi kurulmuştur.

3. YÖNTEM VE ARAÇLAR

3.1. Araştırmanın Deseni

Araştırma kesitsel çalışma olarak tasarlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu araştırma Şubat 2017 ve Nisan 2017 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmaya Hacettepe Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran, psikiyatrik değerlendirmelerinde DSM-5 tanı kriterlerine göre Otizm Spektrum Bozukluğu tanısı konulan ve araştırmaya katılmaya gönüllü 54 hasta alınmıştır. Araştırma, Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından, 31.01.2017 tarihinde 16969557-168 sayı numarası ile onaylanmıştır. Hastaların ailelerinden yazılı onay alınmıştır.

3.3. Araştırmanın Örneklemi

Çalışmaya DSM 5 tanı kriterlerine göre otizm spektrum bozukluğu tanısı konulan, 2-6 yaş arasında olan, bilinen oral motor becerilerde güçlüğü, serebral palsi ve diğer nörolojik defisiti, fiziksel gelişimi etkileyen ağır tıbbi bozukluğu olmayan, metabolik veya başka tıbbi bir hastalık nedeni ile diyet uygulamayan, çalışmaya katılmayı kabul eden yazılı onam formunu imzalayan, katılımcılarının annelerinin en az ilkokul mezunu olduğu hastalar dahil edilmiştir. Bilinen ciddi kafa travması, ağır beyin hasarı ve genetik bir hastalığı olan, metabolik veya başka tıbbi bir hastalığı olup ve bu amaçla özel bir diyet uygulayan hastalar, çalışmada kullanılan ölçükleri tamamlayamayan hastalar çalışmadan çıkarılmıştır.

3.4. Uygulama

Hacettepe Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran çocuklar, kendi hekimlerince OSB tanısı konup tedavisi planlandıktan sonra, araştırmacı tarafından çalışmanın ölçütlerine uygunluk

açısından değerlendirilmişlerdir. Çalışmaya alınma kriterlerini karşılayan olguların ebeveynleri çalışma hakkında bilgilendirilerek çalışmayı katılmayı kabul edenlerden yazılı aydınlatılmış onam alınmıştır.

Araştırmacı tarafından yapılan görüşmede katılımcılar DSM 5 tanı ölçütlerine göre otizm spektrum bozukluğu tanı geçerliliği açısından değerlendirilmiştir. Aile ile görüşme sırasında araştırmacılar tarafından hazırlanan sosyodemografik ve klinik bilgi formu doldurulmuş, çocukların boy ve kilo ölçümleri yapılmış ve otizm şiddetini değerlendirmek için çocukluk otizmi derecelendirme ölçeği kullanılmıştır.

Olguların ebeveynlerinden çocukların beslenme sorunlarını değerlendirmek için otizm öğün davranış kısa ölçeği, uyku sorunlarını değerlendirmek için çocuklarda uyku alışkanlıkları ölçeği doldurmaları istenmiştir. Olguların annelerinden öz bildirim ölçekleri olan anksiyete düzeyini belirlemek için beck anksiyete ölçeği, depresyon düzeyini değerlendirmek için beck depresyon ölçeği ve yaşam kalitesini değerlendirmek için otizmde yaşam kalitesi ölçeği-ebeveyn sürümünü doldurmaları istenmiştir. Tüm değerlendirmeler aynı gün içinde yapılmıştır.

3.5. Değerlendirmede Kullanılan Araçlar

3.5.1. Sosyo-Demografik Veri ve Görüşme Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan bu formda; çocuk ve ailesinin sosyodemografik özellikleri, OSB tanısını aldığı yaş, çocuğun gelişim öyküsü, anne sütü alma süresi, konuşma düzeyi, boy, kilo, vücut kitle indeksi, tıbbi hastalık öyküsü, ilaç kullanımı, gastrointestinal sistem belirtileri, görüşmede ebeveynler tarafından belirtilen yeme problemlerine DSM 5 kriterlerine göre herhangi bir yeme bozukluğunun eşlik edip etmediği ailede ruhsal ya da kronik fiziksel hastalık öyküsü sorgulanmıştır. Bu form birincil bakım veren kişiden alınan bilgiler doğrultusunda araştırmacı tarafından doldurulmuştur.

3.5.2. Çocukluk Otizmi Derecelendirme Ölçeği

Otizm tanısında ve otistik çocukların diğer gelişimsel bozukluğu olan çocuklardan ayırt edilmesinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Ölçek aile ile görüşme

ve çocuğun gözlemlenmesi sonucunda elde edilen bilgiler temel alınarak doldurulmaktadır. Ölçek ayrı birer alt ölçek görünümünde olan 15 maddeden oluşmakta, olguların insanlarla ilişkileri, taklit becerileri, duygusal yanıtları, beden ve nesne kullanımları, değişikliğe uyumları, sözel ve sözel olmayan iletişimleri, duygusal özellikleri, korkuları, etkinlik düzeyleri, zihinsel tepkilerin düzeyi ve tutarlılığı ve son olarak genel izlenimler değerlendirilerek çocukta otizmin derecesi belirlenebilmektedir. Her bir maddede, yukarıda belirtilen alanlar tek tek değerlendirilmektedir. Her madde 1 ile 4 arasında yarım derecelik puanlama ile derecelendirilmektedir. 30 ve üzerinde puan alan çocukların otistik bozukluğu olduğu düşünülmektedir. 30-36.5 puan arası hafif-orta şiddette otizmi, 37-60 puan arası ise ağır şiddette otizmi göstermektedir. Ölçeğin ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması 1996 yılında Sucuoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır [65].

3.5.3. Otizm Öğün Davranış Kısa Ölçeği

Lukens tarafından 3-11 yaş OSB'li çocukların öğün zamanı ve beslenme davranışlarını değerlendirmek için geliştirilen bir ölçektir [66]. Otizmlili ve zihinsel engelli bireylerde gözlenen beslenme sorunlarını değerlendiren 18 maddeden oluşmaktadır. Gıda reddi, yemek çeşitliliğinde kısıtlılık ve otizm ile ilgili davranış özellikleri olmak üzere 3 alt ölçekten oluşmaktadır. Kısıtlı çeşitlilik alt ölçeği yeni gıda deneme, gıdanın hazırlanış şekli, sunumu, tipine göre çocuğun tercihlerini sorgulamaktadır. Gıda reddi alt ölçeği çocuk sunulan gıdayı reddediğinde ortaya çıkan davranışları sorgulamaktadır. Otizmin özellikleri alt ölçeği ise tekrarlayıcı davranışlar, dikkatsizlik, kendine zarar verme davranışı gibi davranışları sorgulamaktadır. 5'li likert sistemine göre puanlanmakta ve 3,9,10 ve 15. maddelerin ters puanlanması gerekmektedir. Ölçekten alınan toplam puanın yüksekliği beslenme sorunlarının şiddetini göstermektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Meral ve arkadaşları tarafından 2014 yılında yapılmıştır [67].

3.5.4. Çocuklarda Uyku Alışkanlıkları Ölçeği

Çocukların uyku alışkanlıklarını ve uyku ile ilişkili sorunlarını araştırmaya yönelik olarak 2000 yılında Owens ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçeği

kısaltılmış formu toplam 33 madden oluşmaktadır [68]. Ölçekte yatma zamanına direnç, uykuya dalmakta güçlük, uyku süresi, uyku anksiyetesi, gece uyanma, parasomni, solunumla ilgili uyku sorunları, gün boyu uykululuk gibi uluslararası uyku sınıflandırmasına göre çocuklarda görülen uyku bozukluklarını tarayan sekiz alt ölçek bulunmaktadır. Anne babalardan geriye dönük olarak çocuğun uyku alışkanlıklarını bir önceki hafta üzerinden değerlendirmeleri ve ölçekteki maddeleri “Genellikle=3, Bazen=2, Nadiren=1” şeklinde puanlamaları istenmektedir. Toplam test puanı maddelerden tek tek elde edilen puanların toplanması ile elde edilmektedir. Toplamda elde edilen 41 puan kesim noktası olarak kabul edilmekte ve bunun üzerindeki değerler ‘klinik düzeyde anlamlı’ olarak değerlendirilmektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Fiş ve arkadaşları tarafından 2010 yılında yapılmıştır [69].

3.5.5. Beck Depresyon Ölçeği

Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan ölçek son bir haftadır kişinin kendini nasıl hissettiğiyle ilgili 21 sorudan oluşur ve her soruda 0 ile 3 arasında bir puan alınan 4 seçenek bulunmaktadır. 15 yaşın üzerinde ergen ve yetişkinlere uygulanabilen ölçek duygudurum, kötümserlik, başarısızlık duygusu, cezalandırılma duygusu, kendinden nefret etme, kendini suçlama, kendini cezalandırma arzusu, ağlama nöbetleri, sinirlilik, sosyal geri çekilme, kararsızlık, bedensel imge, çalışabilirliğin ketlenmesi, uyku bozuklukları, yorgunluk, iştahsızlık, kilo kaybı, somatik yakınmalar, cinsel istek kaybı gibi belirti kategorileri içermektedir. Çalışmada Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Hisli tarafından yapılmış olan form kullanılmıştır. Hisli’ nin yapmış olduğu geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında ölçeğin kesme puanı 17 olarak saptanmış, 17 ve üzerindeki BDE puanlarının tedavi gerektirebilecek depresyonu büyük oranda ayırt edebildiği görülmüştür. Ancak ölçeğin kullanım amacı tanı koymak olmayıp hastalığın şiddetini belirlemektir [70].

3.5.6. Beck Anksiyete Ölçeği

Bireyin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığını ölçen, 21 maddeden oluşan, 0-3 arası puanlanan Likert tipi bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçekte verilen belirtilerin son bir haftadır kişiyi ne kadar rahatsız ettiği sorgulanır. Toplam puanın

yüksekliği, bireyin yaşadığı anksiyetenin şiddetini gösterir. Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Ulusoy ve arkadaşları tarafından yapılmıştır [71, 72].

3.5.7. Otizmde Yaşam Kalitesi Ölçeği-Ebeveyn Sürümü

Eapen ve arkadaşları tarafından 2014 yılında OSB'li çocukların ebeveynlerinin yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. 2-18 yaş arasındaki OSB'li çocukların ebeveynleri tarafından 5'li likert sistemine göre puanlanmaktadır. Ölçek A ve B olmak üzere iki ayrı bölümden oluşmaktadır. A bölümü yaşam kalitesi alt ölçeğidir ve 28 maddede ebeveynin son 4 haftadaki yaşam kalitesini sorgulamaktadır. B bölümü ise OSB belirtilerin ebeveyn üzerindeki etkisini değerlendiren alt ölçektir ve 20 maddede otizme özgü güçlüklerin ebeveyn tarafından nasıl sorun olarak algılandığı sorgulanmaktadır [73]. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2016 yılında Gürbüz ve arkadaşları tarafından yapılmıştır [74].

3.5.8. Verilerin İstatiksel Analizi

Verilerin analizi SPSS for Windows 22 paket programında yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler dağılımı normal olan değişkenler için ortalama \pm standart sapma, dağılımı normal olmayan değişkenler için median (min – maks), nominal değişkenler ise vaka sayısı ve (%) olarak gösterilmiştir.

Grup sayısı iki olduğunda gruplar arasında ortalamalar yönünden farkın önemliliği *T* Testi ile ortanca değerler yönünden farkın önemliliği Mann Whitney U testi ile araştırılmıştır. Grup sayısı ikiden fazla olduğunda gruplar arasında ortalamalar yönünden farkın önemliliği ANOVA varyans analizi testi ile ortanca değerler yönünden farkın önemliliği kruskal wallis testi ile değerlendirilmiştir. Nominal değişkenler Pearson Ki-Kare veya Fisher exact testi ile karşılaştırılmıştır.

Sürekli değişkenler arasındaki ilişki araştırılırken dağılım normal olmadığında spearman korelasyon testi ile normal olduğunda pearson korelasyon testi ile değerlendirilmiştir.

Birbirlerinden bağımsız olarak değişkenlerin bağımlı değişken üzerine etkisi araştırılırken multiple lojistik regresyon analizi kullanılmıştır.

$p < 0,05$ için sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Çalışmaya Katılan Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

4.1.1. Yaş Ortalaması

Yapılan çalışmaya 2-6 yaş arası çocuklar alınmış, hastaların yaş ortalaması 42,5 ay olarak saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Yaş Ortalaması

	En düşük	En Yüksek	Ortalama \pm ss
Yaş (ay)	23	71	42,5 \pm 1,7

4.1.2. Cinsiyet Dağılımı

Yapılan çalışmaya içerleme ölçütlerine uygun alınan 54 hastanın 48'i (%88,9) erkek ve 6'sı (%11,1) kızdır (Bkz. Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Cinsiyet Dağılımı

Cinsiyet	Sayı	Yüzde (%)
Kız	6	11,1
Erkek	48	88,9
Toplam	54	100

4.1.3. Ebeveynlerin Yaş Dağılımı

Çalışmaya alınan hastaların annelerinin yaş ortalaması 33 babalarının yaş ortalamaları ise 36,6 olarak saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Ebeveynlerin Yaş Dağılımı

Ebeveyn Yaşı	En düşük	En Yüksek	Ortalama \pm ss
Anne yaşı (yıl)	20	45	33 \pm 5,9
Baba yaşı (yıl)	22	57	36,6 \pm 5,9

4.1.4. Ebeveynlerin Eğitim Düzeyi Dağılımı

Çalışmaya alınan hastaların ebeveyn eğitim düzeyleri tablo 4.4'te gösterilmiştir.

Tablo 4.4. Ebeveynlerin Eğitim Düzeyi Dağılımı

Ebeveyn Eğitim Düzeyi		Sayı	Yüzde (%)
Anne Eğitimi	İlkokul	12	22,2
	Ortaokul	11	20,4
	Lise	14	25,9
	Yüksekokul/Lisans	17	31,5
	Toplam	54	100
Baba Eğitimi	İlkokul	6	11,1
	Ortaokul	9	16,7
	Lise	17	31,5
	Yüksekokul/Lisans	22	40,7
	Toplam	54	100

4.1.5. Ailenin Aylık Gelir Düzeyi Dağılımı

Çalışmaya alınan hastaların ailelerinin ortalama aylık gelir düzey dağılımları tablo 4.5'te gösterilmiştir.

Tablo 4.5. Ailenin Aylık Gelir Düzeyi

Aylık gelir (TL)	Sayı	Yüzde (%)
600 -	2	3,7
600-1200	16	29,6
1200-2400	17	31,5
2400-5000	14	25,9
5000 +	5	9,3
Toplam	54	100

4.1.6. Ebeveynlerinde Akraba Evliliği Öyküsü

Çalışmamızda 4 (%7,4) hastanın ebeveyni akraba evliliği yapmıştır ve bunların hepsi 2. derece akraba (kuzen) ve daha uzaktan akrabadır (Bkz. Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Ebeveynlerinde Akraba Evliliği Öyküsü

Akraba Evliliği Öyküsü	Sayı	Yüzde (%)
Var (2. derece ve daha uzaktan)	4	7,4
Yok	50	92,6
Toplam	54	100

4.1.7. Hastaların Aile Yapıları

Hastaların 37 tanesi (%68,5) çekirdek, 10 tanesi (%18,5) geniş ve 7 tanesi parçalanmış (%13) aile yapısından gelmektedir (Bkz. Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Hastaların Aile Yapısı

Aile Yapısı	Sayı	Yüzde (%)
Çekirdek	37	68,5
Geniş	10	18,5
Parçalanmış	7	13
Toplam	54	100

4.1.8. Ebeveynlerin Çocuklarının Doğumundaki Yaş Dağılımı

Ebeveynlerin çocuklarının doğumundaki yaş özellikleri değerlendirildiğinde ortalama anne yaşı 28 ve ortalama baba yaşı 32,5 olarak saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Ebeveynlerin Çocuklarının Doğumundaki Yaş Dağılımı

	En düşük	En Yüksek	Ortalama \pm ss
Anne yaşı (yıl)	17	40	28 \pm 5,8
Baba yaşı (yıl)	20	53	32,5 \pm 5,9

4.1.9. Ailelerinde Tanı Konmuş Psikiyatrik Hastalık Sıklığı

Hastaların ailelerinde tanı konmuş psikiyatrik hastalık görülme sıklığı %35,2'dir (19 hastanın ailesinde psikiyatrik hastalık mevcuttur). %64,8 oranıyla 35 hastanın ailesinde tanı konmuş psikiyatrik hastalık yoktur (Bkz. Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Ailelerinde Tanı Konmuş Psikiyatrik Hastalık Sıklığı

Ailede Tanı Konmuş Psikiyatrik Hastalık Öyküsü	Sayı	Yüzde (%)
Var	19	35,2
Yok	35	64,8
Toplam	54	100

4.1.10. İlaç Kullanım Bilgisi

İlaç kullanma sıklığı %16,7'dir (9 hasta ilaç kullanmaktadır). İlaç kullanan hastalardan 4'ü risperidon, 2'si aripiprazole ve 3'ü levatirasetam kullanmaktadır (Bkz. Tablo 4.10).

Tablo 4.10. Hasta İlaç Kullanım Bilgisi

		Sayı	Yüzde (%)
İlaç kullanımı	Var	9	16,7
	Yok	45	83,3
Kullanılan ilacın adı	Risperidon	4	7,4
	Aripiprazol	2	3,7
	Levatirasetam	3	5,5

4.1.11. OSB Tanısını Aldıkları Yaş, Kardeş Sayıları, Özel Eğitim Durumları ve Konuşma Düzeyleri

Çalışmaya alınan 54 hastanın OSB tanısı aldıkları ortalama yaş 28,3 ay ve en erken tanı alma yaşı 14 ay olarak saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.11).

Tablo 4.11. OSB Tanısı Yaş Ortalaması

Tanı yaşı	En düşük	En Yüksek	Ortalama ± ss
Tanı yaşı (ay)	14	52	28,3±7,8

Hastaların kardeş sayıları dağılımı tablo 4.12’de gösterilmiştir.

Tablo 4.12. Kardeş Sayısı

	En az	En çok	Ortalama ± ss
Kardeş sayısı	0	3	0,94±0,8

Çalışmamızdaki hastaların %13’ü özel eğitim almamaktadır (Bkz. Tablo 4.13).

Tablo 4.13. Özel Eğitim Durumu

Özel Eğitim	Sayı	Yüzde (%)
Alıyor	47	87
Almıyor	7	13
Toplam	54	100

27 hastanın (%50) konuşmasının olmadığı 13 hastanın (%24,1) da tek kelimelerle konuştuğu bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.14).

Tablo 4.14. Konuşma Düzeyi

Konuşma Düzeyi	Sayı	Yüzde (%)
Konuşma yok	27	50
Tek kelimelerle konuşuyor	13	13,1
Basit cümle kuruyor	6	11,1
Akıcı konuşuyor	8	14,8
Toplam	54	100

4.1.12. OSB'ye Eşlik Eden Tıbbi Durumlar

Hastaların 50 tanesinde (%92,6) eşlik eden tıbbi durum yoktur, 1 hastada tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu, 3 hastada epilepsi olmak üzere toplam 4 hastada (%7,4) eşlik eden tıbbi durum bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.15).

Tablo 4.15. Eşlik Eden Tıbbi Durumlar

Eşlik eden tıbbi durum	Sayı	Yüzde (%)
Var	4	7,4
Yok	50	92,6
Toplam	54	100

4.1.13. Prenatal Sorun Oranları

Hastaların annelerinin gebelik döneminde 2'sinin anksiyete bozukluğu 2'sinin depresif bozukluk ve birinin obsesif kompulsif bozukluk olmak üzere toplam 5'inin (%9,2) psikiyatrik hastalık tanısının olduğu bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.16).

Tablo 4.16. Prenatal Sorunlar

Prenatal Sorun		Sayı	Yüzde (%)
Tıbbi Sorun	Var	5	9,2
	Yok	49	90,8
Ruhsal Sorun	Var	5	9,2
	Yok	49	90,8
İlaç Kullanımı	Var	3	5,6
	Yok	51	94,4
Alkol Kullanımı	Var	0	0
	Yok	54	100
Sigara Kullanımı	Var	0	0
	Yok	54	100

4.1.14. Gebelik Süresi, Doğum Şekli ve Doğum Ağırlığı

Hastaların %29,6'sı normal spontan vajinal yol (NSVY) ile %70,4'ünün ise sezeryan ile dünyaya gelmiştir (Bkz. Tablo 4.17).

Tablo 4.17. Doğum Şekli Dağılımı

Doğum Şekli	Sayı	Yüzde (%)
NSVY	16	70,4
Sezeryan	38	29,6
Toplam	54	100

Hastaların 44'ü zamanında, 7'si premature, 2'si preterm, 1'i ise postmatür olarak dünyaya gelmiştir (Bkz. Tablo 4.18).

Tablo 4.18. Doğum Zamanı Dağılımı

Doğum Zamanı	Sayı	Yüzde (%)
Prematürite	7	13
Preterm	2	3,7
Term	44	81,5
Postmatürite	1	1,8
Toplam	54	100

Hastaların ortalama doğum ağırlığı 2982,03 gram olarak bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.19).

Tablo 4.19. Doğum Ağırlığı

	En Düşük	En Yüksek	Ortalama ± ss
Doğum ağırlığı (gr)	1600	4500	2982,03±642,6

Çalışmamızdaki hastalardan sadece 1'inin (%1,9) anne sütü almadığı, ortalama anne sütü alım süresinin 15,8 ay olduğu bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.20).

Tablo 4.20. Anne Sütü Alım Süreleri

Anne sütü alım süresi	En Düşük	En Yüksek	Ortalama ± ss
Anne sütü alım süresi(ay)	0	61	15,8±10,5

Hastaların 8'i (%14,8) patolojik sarılık geçirmiş ve fototerapi almıştır.

Çalışmaya dahil edilen hastaların boy ortalaması 100,3 cm, kilo ortalaması 16,9 kg, VKİ 16,6 ortalaması ve VKİ percentil değeri ortalaması 59,7 olarak bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.21).

Tablo 4.21. Boy, Kilo, VKİ ve VKİ Percentil Dağılımları

	En Düşük	En Yüksek	Ortalama ± ss
Boy(cm)	85	118	100,3
Kilo(kg)	11,5	29	16,9
VKİ(kg/m²)	13,9	24	16,6
VKİ percentil (%)	5	99	59,7
VKİ-z skoru	-1,68	2,97	0,48±1,17

4.2. ÇUAÖ, OÖDKÖ, ÇODÖ, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve OYKA Puanları

Çalışmada değerlendirilen 54 hastadan 5 (%9,3) hastanın annesinde beck depresyon ölçeği puanlarına göre klinik olarak anlamlı düzeyde depresyon olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.22. ÇUAÖ, OÖDKÖ, ÇODÖ, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve OYKA Puanları

Ölçekler	En düşük	En Yüksek	Ortalama ± ss
ÇUAÖ	33	68	46,7±8,4
OÖDKÖ	24	69	42,7±9,6
ÇODÖ	30	53,5	42,8±6,6
Beck Depresyon Ölçeği	0	37	10,1±8,6
Beck Anksiyete Ölçeği	0	33	8,1±7,9
OYKA-A	39	136	91,4±21,3
OYKA-B	27	98	64,2±16,1

4.3. GİS Belitileri ve ÇUAÖ'ne Göre Uyku Sorunu Sıklığı

4.3.1. GİS Belitileri

54 hastadan 20'si (%37) GİS belirtisi olduğunu bildirmiştir. Birden fazla GİS belirtisi bildiren hastalar saptanmıştır. Çalışmada değerlendirilen hastaların 4'ü reflü, 4'ü ishal, 16'sı kabızlık ve 17'si karın ağrısı olduğunu bildirmiştir (Bkz. Tablo 4.23).

Tablo 4.23. GİS Belirtileri Dağılımı

GİS Belirtileri		Sayı	Yüzde (%)
Reflü	Var	4	7,4
	Yok	50	92,6
İshal	Var	4	7,4
	Yok	50	92,6
Kabızlık	Var	16	29,6
	Yok	38	70,4
Karın Ağrısı	Var	17	31,5
	Yok	37	68,5

4.3.2. ÇUAÖ'ne Göre Uyku Sorunu Sıklığı

ÇUAÖ'de kesim puanı olan 41 puan üzerinde alan hastaların uyku sorunu var kabul edilmiştir. Çalışmamızda uyku sorunu sıklığı %64,8 olarak bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.24).

Tablo 4.24. Uyku Sorunu Sıklığı

ÇUAÖ		Sayı	Yüzde (%)
Uyku Sorunu	Var	35	64,8
	Yok	19	35,2

4.4. ÇODÖ ile ÇUAÖ ve OÖDKÖ Arasındaki İlişki

ÇODÖ puanlarına göre hastaların %18,5'inin hafif-orta şiddette otizmi, %81,5'inin ise aşırı şiddette otizmi olduğu bulunmuştur. Hafif-orta ve ağır şiddette otizmi olanlar şeklinde iki gruba ayırarak incelendiğinde otizm şiddeti ile yatma zamanına direnç ve otizme özgü davranış özellikleri alt ölçekleri arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (Bkz. Tablo 4.25).

Tablo 4.25. Otizm Şiddeti ile Yatma Zamanına Direnç, Otizme Özgü Davranış Özellikleri İlişkisi

	Hafif-Orta (n=10)	Aşırı (n=44)	p değeri
	Ortalama±ss	Ortalama±ss	
Yatma zamanına direnç	12,0±2,2	12,0±2,6	1,0
Otizme özgü davranış özellikleri	11,3±2,9	11,8±3,2	0,59

Student t testi

Otizm şiddeti ile gıda reddi alt ölçeği arasında anlamlı farklılık bulunmuş diğer ölçeklerde anlamlı farklılık bulunamamıştır. Aşırı şiddette otizmi olanların hafif-orta şiddette otizmi olanlara göre anlamlı olarak daha yüksek gıda reddi ölçek puanları olduğu bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.26).

Tablo 4.26. Otizm Şiddeti ile ÇUAÖ, OÖDKÖ ve Alt Ölçekleri Arasındaki İlişki

	Hafif-Orta (n=10)			Aşırı (n=44)			p değeri
	Median	Min	Max	Median	Min	Max	
Uykuya dalmakta güçlük	2	1	3	1	1	3	0,261
Uyku süresi	5	3	9	3	2	9	0,216
Uyku kaygısı	8	5	11	8	4	12	0,425
Gece uyanma	3	3	8	4	2	8	0,373
Parasomnia	8	7	10	8,5	5	16	0,373
Solunum ile ilgili uyku sorunları	3	2	6	3	1	9	0,546
Günboyu uykululuk	9	8	13	8	5	19	0,136
Gıda reddi	6	5	15	10,5	5	21	0,015
Kısıtlı çeşitlilik	19,5	12	26	19	10	32	0,911
OÖDKÖ toplam puanı	41,5	26	47	42	24	69	0,305

Mann withney u testi

ÇODÖ toplam puanı ile ÇUAÖ ve OÖDKÖ toplam puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında, ÇODÖ toplam puanı ile ÇUAÖ toplam puanı arasında anlamlı doğrusal bir ilişki bulunmamış, ÇODÖ toplam puanı ile OÖDKÖ toplam puanı arasında anlamlı pozitif yönde doğrusal bir ilişki bulunmuştur. p değeri:0.040 korelasyon katsayısı ise 0,280'dir (Bkz. Tablo 4.27).

Tablo 4.27. ÇODÖ toplam puanı ve ÇUAÖ, OÖDKÖ toplam puan ilişkisi

ÇUAÖ ve OÖDKÖ	İstatistik	ÇODÖ-toplam puanı
ÇUAÖ toplam puanı	p	0,884
	r	0,020
OÖDKÖ toplam puanı	p	0,040
	r	0,280

Pearson korelasyon ve Spearman korelasyon analizi

4.5. Beck Depresyon ve Beck Anksiyete Ölçeği Puanları ile ÇUAÖ, OÖDKÖ Puanları Arasındaki İlişki

Beck anksiyete ölçeği toplam puanı ile ÇUAÖ toplam puanı arasında anlamlı pozitif yönde doğrusal bir ilişki, beck depresyon ölçeği puanları ile günboyu uykululuk alt ölçeği, ÇUAÖ toplam puanı ve otizme özgü davranış özellikleri alt ölçeği arasında anlamlı pozitif yönde doğrusal bir ilişki bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.28).

Tablo 4.28. Beck Depresyon ve Beck Anksiyete Ölçeği Puanları ile ÇUAÖ, OÖDKÖ Puanları Arasındaki İlişki

	İstatistik	Beck anksiyete puanı	Beck depresyon puanı
Yatma zamanına direnç	p değeri	0,504	0,099
	r	0,930	0,227
Uykuya dalmakta güçlük	p değeri	0,440	0,717
	r	0,107	0,051
Uyku süresi	p değeri	0,640	0,963
	r	0,650	0,07
Uyku kaygısı	p değeri	0,372	0,097
	r	0,124	0,229
Gece uyanma	p değeri	0,132	0,091
	r	0,207	0,232
Parasomnia	p değeri	0,220	0,308
	r	0,220	0,141
Solunum ile ilgili uyku sorunları	p değeri	0,242	0,892
	r	0,078	0,019
Günboyu uykululuk	p değeri	0,145	0,002
	r	0,201	0,416
ÇUAÖ toplam puanı	p değeri	0,032	0,008
	r	0,292	0,355
Gıda reddi	p değeri	0,060	0,358
	r	0,257	0,128
Kısıtlı çeşitlilik	p değeri	0,910	0,965
	r	0,016	0,006
Otizme özgü davranış özellikleri	p değeri	0,874	0,048
	r	0,022	0,270
OÖDKÖ toplam puanı	p değeri	0,477	0,213
	r	0,099	0,172

Spearman korelasyon analizi

4.6. OYKA-A ve OYKA-B Puanları ile ÇUAÖ, OÖDKÖ Puanları İlişkisi

OYKA-A puanları ile uyku kaygısı alt ölçek puanları arasında anlamlı negative yönde doğrusal ilişki vardır. OYKA-B puanları ile ise gıda reddi ve OÖDKÖ toplam puanı arasında anlamlı negative yönde doğrusal ilişki vardır. OYKA-A ve OYKA-B puanları ile diğer alt ölçekler arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (Bkz. Tablo 4.29).

Tablo 4.29. OYKA-A ve OYKA-B Puanları ile ÇUAÖ, OÖDKÖ Puanları İlişkisi

	İstatistik	OYKA-A	OYKA-B
Yatma zamanına direnç	p değeri	0,941	0,219
	r	0,010	0,112
Uykuya dalmakta güçlük	p değeri	0,218	0,660
	r	0,170	0,061
Uyku süresi	p değeri	0,820	0,220
	r	0,032	0,170
Uyku kaygısı	p değeri	0,030	0,522
	r	0,296	0,089
Gece uyanma	p değeri	0,995	0,114
	r	0,001	0,218
Parasomnia	p değeri	0,770	0,161
	r	0,041	0,193
Solunum ile ilgili uyku sorunları	p değeri	0,779	0,795
	r	0,041	0,036
Günboyu uykululuk	p değeri	0,768	0,209
	r	0,041	0,174
ÇUAÖ toplam puanı	p değeri	0,115	0,381
	r	0,409	0,004
Gıda reddi	p değeri	0,378	0,002
	r	0,122	0,420
Kısıtlı çeşitlilik	p değeri	0,076	0,108
	r	0,244	0,221
Otizme özgü davranış özellikleri	p değeri	0,783	0,284
	r	0,038	0,321
OÖDKÖ toplam puanı	p değeri	0,501	0,018
	r	0,094	0,321

Pearson korelasyon ve Spearman korelasyon analizi

4.7. ÇUAÖ'ne Göre Uyku Sorunu Varlığı ile GİS Belirtisi İlişkisi

İshal, kabızlık, reflü ve karın ağrısı belirtilerinin ayrı ayrı uyku sorununu yordayıp yordamadığına pearson chi-square ve fisher's exact testi ile bakılmış, hiçbirisinin uyku sorununu tahmin ettirmediği bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.30).

Tablo 4.30. GİS belirtileri ve Uyku Sorunu İlişkisi

GİS Belirtileri	Uyku Sorunu- p değeri
Reflü	1,000
İshal	0,119
Kabızlık	0,139
Karın Ağrısı	0,064

Pearson Chi-Square ve Fisher's Exact Testi

4.8. Aylık Gelir Düzeyi ile ÇUAÖ, OÖDKÖ İlişkisi

Aylık gelir düzeyi grupları ile yatma zamanına direnç, uyku kaygısı, ÇUAÖ toplam puanı ve otizme özgü davranış özellikleri alt ölçeği karşılaştırıldığında gruplar arası anlamlı farklılık saptanmamıştır (Bkz. Tablo 4.31).

Tablo 4.31. Aylık Gelir Düzeyi ile Yatma Zamanına Direnç, Uyku Kaygısı, ÇUAÖ toplam puanı ve Otizme Özgü Davranış Özellikleri İlişkisi

	İstatistik	600-	600-1200	1200-2400	2400-5000	5000+	p değeri
Yatma zamanına direnç	Ortalama	12,50	12,43	11,88	11,42	12,40	0,858
	SS	4,94	3,05	2,05	2,34	3,13	
Uyku kaygısı	Ortalama	8,50	8,18	7,47	7,42	8,60	0,657
	SS	2,12	2,13	1,94	1,91	2,60	
ÇUAÖ toplam puanı	Ortalama	58,00	48,12	46,29	44,07	47,20	0,146
	SS	14,14	8,59	6,64	6,50	14,70	
Otizme özgü davranış özellikleri	Ortalama	13,50	12,87	11,00	10,64	13,40	0,252
	SS	2,12	3,32	3,31	2,09	3,64	

ANOVA-tek yönlü varyans analizi

Aylık gelir düzeyine göre ölçek puanları karşılaştırıldığında sadece OÖDKÖ toplam puanında aylık gelir düzeyi gruplar arası farklılık saptanmış ve p değeri 0.022 olarak bulunmuştur. Bu farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını anlayabilmek için post hoc analiz yapmak gerekmektedir (Bkz. Tablo 4.32).

Tablo 4.32. Aylık Gelir Düzeyi ile ÇUAÖ ve OÖDKÖ İlişkisi

	istatistik	600-	600-1200	1200-2400	2400-5000	5000+	p değeri
Uykuya dalmakta güçlük	Median		1,00	1,00	2,00	2,00	0,252
	Min-Max		1-3	1-3	1-3	1-3	
Uyku süresi	Median	4,50	4,00	4,00	3,00	4,00	0,365
	Min-Max	2-7	3-9	3-7	2-9	3-6	
Gece uyanma	Median		4,50	4,00	3,00	3,00	0,097
	Min-Max		2-7	2-8	2-8	3-5	
Parasomnia	Median	9,50	9,00	8,00	7,50	8,00	0,302
	Min-Max	6-13	6-14	7-16	5-11	7-11	
Solunum ile ilgili uyku sorunları	Median	5,00	3,00	3,00	3,00	3,00	0,759
	Min-Max	3-7	1-7	2-9	3-6	3-5	
Günboyu uykululuk	Median	13,00	8,50	9,00	9,00	8,00	0,356
	Min-Max	12-14	5-16	6-13	6-13	8-19	
Gıda reddi	Median	15,00	11,50	9,00	8,00	15,00	0,075
	Min-Max	11-19	5-21	5-18	5-16	5-21	
Kısıtlı çeşitlilik	Median	22,50	19,00	18,00	18,00	24,00	0,68
	Min-Max	20-25	10-31	13-32	12-27	13-28	
OÖDKÖ toplam puanı	Median	51,00	43,50	38,00	39,00	47,00	0,022
	Min-Max	43-59	26-64	24-69	30-47	42-63	

Kruskal Wallis Testi

4.9. VKİ-z Skoru ile OÖDKÖ İlişkisi

VKİ-z skoru ile OÖDKÖ toplam puan ve alt ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Bkz. Tablo 4.33).

Tablo 4.33. VKİ-z Skoru ile OÖDKÖ İlişkisi

OÖDKÖ ve Alt Ölçekleri	İstatistik	VKİ-z skoru
Gıda reddi	p değeri	0,421
	r	0,112
Kısıtlı çeşitlilik	p değeri	0,697
	r	0,054
Otizme özgü davranış özellikleri	p değeri	0,588
	r	0,075
OÖDKÖ toplam puanı	p değeri	0,749
	r	0,045

Pearson korelasyon ve Spearman korelasyon analizi

5. TARTIŞMA

OSB, yaşamsal önem sahip olan uyku ve beslenme alanında sorunların sık görüldüğü, çocuk ve ailenin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen, yaşam boyu devam eden, temel belirtileri hedef alan etkin bir tedavinin olmadığı erken başlangıçlı nörogelişimsel bir bozukluktur. OSB’li çocukların ebeveynlerinde depresyon ve anksiyete bozukluğu yaygın olarak görülmektedir. Yapılan bu çalışma; 2-6 yaş OSB tanılı, uyku ve beslenmeyi etkileyebilecek tıbbi komorbiditesi bulunmayan çocuklarda uyku ve beslenme özelliklerini inceleyen, uyku ve beslenme sorunlarının OSB şiddeti, GİS belirtileri, annenin depresyon ve anksiyete düzeyi, annenin yaşam kalitesi ile olan ilişkisi araştıran kesitsel bir çalışmadır. OSB belirti şiddeti yüksek olan, GİS belirtisi olan, annenin depresyon ve anksiyete düzeyi yüksek olanlarda daha şiddetli uyku ve beslenme sorunu görüleceği, uyku ve beslenme sorununun annenin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyeceği hipotezleri kurulmuştur.

5.1. OSB’de GİS Belirtilerinin Sıklığı ve Uyku Sorunları ile İlişkisi

Bu çalışmada GİS belirti sıklığı %37 olarak bulunmuştur. Bazı hastalar birden fazla GİS belirtisi bildirmiştir. Çalışmada değerlendirilen hastaların 4’ü reflü, 4’ü ishal, 16’sı kabızlık ve 17’si karın ağrısı olduğunu bildirmiştir. İshal, kabızlık, reflü ve karın ağrısı belirtilerinin ayrı ayrı uyku sorunu ile ilişkisi olmadığı bulunmuştur. GİS belirtileri ile uyku sorunu arasında ilişki bulunmamış olmasının örneklemin yaş ortalamasının küçük olması, dil gelişiminin olmaması, dört ana GİS belirtisinin sorgulanıp diğerlerinin sorgulanmamış olması nedeni ile GİS belirti sıklığının görece düşük olarak saptanması ile ilişkili olduğu düşünülebilir.

Nörogelişimsel bozukluklarda GİS sorunları sıklıkla bildirilmektedir. Toplum tabanlı prospektif olarak yapılan bir çalışmada 6 aydan 36 aya kadar olan dönemde çocukların gıda allerjisi/intoleransı, kabızlık ve ishal olmak üzere üç temel GİS belirtisi sorgulanmış. OSB, gelişimsel gecikmesi olan ve tipik olarak gelişen olmak üzere üç gruba ayrılarak veriler karşılaştırılmış. 6-18 aylık yaş diliminde OSB’li grupta tipik olarak gelişenlere göre anlamlı olarak daha fazla kabızlık ve gıda allerjisi bildirilmiş. 18-36 aylık yaş diliminde ise OSB’li grupta tipik olarak gelişenlere göre 2

kat daha sık GİS belirtisi bildirilmiş. OSB'li çocuklarda görülen GİS belirtilerinin yaşla birlikte devamlılık gösterdiği, tipik gelişenlerde bu belirtilerin gerilediği saptanmıştır. Bu çalışmanın sonucunda OSB'li grupta; tipik olarak gelişenlerle karşılaştırıldığında sorgulanan tüm GİS belirtilerinin daha sık olduğu, gelişimsel gecikmesi olanlarla karşılaştırıldığında ise daha sık kabızlık görüldüğü saptanmıştır. Gastrointestinal sistem bozukluğunun OSB'nin özellikle de OSB'ye sıklıkla eşlik eden yeme seçiciliğinin bir epifenomeni olabileceği öne sürülmüştür [75]. OSB'de GİS belirtileri %9-%70 sıklıkta görülmektedir [62].

Yapılan çalışmalarda OSB'li çocuklarda görülen insomnia ve parasomniler ile GİS belirtileri arasında anlamlı ilişki olduğu bildirilmiştir [76]. Hollway ve Aman, OSB'li çocuklarda uyku sorunlarını araştırdıkları çalışmalarında GİS belirtilerini ÇUAÖ toplam puanı ve uyku anksiyetesi alt ölçek puanlarını ile ilişkili bulmuşlardır [10].

5.2. OSB'de Uyku Sorunlarının Sıklığı ve İlişkili Değişkenler

Çalışmamızda %64,8 oranında klinik düzeyde anlamlı uyku sorunu saptanmıştır. ÇODÖ puanlarına göre hastaların %18,5'inin hafif-orta şiddette otizmi, %81,5'inin ise aşırı şiddette otizmi olduğu bulunmuştur. OSB şiddeti ile uyku sorunu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

OSB'li çocuk ve ergenlerin yaş ve zeka düzeyinden bağımsız olarak uyku sorunu yaşadığı bilinmektedir. OSB'de ebeveyn bildirimine dayalı verilerle uyku sorunlarının prevalansını araştıran çalışmalarda %50-%80 oranında uyku sorunu görüldüğü bildirilmiştir. 0-6 yaş arası sağlıklı gelişen çocuklarda da uyku sorunu sıklıkla bildirilmesine rağmen bu oran %25'tir [7].

Yazında uyku ile ilgili yapılan çalışmalarda uykuyu değerlendirmek için ebeveyn bildirimlerine dayalı uyku ölçekleri, uyku günlükleri, aktigrafi ve polisomnografi (PSG) gibi çok çeşitli araçlar kullanılmıştır. Bu değerlendirme araçları arasında uyku bozukluklarının tanısında altın standart PSG'dir. Fakat PSG uyku sorunu muhtemel olan çocuklarda önerilen, pahalı, uygulama olarak görece zor ve rutinler konusunda esnekliği kısıtlı olan OSB'li çocuklarda doğal uyku ortamı olan ev dışında kayıt yapıldığı için kısıtlılıkları olan bir yöntemdir.

Honomichl ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada; ebeveynleri uyku sorunu olduğunu bildiren çocukların uyku sorunu olduğunu bildirmeyenlerin aksine, daha gecikmiş uyku başlangıçları ve daha fazla uyku bölünmesi sergilediğini bulmuşlar ve bu bulgularının da ÇUAÖ'nin alt ölçek puanlarına yansıdığını göstermiştir. Genel olarak, ebeveynler tarafından doldurulan ÇUAÖ, uyku problemlerinin geçerli ve güvenilir bir ölçüsü olarak kabul edilmektedir [8]. Bizim çalışmamızda uyku problemlerinin değerlendirilmesinde geçerli ve güvenilir bir ölçü olarak kabul edilen ÇUAÖ kullanılmıştır.

Goldman'ın 2012 yılında 3-18 yaş arası 1856 OSB'li çocuğu ÇUAÖ kullanarak değerlendirdiği çalışmada küçük yaş grubunda yatma zamanına direnç, parasomnia, uyku anksiyetesi ve gece uyanmaları, ergenlerde ise uyku dalmakta güçlük, kısa uyku süresi ve günboyu uykululuk sorunlarının daha fazla olduğunu bildirilmiştir [11].

Ortalama yaşın tüm gruplar için 3.5 yaş olduğu bir çalışmada OSB'li, gelişimsel gecikmesi olan, sağlıklı gelişen 3 grup değerlendirilmiş uyku sorunu sıklığı OSB'li grupta %53, gelişimsel gecikmesi olan ancak OSB olmayan grupta %46 ve sağlıklı gelişen grupta ise %32 olarak bildirilmiştir. Uykuya dalma ve gece uyanma sorunlarının OSB olan grupta çok daha sık olarak gözlemlendiği bildirilmiştir [8].

Yazında uyku sorunu ile OSB şiddeti arasındaki ilişkiyi değerlendiren çalışmalarda çelişkili sonuçlar bildirilmiştir. Bu alandaki tutarsız sonuçların uyku sorunu ve OSB şiddetini değerlendirmekte kullanılan ölçüm araçlarının farklılığından kaynaklandığı öne sürülmüştür [6]. Ülkemizde yapılan bir çalışmada da bizim çalışmamızdaki bulguya benzer olarak ÇODÖ toplam puanına göre ayrılan hafif-orta grup ile ağır grup arasında uyku sorunları açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır [77].

5.3. OSB'de Beslenme Sorunu ve İlişkili Değişkenler

Çalışmamızda VKİ-z skoru ile beslenme sorunları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Aşırı şiddette otizmi olanların hafif-orta şiddette otizmi olanlara göre anlamlı olarak daha yüksek gıda reddi ölçek puanları olduğu ve ÇODÖ toplam puanına

göre otizm şiddeti yüksek olanların daha şiddetli beslenme sorunu olduğu bulunmuştur.

OSB'li çocuklar sağlıklı gelişen ve zihinsel geriliği olan çocuklarla karşılaştırıldığında daha çok seçici oldukları ve daha çok gıda reddi gösterdikleri bildirilmiştir. OSB'li çocukların ebeveynlerinin %58-%67'si çocuklarının seçici beslendiğini bildirmektedir. OSB'li çocuklarda tipik gelişen yaşlılarından 5 kat daha sık beslenme sorunu bildirilmiştir. Beslenme sorunlarının uzun dönem sonuçları yazında henüz tam olarak aydınlatılamamıştır. Bu durumun nedenlerinden biri beslenme sorunlarını değerlendiren objektif, standart bir ölçüm yönteminin olmamasıdır. Yazında beslenme sorunları agresyon, içeyönelim ve dışayönelim sorunları, tekrarlayıcı davranışlar, anksiyete ve duyuşsal farklılıklar ile ilişkilendirilmiştir. OSB'li çocukların oral motor becerilerindeki güçlük ile yapılan çalışmalar çok kısıtlı olsa da motor koordinasyon sorunlarının sıklıkla eşlik ettiği bu çocuklarda erken dönem oral motor becerilerde sorun olduğu öne sürülmüştür [2,17, 78].

Postorino ve arkadaşlarının 3-12 yaş arası 79 yeme seçiciliği olan 79 yeme seçiciliği olmayan toplam 158 OSB'li çocuğı değerlendirerek yaptıkları çalışmada VKİ değerleri açısından gruplar arasında farklılık saptanmamıştır. Yine aynı çalışmada yeme seçiciliği olanların OSB semptom şiddetinin daha yüksek olduğu saptanmıştır [79]. Yazındaki yeme seçiciliği ile ilgili yapılan diğer çalışmalarda da VKİ ile yeme seçiciliği arasındaki ilişki için tutarsız sonuçlar bildirilmiştir. VKİ'nin artışı ile yeme seçiciliği ilişkilendiren çalışmalar olduğu gibi VKİ'nin azalması ile de ilişkilendiren çalışmalar mevcuttur. OSB'de beslenme sorunları nedeni ile büyümenin durduğu vakalar bildirilmiştir. Schreck ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da beslenme sorunları ile OSB şiddeti arasında ilişki bulunmamıştır [79-81].

5.4. Annelerin Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri, Yaşam Kalitesi ile Çocuklarda Görülen Uyku ve Beslenme Sorunlarının İlişkisi

Bu çalışmada OSB'li çocukların annelerinin anksiyete ve depresyon düzeyi arttıkça uyku sorunu şiddetinin arttığı ayrıca annelerin depresyonu ile günboyu uykululuk arasında pozitif yönde ilişkisi olduğu gözlenmiştir. Annenin yaşam

kalitesi ile uyku kaygısı arasında anlamlı negative yönde doğrusal ilişki bulunmuştur. Çocukta uyku kaygısı arttıkça annenin yaşam kalitesinin düştüğü saptanmıştır.

Çalışmamızda OSB'li çocukların annelerinin depresyon düzeyi ile beslenme sırasında görülen davranış sorunları arasında anlamlı düzeyde ilişki saptanmıştır. OSB belirtilerinin ebeveyn üzerindeki etkisini değerlendiren OYKA-B ölçeği ile gıda reddi ve beslenme sorunu şiddeti arasında anlamlı negative yönde doğrusal ilişki saptanmıştır.

Gelişimsel gecikmesi olan çocukların ebeveynlerinde artmış stres düzeyi, anksiyete ve depresyon oranları bildirilmiştir. Gelişimsel gecikmesi olan ve OSB tanısı olan çocukların ebeveynlerini stres düzeyi açısından karşılaştıran bir çalışmada OSB'li çocukların ebeveynlerinde anlamlı olarak daha yüksek stres düzeyi bildirilmiştir. Aynı çalışmada OSB'li çocukların ebeveynlerindeki yüksek stres düzeyi çocuklardaki irritabilite belirtisi, GİS ve uyku sorunları ile ilişki bulunmuştur [82].

OSB'li çocukların ebeveynlerinde sağlıklı gelişen çocukların ebeveynlerinden daha yüksek stres düzeyi, ruhsal sorunlar ve sağlık sorunları bildirilmiştir. OSB'li çocukların annelerinde depresyon ve anksiyete bozukluğu, insomnia, kötü uyku kalitesi ve kronik stresin bir sonucu olarak bağışıklık sisteminde bozulma ve hızlanmış telomer kısalması bildirilmiştir. OSB'li çocukların ebeveynlerinde stres düzeyini azaltmaya yönelik yapılan müdahaleler sonucunda ebeveynin stres, anksiyete ve depresyon düzeyinin azaldığı, uyku ve yaşam kalitesini iyileştiği saptanmıştır [83].

2-5 yaş aralığındaki OSB'li ve sağlıklı gelişen çocukların ebeveynleri karşılaştırıldığında OSB'li çocukların ebeveynlerinde daha yüksek tükenmişlik düzeyi bildirilmiş. Bu çalışmada yüksek tükenmişlik düzeyi kötü uyku kalitesi, anksiyete ve depresyon, düşük ebeveynlik kalitesi ve etkinliği ile ilişkili bulunmuş [84].

OSB'li çocuklarda beslenme sorunu yaygın olarak görülmesine rağmen bu sorunun ailelerin yemek zamanını nasıl etkilediği yazında yeterince aydınlatılmamıştır. Beslenme sorunu olan OSB'li çocukların anneleri yemek zamanını oldukça stresli ve zor bir zaman olarak tanımlamaktadırlar. Yemek zamanı stresinin sebepleri arasında bildirilen sorunlar çocuğun kendine özgü diyeti ve masada oturma zorluğu olarak tanımlanmıştır [78].

Sosyal çevrenin beslenme sorunlarına olan etkisi bilindiğinden OSB'li çocuklar ve tipik olarak gelişen kardeşleri beslenme sorunları açısından incelenmiş. Bu çalışmada OSB'li çocukların aynı sosyal ortamda yaşayan kardeşlerine göre çok daha fazla yemek zamanı problemleri olduğu bulunmuştur [85].

Beslenme sorunlarının ebeveynde stres ortaya çıkarıcı ve aile işlevselliğini bozucu etkiye sahip olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır. Yeme seçiciliği olan OSB li çocukların ebeveynleri kendileri ile ilgili daha yüksek stres ve çocukları ile ilgili daha çok davranışsal sorun bildirmişlerdir [79].

5.7. Çalışmamızın Kısıtlılıkları ve Güçlü Yanları

Çalışmamızın kısıtlılıkları, örneklemimizin 3. basamak bir sağlık kuruluşuna başvuran hastalardan oluşması ve katılımcı sayısının kısıtlı olması sonuçların topluma genellenebilirliğini azaltmaktadır. Kontrol grubunun olmaması, çalışmada uyku ve beslenme sorunlarının ebeveyn bildirimine dayalı olarak tanımlanması, yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon düzeyinin öz bildirim ölçekleri ile belirlenmiş olması en önemli kısıtlılıktır. Araştırma kesitsel bir çalışma olarak tasarlanmıştır. Uyku ve beslenme sorunlarının seyrini değerlendirmek için prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamızın güçlü yanları ise, hastaların pek çok klinik ölçek ile farklı alandaki değişkenlerin sorgulanmış olması ve karışıklık yaratabilecek tıbbi komorbiditelerin dışlanmış olması ve annelerin yaşam kalitesinin değerlendirilmiş olmasıdır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak çalışmamızda OSB’li çocuklarda uyku sorunlarının annenin anksiyete ve depresyon düzeyi ile pozitif yönde, annenin yaşam kalitesi ile negatif yönde ilişkili olduğu, beslenme sorunlarının ise otizm şiddeti, annenin depresyon düzeyi ile pozitif yönde ilişkili olduğu, VKİ ile ilişkisinin olmadığı bulunmuştur.

OSB’li çocukların 2/3’ünde görülmekte olan uyku sorunlarının klinik gidişi, öğrenmeyi ve davranış sorunlarını kötüleştirdiği, gelişimsel işlevselliği bozduğu, ebeveynlik yükünü ve aile stresini arttırdığı bilinmektedir. Uykunun öğrenmeyi bozucu etkisi OSB’nin ana tedavisi olan eğitimden fayda görmelerinin önünde olası bir engeldir. OSB’de uyku ve beslenme sorunlarının sıklığı göz önüne alındığında OSB’li çocuklarda uyku ve beslenme müdahale edilmesi gereken alanlardır.

Ebeveyn temelli eğitimlerin, davranışsal müdahalelerin OSB’li bireylerde uyku ve beslenmeyi iyileştirdiğine yönelik kanıtlar mevcuttur. Stres düzeyi yüksek olan ebeveynlerin çocukları için gerekli müdahaleleri daha az uygulayabildiği ve çocuklarının da daha az klinik düzelme gösterdiği bilinmektedir. OSB’li çocukları değerlendirirken ön planda çocuğun gereksinimlerine odaklanılmakta ve ebeveynlere çocuğun gelişimi ile ilgili beceriler öğretilmeye çalışılmaktadır. OSB’li çocukların çoğu erişkin hayatlarında da yaşlanan ebeveynleri ile yaşamaya devam etmektedir. Bu bilgilere rağmen OSB’li çocuklara yaşam boyu bakım veren ebeveynlerin fiziksel ve ruhsal sağlığı klinisyenler tarafından yeterince değerlendirilmeyen bir alandır. Bu çalışma, bu anneleri araştırmanın ilgi odağı haline getirmenin ve uzun süreli bakım verme yeteneklerini arttırmaya yönelik gelecekteki çabaların önemli olduğunu düşündürmektedir.

OSB’li bir çocuğu değerlendiren klinisyen çocukla ilgili uyku, beslenme, tekrarlayıcı davranışlar, anksiyete, duyuşal farklılıklar gibi tüm alanları değerlendirerek bütüncül bir tedavi yaklaşımı ortaya koymalıdır. Aynı zamanda ebeveynle ilgili sorunları da göz önünde bulundurarak gerekli değerlendirmeler ve yönlendirmeler yapmalıdır.

OSB’de görülen uyku ve beslenme sorunlarını daha iyi anlaşılabilmesi için bu konuda yapılacak ve etyopatogeneze ışık tutacak daha fazla sayıda çalışmaya

ihtiyaç vardır. Bundan sonraki benzer çalışmalarda daha geniş örneklem gruplarıyla ve uyku ve beslenme sorunlarına eşlik edebilecek psikiyatrik veya genel tıbbi durumlara yönelik daha ayrıntılı incelemeler yapılarak elde edilen bilgiler konunun önemini ortaya koyacaktır.

KAYNAKLAR

1. Birliđi, A.P., Mental bozuklukların tanısai ve sayımsai el kitabı, 5. Baskı (DSM 5). 2013, Çev. Ed., Ertuđrul Korođlu. Ankara: Hekimler Yayın Birliđi.
2. Cermak, S.A., C. Curtin, and L.G. Bandini, Food selectivity and sensory sensitivity in children with autism spectrum disorders. *Journal of the American Dietetic Association*, 2010. 110(2): p. 238-246.
3. Mukaddes, N., Otizm Spektrum Bozuklukları Tanı ve Takip. 2013, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
4. Lundh, L.-G. and J.-E. Broman, Insomnia as an interaction between sleep-interfering and sleep-interpreting processes. *Journal of psychosomatic research*, 2000. 49(5): p. 299-310.
5. Van Dongen, H. and D.F. Dinges, Investigating the interaction between the homeostatic and circadian processes of sleep-wake regulation for the prediction of waking neurobehavioural performance. *Journal of sleep research*, 2003. 12(3): p. 181-187.
6. Hollway, J.A. and M.G. Aman, Sleep correlates of pervasive developmental disorders: a review of the literature. *Research in Developmental Disabilities*, 2011. 32(5): p. 1399-1421.
7. Richdale, A.L. and K.A. Schreck, Sleep problems in autism spectrum disorders: prevalence, nature, & possible biopsychosocial aetiologies. *Sleep medicine reviews*, 2009. 13(6): p. 403-411.
8. Krakowiak, P., et al., Sleep problems in children with autism spectrum disorders, developmental delays, and typical development: a population-based study. *Journal of sleep research*, 2008. 17(2): p. 197-206.
9. Giannotti, F., et al., Sleep in children with autism with and without autistic regression. *Journal of Sleep research*, 2011. 20(2): p. 338-347.

10. Hollway, J.A., M.G. Aman, and E. Butter, Correlates and risk markers for sleep disturbance in participants of the autism treatment network. *Journal of autism and developmental disorders*, 2013. 43(12): p. 2830-2843.
11. Goldman, S.E., et al., Parental sleep concerns in autism spectrum disorders: variations from childhood to adolescence. *Journal of autism and developmental disorders*, 2012. 42(4): p. 531-538.
12. Murray, L. and P.J. Cooper, Editorial: Postpartum depression and child development. *Psychological medicine*, 1997. 27(02): p. 253-260.
13. Davé, S., et al., Major paternal depression and child consultation for developmental and behavioural problems. *Br J Gen Pract*, 2009. 59(560): p. 180- 185.
14. Kinney, D.K., et al., Autism prevalence following prenatal exposure to hurricanes and tropical storms in Louisiana. *Journal of autism and developmental disorders*, 2008. 38(3): p. 481-488.
15. Kinney, D.K., et al., Prenatal stress and risk for autism. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 2008. 32(8): p. 1519-1532.
16. Kodak, T. and C.C. Piazza, Assessment and behavioral treatment of feeding and sleeping disorders in children with autism spectrum disorders. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 2008. 17(4): p. 887-905.
17. Bandini, L.G., et al., Food selectivity in children with autism spectrum disorders and typically developing children. *The Journal of pediatrics*, 2010. 157(2): p. 259- 264.
18. Twachtman-Reilly, J., S.C. Amaral, and P.P. Zebrowski, Addressing feeding disorders in children on the autism spectrum in school-based settings: Physiological and behavioral issues. *Language, speech, and hearing services in schools*, 2008. 39(2): p. 261-272.

19. Herndon, A.C., et al., Does nutritional intake differ between children with autism spectrum disorders and children with typical development? *Journal of autism and developmental disorders*, 2009. 39(2): p. 212.
20. Kanner, L., *Autistic disturbances of affective contact*. 1943.
21. Canan Tanıdır, N.M.M., Otizm Spektrum Bozuklukları, in *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları E.S.E. Aynur Pekcanlar Akay Editor*. 2016, Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği Yayınları: Ankara. p. 126-149.
22. Mukaddes, N., Yaygın Gelişimsel Bozukluklar, in *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi*, Ö. Polvan, Editor. 2000, Nobel Tıp Kitabevi: İstanbul. p. 52-64.
23. Association, A.P., *Diagnostic and statistical manual (DSM-III)*. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1980.
24. Association, A.P., *DSM-IV: Diagnostic and statistic manual of mental disorders*. American Psychiatric Association, Washington DC, 1994.
25. Van Engeland H, B.J., Autism Spectrum Disorders, in *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry 5th Edition*, R.M.v. ark., Editor. 2008, Blackwell Publishing: Massachussets. p. 759-781.
26. Wingate, M., et al., Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years-autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2010. *MMWR Surveillance Summaries*, 2014. 63(2).
27. Control, C.f.D. and Prevention, *Mental health in the United States: parental report of diagnosed autism in children aged 4-17 years--United States, 2003-2004*. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*, 2006. 55(17): p. 481.
28. Baio, J., *Prevalence of Autism Spectrum Disorders: Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 14 Sites, United States, 2008*. *Morbidity and Mortality Weekly Report. Surveillance Summaries*. Volume 61, Number 3. Centers for Disease Control and Prevention, 2012.

29. Troyb E, K.K., Barton M., Phenomenology of ASD: Definition, Syndrome and Major Features., in *The Neuropsychology of Autism*, D. Fein, Editor. 2011, Oxford University Press: New York.
30. Carpenter, L.A., et al., Screening and direct assessment methodology to determine the prevalence of autism spectrum disorders. *Annals of epidemiology*, 2016. 26(6): p. 395-400.
31. Kemper, T.L. and M. Bauman, Neuropathology of infantile autism. *Journal of neuropathology and experimental neurology*, 1998. 57(7): p. 645.
32. Jack, A. and K.A. Pelphrey, Annual Research Review: Understudied populations within the autism spectrum—current trends and future directions in neuroimaging research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2017.
33. Yasuhara, A., Correlation between EEG abnormalities and symptoms of autism spectrum disorder (ASD). *Brain and Development*, 2010. 32(10): p. 791-798.
34. M., R., Genetic influences and autism, in *Handbook of autism and pervasive developmental disorders*, R.S. Paul R, Pelphrey KA Volkmar FR., Editor. 2005: New York. p. 425-453.
35. Szatmari, P., et al., The familial aggregation of the lesser variant in biological and nonbiological relatives of PDD probands: a family history study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2000. 41(5): p. 579-586.
36. Woods, R., et al., Long-lived epigenetic interactions between perinatal PBDE exposure and Mecp2308 mutation. *Human molecular genetics*, 2012. 21(11): p. 2399-2411.
37. Modabbernia, A., E. Velthorst, and A. Reichenberg, Environmental risk factors for autism: an evidence-based review of systematic reviews and meta-analyses. *Molecular Autism*, 2017. 8(1): p. 13.

38. Hertz-Picciotto, I., Environmental risk factors in autism: Results from large-scale epidemiologic studies. *Autism Spectrum Disorders*. Oxford University Press: New York, NY, USA, 2011: p. 827-862.
39. Hundley, R.J., A. Shui, and B.A. Malow, Relationship Between Subtypes of Restricted and Repetitive Behaviors and Sleep Disturbance in Autism Spectrum Disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 2016. 46(11): p. 3448- 3457.
40. Mazurek, M.O., et al., Anxiety, sensory over-responsivity, and gastrointestinal problems in children with autism spectrum disorders. *Journal of abnormal child psychology*, 2013. 41(1): p. 165-176.
41. Volkmar, F.R., K. Chawarska, and A. Klin, Autism spectrum disorders in infants and toddlers. *Autism spectrum disorders in infants and toddlers: Diagnosis, assessment, and treatment*, 2008: p. 1-22.
42. Klin, A., et al., Defining and quantifying the social phenotype in autism. *American Journal of Psychiatry*, 2002. 159(6): p. 895-908.
43. Matson, J.L., Determining treatment outcome in early intervention programs for autism spectrum disorders: A critical analysis of measurement issues in learning based interventions. *Research in developmental disabilities*, 2007. 28(2): p. 207- 218.
44. Broadstock, M., C. Doughty, and M. Eggleston, Systematic review of the effectiveness of pharmacological treatments for adolescents and adults with autism spectrum disorder. *Autism*, 2007. 11(4): p. 335-348.
45. Cohen, S., et al., The relationship between sleep and behavior in autism spectrum disorder (ASD): a review. *Journal of neurodevelopmental disorders*, 2014. 6(1): p. 44.
46. Gregory, A.M. and A. Sadeh, Sleep, emotional and behavioral difficulties in children and adolescents. *Sleep medicine reviews*, 2012. 16(2): p. 129-136.

47. Kotagal, S. and E. Broomall, Sleep in children with autism spectrum disorder. *Pediatric neurology*, 2012. 47(4): p. 242-251.
48. Cortesi, F., et al., Sleep in children with autistic spectrum disorder. *Sleep medicine*, 2010. 11(7): p. 659-664.
49. Redcay, E. and E. Courchesne, Deviant functional magnetic resonance imaging patterns of brain activity to speech in 2–3-year-old children with autism spectrum disorder. *Biological psychiatry*, 2008. 64(7): p. 589-598.
50. Karst, J.S. and A.V. Van Hecke, Parent and family impact of autism spectrum disorders: A review and proposed model for intervention evaluation. *Clinical child and family psychology review*, 2012. 15(3): p. 247-277.
51. Dosman, C.F., et al., Children with autism: effect of iron supplementation on sleep and ferritin. *Pediatric neurology*, 2007. 36(3): p. 152-158.
52. Dosman, C.F., et al., 'Ferritin as an indicator of suspected iron deficiency in children with autism spectrum disorder: prevalence of low serum ferritin concentration'. *Developmental medicine and child neurology*, 2006. 48(12): p. 1008.
53. Schreck, K.A., J.A. Mulick, and A.F. Smith, Sleep problems as possible predictors of intensified symptoms of autism. *Research in developmental disabilities*, 2004. 25(1): p. 57-66.
54. Ornitz, E.M. and E.R. Ritvo, Perceptual inconstancy in early infantile autism: The syndrome of early infant autism and its variants including certain cases of childhood schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 1968. 18(1): p. 76-98.
55. Johnson, C.R., et al., Relationships between feeding problems, behavioral characteristics and nutritional quality in children with ASD. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2014. 44(9): p. 2175-2184.

56. Sharp, W.G., et al., Feeding problems and nutrient intake in children with autism spectrum disorders: a meta-analysis and comprehensive review of the literature. *Journal of autism and developmental disorders*, 2013. 43(9): p. 2159-2173.
57. Emond, A., et al., Feeding symptoms, dietary patterns, and growth in young children with autism spectrum disorders. *Pediatrics*, 2010. 126(2): p. e337-e342.
58. Volkert, V.M. and P. Vaz, Recent studies on feeding problems in children with autism. *Journal of applied behavior analysis*, 2010. 43(1): p. 155-159.
59. Clark, J.H., D.K. Rhoden, and D.S. Turner, Symptomatic vitamin A and D deficiencies in an eight-year-old with autism. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 1993. 17(3): p. 284-286.
60. Ma, N.S., C. Thompson, and S. Weston, Brief report: Scurvy as a manifestation of food selectivity in children with autism. *Journal of autism and developmental disorders*, 2016. 46(4): p. 1464-1470.
61. Marquenie, K., et al., Dinnertime and bedtime routines and rituals in families with a young child with an autism spectrum disorder. *Australian Occupational Therapy Journal*, 2011. 58(3): p. 145-154.
62. Buie, T., et al., Evaluation, diagnosis, and treatment of gastrointestinal disorders in individuals with ASDs: a consensus report. *Pediatrics*, 2010. 125(Supplement 1): p. S1-S18.
63. Buie, T., et al., Recommendations for evaluation and treatment of common gastrointestinal problems in children with ASDs. *Pediatrics*, 2010. 125(Supplement 1): p. S19-S29.
64. Najdowski, A.C., et al., Parental assessment and treatment of food selectivity in natural settings. *Journal of applied behavior analysis*, 2003. 36(3): p. 383-386.

65. Sucuoğlu, B., et al., Otistik çocukların değerlendirilmesinde kullanılan ölçeklere ilişkin bir çalışma. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, 1996. 4: p. 116- 121.
66. Lukens, C.T., Development and validation of an inventory to assess eating and mealtime behavior problems in children with autism. 2005, The Ohio State University.
67. Meral, B.F. and A. Fidan, A study on Turkish adaptation, validity and reliability of the brief autism mealtime behavior inventory (BAMBI). *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 2014. 116: p. 403-408.
68. Owens, J.A., A. Spirito, and M. McGuinn, The Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ): psychometric properties of a survey instrument for school-aged children. *SLEEP-NEW YORK-*, 2000. 23(8): p. 1043-1052.
69. Fiş, N.P., et al., Çocuk Uyku Alışkanlıkları Anketinin Türkçe geçerliliği ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2010. 11: p. 151-160.
70. Hisli, N., Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerlięi, güvenilirlięi. *Psikoloji dergisi*, 1989. 7(23): p. 3-13.
71. Ulusoy, M., N. Sahin, and H. Erkmen, Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: psychometric properties. *Journal of cognitive psychotherapy*, 1998. 12(2): p. 163-172.
72. Beck, A.T., et al., An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology*, 1988. 56(6): p. 893.
73. Eapen, V., et al., Conceptualisation and development of a quality of life measure for parents of children with autism spectrum disorder. *Autism research and treatment*, 2014. 2014.
74. Börte Gürbüz Özgür, H.A., Otizmde yaşam kalitesi anketi- ebeveyn sürümünün Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği in *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları 2016*, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aydın.

75. Bresnahan, M., et al., Association of maternal report of infant and toddler gastrointestinal symptoms with autism: evidence from a prospective birth cohort. *JAMA psychiatry*, 2015. 72(5): p. 466-474.
76. Liu, X., et al., Sleep disturbances and correlates of children with autism spectrum disorders. *Child Psychiatry & Human Development*, 2006. 37(2): p. 179-191.
77. Mutluer, T., S. Karakoc Demirkaya, and O. Abali, Assessment of sleep problems and related risk factors observed in Turkish children with Autism spectrum disorders. *Autism Research*, 2015.
78. Suarez, M.A., B.J. Atchison, and M. Lagerwey, Phenomenological examination of the mealtime experience for mothers of children with autism and food selectivity. *American Journal of Occupational Therapy*, 2014. 68(1): p. 102-107.
79. Postorino, V., et al., Clinical differences in children with autism spectrum disorder with and without food selectivity. *Appetite*, 2015. 92: p. 126-132.
80. Keen, D.V., Childhood autism, feeding problems and failure to thrive in early infancy. *European child & adolescent psychiatry*, 2008. 17(4): p. 209-216.
81. Schreck, K.A. and K. Williams, Food preferences and factors influencing food selectivity for children with autism spectrum disorders. *Research in developmental disabilities*, 2006. 27(4): p. 353-363.
82. Valicenti-McDermott, M., et al., Parental stress in families of children with autism and other developmental disabilities. *Journal of child neurology*, 2015. 30(13): p. 1728-1735.
83. Dykens, E.M., et al., Reducing distress in mothers of children with autism and other disabilities: a randomized trial. *Pediatrics*, 2014. 134(2): p. e454-e463.
84. Giallo, R., et al., Fatigue, wellbeing and parental self-efficacy in mothers of children with an autism spectrum disorder. *Autism*, 2013. 17(4): p. 465-480.

85. Nadon, G., et al., Mealtime problems in children with autism spectrum disorder and their typically developing siblings: A comparison study. *Autism*, 2011. 15(1): p. 98-113.

EKLER

EK 1: Sosyodemografik Veri Formu

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Adı Soyadı: Tarih:

Dosya Numarası:

Doğum tarihi:

Yaşı (ay olarak):

Adres:

Telefon:

Cinsiyeti: **1. Erkek 2. Kız**

İlk başvuru zamanı yaşı (ay olarak):

Kardeş sayısı:

Annenin Yaşı:

Annenin Eğitim Durumu:

1. Okur-yazar değil 2. İlkokul mezunu 3. Ortaokul mezunu 4. Lise mezunu 5. Yüksekokul veya üniversite mezunu

Annenin Mesleği:

Annede bilinen hastalık:

Babanın Yaşı:

Babanın Eğitim Durumu:

1. Okur-yazar değil 2. İlkokul mezunu 3. Ortaokul mezunu 4. Lise mezunu 5. Yüksekokul veya üniversite mezunu

Babanın Mesleği:

Babada Bilinen Hastalık:

Anne- Babanın birliktelik durumu:

1. Evli 2. Boşanmışlar 3. Ayrı oturuyorlar 4. Anne ya da babadan biri ölmüş

Şu anki konuşma düzeyi:

0. Konuşma yok 1. Tek kelimelerle konuşuyor 2. Basit cümle kuruyor 3. Akıcı konuşuyor

Herhangi bir ilaç kullanıyor mu? **1. Evet 2. Hayır**

Evet ise kullandığı ilaçlar ve dozları:

a.

b.

c.

Özel eğitim alıyor mu? **1. Evet 2. Hayır**

Çocuğun şu anki Boyu:

Kilosu:

BMI:

Özgeçmiş bilgileri

Kronik hastalık öyküsü: **1. Evet 2. Hayır**

Bilinen genetik hastalık var mı? **1. Evet 2. Hayır**

Gelişim öyküsü:

- a. Anne hamilelikte tıbbi sorun yaşadı mı? **1.** Evet **2.** Hayır
Sorun belirtiniz...
- b. Anne hamilelikte ruhsal sorun yaşadı mı? **1.** Evet **2.** Hayır
Sorunu belirtiniz...
- c. Annenin hamilelik sırasında yaşı:
- d. Babanın hamilelik sırasında yaşı:
- e. Anne hamilelik sırasında ilaç kullandı mı? **1.** Evet **2.** Hayır İlaç?
- f. Anne hamilelik sırasında sigara kullandı mı? **1.** Evet **2.** Hayır
- g. Anne hamilelik sırasında alkol aldı mı? **1.** Evet **2.** Hayır
- h. Hamilelikte X-ray film çekimi var mı? **1.** Evet **2.** Hayır
1. Doğum şekli: **1.** Normal **2.** Sezaryen
2. Doğum Zamanı: **1.** Zamanında **2.** Erken doğum **3.** Prematurite **4.** Geç doğum
3. Zor doğum: **1.**Kordon dolanması **2.** Kanama **3.** Mekonyum aspirasyonu **4.** Diğer **5.** Yok
4. Doğum Ağırlığı (Gram olarak):
5. Anne sütü aldı mı? **1.** Evet **2.** Hayır Ne Kadar?
6. Fizyolojik sarılık: **1.** Evet **2.** Hayır
7. Patolojik sarılık: **1.** Evet **2.** Hayır
8. İlk kelimelerini söyleme yaşı: (ay olarak)
9. İlk cümle kurma yaşı: (ay olarak)
10. Yürüme yaşı: (ay olarak)

Soygeçmiş bilgileri

Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü var mı? Varsa kimde?

1. Derece Akraba 2. Derece akraba 3. Derece akraba 4. Uzak akraba
- 1.** YGB
- 2.** Şizofreni
- 3.** Duygudurum bozuklukları
- 4.** Anksiyete bozukluğu
- 5.** Obsessif Kompulsif bozukluk
- 6.** Dikkat eksikliği ve Hiperaktivite bozukluğu
- 7.** Mental retardasyon
- 8.** Epilepsi
- 9.** Tıbbi hastalık

Anne Baba arasında akrabalık var mı? **1.** Evet **2.** Hayır
Akrabalık derecesi (1. derece, 2.derece, 3.derece, uzak)

Gastrointestinal Sistem Belirtileri:

- 1-) Çocuğunuzun reflüsü var mı? Eğer varsa ne zaman geçirdi?
- 2-) Çocuğunuzda ishal şikayeti var mıdır? Eğer varsa şu anda kontrol altında mı?
- 3-) Çocuğunuzda kabızlık şikayeti var mıdır? Eğer varsa şu anda kontrol altında mı?
- 4-) Çocuğunuz karın ağrısı yaşar mı?

EK 2: Çocukluk Otizmi Derecelendirme Ölçeği (ÇODÖ)

ÇOCUKLUK OTİZMİ DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ (ÇODÖ)

Adı-Soyadı: Cinsiyeti:

Doğum Tarihi: Değerlendirme

Tarihi: Değerlendiren:

Yönerge: Her bir kategori için, ölçeğin her maddesinin altında bırakılan yeri kullanınız. Çocuğu gözlemlemeyi bitirdikten sonra, ölçeğin maddelerinde yer alan davranışları değerlendiriniz. Her madde için çocuğu en iyi biçimde tanımlayan ifadenin numarasını daire içine alınız. İki ifade arasında değerlendirmeniz gerekiyorsa 1.5, 2.5 ya da 3.5 değerlerinden birini kullanabilirsiniz. Her madde için

kısaltılmış değerlendirme ölçütü gösterilmiştir.

Kategorileri Dereceleme Puanları

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

I. İnsanlarla ilişki

II. Taklit

III. Duygusal tepkiler

IV. Bedenin kullanımı

V. Nesne kullanımı

VI. Değişikliğe uyum

VII. Görsel tepki

VIII. Dinleme tepkisi

IX. Tatma, Koklama, Dokunma Tepkisi ve Kullanımı

X. Korku ya da Sinirlilik

XI. Sözel iletişim

XII. Sözel olmayan iletişim

XIII. Etkinlik Düzeyi

XIV. Zihinsel Tepkilerin Düzeyi ve Tutarlılığı

XV. Genel

İzlenimler

TOPLAM

15-29: Otizm yok

30-36: Hafif-Orta Derecede Otistik

37-60: Aşırı Derecede Otistik

I-İNSANLARLA İLİŞKİ

1 İnsanlarla ilişki kurmada bir anormallik ya da zorluk belirtisi

yok: Çocuğun davranışı yaşına uygundur. Bir şey yapması istendiğinde utangaçlık, mızımlık ya da rahatsızlık belirtileri gözlemlenebilir, ancak bunlar atipik derecede değildir.

1,5

2 Hafif derecede anormal ilişki: Çocuk yetişkinin gözüne bakmaktan kaçınabilir, yetişkinden kaçınabilir ya da etkileşime zorlandığı zaman

huysuzlanabilir, çok utangaç olabilir, yetişkine tipik tepkiler vermeyebilir ya da yaşlılarından biraz daha fazla anne-babaya yapışabilir.

2,5

3 Orta derecede anormal ilişki: Çocuk zaman zaman çevreden kopmuş (yetişkinin farkında değilmiş) gibi gözükür. Çocuğun dikkatini çekebilmek için zaman zaman ısrarlı ve zorlayıcı girişimler gerekir. Çok az ilişki çocuk tarafından başlatılır.

3,5

4 Ağır derecede anormal ilişki: Çocuk sürekli bir şekilde çevreden kopuktur ya da yetişkinin ne yaptığının farkında değildir. Hemen hemen hiçbir zaman

yetişkine tepki vermez ya da yetişkinle ilişki başlatmaz. Çocuğun dikkatini çekmek için ancak çok ısrarlı girişimlerin bir etkisi olabilir.

GÖZLEMLER:

II-TAKLİT

1 Uygun taklit: Çocuk beceri düzeyine uygun ses, kelime ve hareketleri taklit edebilir.

1,5

2 Hafif derecede anormal taklit: Çocuk çoğu zaman el çırpma, tek ses çıkarma gibi basit davranışları taklit eder; bazen sadece zorlandıktan sonra ya da gecikmeli olarak taklit eder.

2,5

3 Orta derecede anormal taklit: Çocuk ancak ara sıra taklit eder ve bu, yetişkinin yoğun yardım ve ısrarını gerektirir; taklit çoğunlukla gecikmeli olarak ortaya çıkar.

3,5

4 Ağır derecede anormal taklit: Çocuk, yetişkinin ısrar ve yardımına rağmen sesleri, kelimeleri, hareketleri çok seyrek taklit eder ya da hiç etmez.

93

GÖZLEMLER:

III-DUYGUSAL TEPKİLER

1 Yaş ve duruma uygun duygusal tepkiler: Çocuk duygusal tepkilerini, uygun tarz ve derecede, yüz ifadesi, duruş ve davranış değişikliği ile gösterir.

1,5

2 Hafif derecede anormal duygusal tepkiler: Ara sıra çocuk, kısmen uygun olmayan tarz ve derecede duygusal tepkiler gösterir. Tepkiler bazen, tepkileri çevreleyen nesnelere ve olaylarla ilişkili değildir.

2,5

3 Orta derecede anormal duygusal tepkiler: Çocuk belirgin olarak uygun olmayan tarz ve derecede duygusal tepkiler gösterir. Tepkiler azalmış ya da abartılı ya da durumla bağlantısız olabilir; duygu uyandıran belirgin olaylar ve nesnelere olmasa bile 'grimace', gülme ya da kaskatı kesilme görülebilir.

3,5

4 Ağır derecede anormal duygusal tepkiler: Tepkiler nadiren duruma uygundur; çocuk belirli bir duygu durumunda iken bu durumu değiştirmek çok zordur. Buna karşın hiçbir şey değişmediği halde aşırı duygu değişiklikleri gösterebilir.

GÖZLEMLER:

IV-BEDENİN KULLANIMI

1 Bedenin yaşa uygun kullanımı: Çocuk normal yaşları ile aynı rahatlık, çeviklik ve koordinasyonla hareket eder.

1,5

2 Bedenin hafif derecede anormal kullanımı: Hantallık, yineleyici hareketler, koordinasyon zayıflığı gibi küçük, kendine özgü tuhafliklar olabilir ya da

seyrek olarak alışılmadık beden hareketlerine rastlanabilir.

2,5

3 Bedenin orta derecede anormal kullanımı: Bu yaşta bir çocuk için alışılmadık ya da belirgin derecede garip olan parmak hareketleri, tuhaf parmak ve vücut duruşu, bedenin bir parçasına takılıp kalma ya da çimdikleme, kendine yönelik saldırganlık, sallanma, dönme, parmak oynatma, ayak uçlarında yürüme gibi davranışlar görülebilir.

3,5

94

4 Bedenin ağır derecede anormal kullanımı: Yukarıda sıralanan hareketlerin sık ya da yoğun görülmesi, bedenin ağır derecede anormal kullanımının

belirtileridir. Bu davranışlar, bunları engelleme ya da çocuğu başka etkinlikler içine sokma girişimlerine karşın ısrarlı bir devamlılık gösterebilir.

GÖZLEMLER:

V-NESNE KULLANIMI

1 Oyuncak ve diğer nesnelere uygun ilgi ve kullanım: Çocuk, kendi beceri düzeyine uygun oyuncaklar ve diğer nesnelere normal ilgi gösterir ve bu

oyuncakları normal şekilde kullanır.

1,5

2 Oyuncak ve diğer nesnelere hafif derecede uygun olmayan ilgi ve kullanım: Çocuk bir oyuncakla atipik bir ilgi gösterebilir ya da onunla uygun olmayan bebeksi biçimde oynar (örneğin; oyuncakla vurma, emme).

2,5

3 Oyuncak ve diğer nesnelere orta derecede uygun olmayan ilgi ve kullanım: Çocuk oyuncaklara ve diğer nesnelere çok az ilgi gösterebilir ya da bir oyuncak ya da nesneyi tuhaf bir şekilde kullanmaya kendini kaptırır

olabilir. Oyuncakla önemsiz bir parçasına odaklanabilir, nesnenin yansıttığı ışıktan çok hoşlanabilir. Yineleyici bir biçimde oyuncakla bazı kısımlarını

hareket ettirebilir ya da yalnızca bir nesne ile yoğun bir şekilde oynar.

3,5

4 Oyuncak ve diğer nesnelere ağır derecede uygun olmayan ilgi ve kullanım: Çocuk yukarıdaki davranışları daha sık ve yoğun olarak

gösterebilir. Bu uygun olmayan etkinliklere kendini kaptırıldığında, çocuğun dikkatini bir başka tarafa çekmek zordur.

GÖZLEMLER:

VI-DEĞİŞİKLİĞE UYUM

1 Değişikliğe yaşa uygun uyum: Çocuk alıştığı düzendeki değişiklikleri fark edebilir ya da bunları (sözel olarak) belirtebilir ise de yersiz rahatsızlık göstermeden bu değişiklikleri kabul eder.

1,5

2 Değişikliğe hafif derecede anormal uyum: Yetişkin yapılan etkinliği değiştirmeye kalktığı zaman çocuk aynı etkinliğe ya da aynı araç-gereci kullanmaya devam eder.

95

2,5

3 Değişikliğe orta derecede anormal uyum: Çocuk alıştığı düzendeki değişikliklere etkin olarak direnir, eski etkinliğe devam etmeye çalışır, dikkatini başka tarafa çekmek çok zordur. Düzen değiştirildiği zaman mutsuz ve öfkeli olabilir.

3,5

4 Değişikliğe ağır derecede anormal uyum: Çocuk değişikliğe ağır tepkiler verir. Eğer değişikliğe zorlanırsa çok fazla kızabilir ya da işbirliği yapmaz ve öfke nöbetleriyle tepki verebilir.

GÖZLEMLER:

VII-GÖRSEL TEPKİ

1 Yaşa uygun görsel tepki: Çocuğun görsel davranışları normaldir ve yaşına uygundur. Görme, yeni bir nesneyi keşfetmek için diğer duyuyla birlikte kullanılır.

1,5

2 Hafif derecede anormal görsel tepki: Çocuğa zaman zaman nesnelere bakması hatırlatılmalıdır. Arkadaşları yerine ışığa ya da aynaya bakmakla daha çok ilgilenilir, ara sıra boşluğa gözünü dikip bakabilir ya da insanların gözlerine bakmaktan kaçınabilir.

2,5

3 Orta derecede anormal görsel tepki: Çocuğa sık sık yaptığına bakması hatırlatılmalıdır. Boşluğa gözünü dikip bakabilir, insanların gözüne bakmaktan kaçınabilir, nesnelere alışılmadık bir açıdan bakabilir, nesnelere gözlerine çok yakın tutabilir.

3,5

4 Ağır derecede anormal görsel tepki: Çocuk ısrarlı bir şekilde insanlara ya da belirli nesnelere bakmaktan kaçınır ve yukarıda tanımlanan diğer görsel tepkilerin aşırı biçimlerini sergiler.

GÖZLEMLER:

VIII-DİNLEME TEPKİSİ

1 Yaşa uygun dinleme tepkisi: Çocuğun dinleme davranışı normal ve yaşına uygundur. Dinleme diğer duyularla birlikte kullanılır.

1,5

96

2 Hafif derecede anormal dinleme tepkisi: Belirli seslere karşı hafif tepkisizlik gösterebilir ya da hafif derecede fazla tepki verebilir. Seslere tepkiler gecikebilir, çocuğun dikkatini çekebilmek için sesin tekrar edilmesi gerekebilir. Çocuğun dikkati yabancı (dıştan gelen) seslerle dağılabilir.

2,5

3 Orta derecede anormal dinleme tepkisi: Çocuğun seslere tepkileri değişkenlik gösterir, ilk birkaç defada duymazlıktan gelebilir, bazı günlük sesleri işittiği zaman ürkebilir ya da kulaklarını kapatabilir.

3,5

4 Ağır derecede anormal dinleme tepkisi: Çocuk, sesin türünden bağımsız olarak, seslere karşı aşırı derecede tepkisel ya da tepkisiz davranabilir.

GÖZLEMLER:

IX-TATMA, KOKLAMA, DOKUNMA TEPKİSİ VE KULLANIMI

1 Tatma, koklama ve dokunmaya normal tepki ve kullanım:

Çocuk yeni nesnelere yaşına uygun şekilde, genellikle bakarak ve hissederek keşfeder.

Tatma ve koklama duyularını gerektiğinde kullanabilir. Küçük, can yakıcı durumlar karşısında çocuk rahatsızlığını belirtir, ancak aşırı tepki göstermez. **1,5**

2 Tatma, koklama ve dokunmaya hafif derecede anormal tepki ve kullanım:

Çocuk nesnelere ısrarlı bir şekilde ağzına koyabilir, yemeyen nesnelere koklayabilir, tadabilir, normal çocukların rahatsızlık ifade ettikleri orta şiddetli ağrıları fark etmiyor gibi davranabilir ya da aşırı tepki verebilir. **2,5**

3 Tatma, koklama ve dokunmaya orta derecede anormal tepki ve kullanım:

Çocuk insanlara ya da nesnelere dokunma, koklama ve tatmaya yönelik orta derecede bir eğilim gösterebilir, çok az ya da çok fazla tepki verebilir.

3,5

4 Tatma, koklama ve dokunmaya ağır derecede anormal tepki ve kullanım:

Çocuk normal kullanım ve keşfetme yerine, sadece duyumsama amacıyla nesnelere koklar, tadar ya da onlara dokunur. Çocuk ağrıyı (acıyı) tümüyle algılamaz görünür ya da hafif derecede rahatsızlık veren durumlarda çok aşırı tepki verir.

GÖZLEMLER:

X-KORLU YA DA SİNİRLİLİK

1 Normal korku ya da sinirlilik: Çocuğun davranışları hem yaşına hem duruma uygundur.

1,5

2 Hafif derecede anormal korku ya da sinirlilik: Çocuk, aynı yaş ve benzer durumdaki çocuğun tepkileriyle karşılaştırıldığında, ara sıra çok az ya da çok fazla korku ve sinirlilik gösterir.

2,5

3 Orta derecede anormal korku ya da sinirlilik: Çocuk, benzer durumdaki daha küçük bir çocuk için bile tipik olandan biraz daha az ya da biraz daha fazla korku gösterir.

3,5

4 Ağır derecede anormal korku ya da sinirlilik: Zararsız olaylar ve nesnelere ilişkin yineleyici deneylerden sonra bile korku sürer. Çocuğu sakinleştirmek

ya da rahatlatmak çok zordur. Buna karşın, çocuk aynı yaştaki diğer çocukların kaçındığı tehlikelere karşı uygun davranışı göstermekte başarısızdır.

GÖZLEMLER:

XI-SÖZEL İLETİŞİM

1 Yaşa ve duruma uygun sözel

iletişim 1,5

2 Hafif derecede anormal sözel iletişim: Konuşma genel olarak gerilik gösterir. Konuşmanın çoğu anlamlıdır; ancak ekolali ve kişi zamirlerinin ters kullanımı görülebilir. Bazı özel sözcükler ve jargon kullanılabilir.

2,5

3 Orta derecede anormal sözel iletişim: Konuşma olmayabilir. Konuşma olsa da sözel iletişim, 'anamlı konuşma' ile 'jargon, ekolali, zamir değiştirme gibi kendine özgü konuşma' karışımından oluşabilir. Anamlı konuşmada yoğun soru sorma ve belirli konular üzerinde ısrarla durma gibi özellikler görülebilir.

3,5

4 Ağır derecede anormal sözel iletişim: Anamlı konuşma kullanılmaz. Çocuk bebeksi sesler, tuhaf ya da hayvan seslerine benzer sesler konuşmaya yakın karmaşık sesler çıkarabilir ya da tanıdık kelimeler ve cümlelerin tuhaf kullanımı görülebilir.

98

GÖZLEMLER:

XII-SÖZEL OLMAYAN İLETİŞİM

1 Sözel olmayan iletişimin yaşa ve duruma uygun normal kullanımı 1,5

2 Sözel olmayan iletişimin hafif derecede anormal kullanımı:

Sözel olmayan iletişimin olgunlaşmamış kullanımı; yaşitlarının istediklerini daha

belirgin işaret ettikleri ya da gösterdikleri durumlarda çocuk belirsizce işaret edebilir ya da istediğine uzanabilir.

2,5

3 Sözel olmayan iletişimin orta derecede anormal kullanımı:

Çocuk genellikle isteklerini ya da gereksinimlerini sözel olmayan şekilde ifade edemez ve diğerlerinin sözel olmayan iletişimini anlayamaz.

3,5

4 Sözel olmayan iletişimin ağır derecede anormal kullanımı: Çocuk sadece belirgin bir anlamı olmayan garip ya da özel jestler kullanır ve diğerlerinin

diğerlerinin

yüz ifadelerinin ya da jestlerinin farkında değildir.

GÖZLEMLER:

XIII-ETKİNLİK DÜZEYİ

1 Yaşa ve koşullara uygun normal etkinlik düzeyi: Çocuk benzer koşuldaki normal bir yaşından ne daha fazla ne daha az hareketlidir.

1,5

2 Hafif derecede anormal etkinlik düzeyi: Çocuk hafif derecede huzursuzdur ya da biraz 'tembelce' ve yavaş hareket edebilir. Çocuğun etkinlik düzeyi performansını hafifçe etkiler.

2,5

3 Orta derecede anormal etkinlik düzeyi: Çocuk oldukça aktiftir ve onu zaptetmek zordur. Sınırsız enerjisi olabilir ve uykuya dalmakta güçlük çeker. Buna karşın, çocuk oldukça hareketsiz olabilir ve harekete geçirebilmek için oldukça fazla çaba gerekebilir.

3,5

4 Ağır derecede anormal etkinlik düzeyi: Çocuk hareketlilik ya da hareketsizliğin en uç noktalarındadır ve bir aşırı uçtan diğerine geçebilir.

GÖZLEMLER:

XIV-ZİHİNSEL TEPKİLERİN DÜZEYİ VE TUTARLILIĞI

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

1,5

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

2,5

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

3,5

4 Ağır derecede anormal zihinsel işlevsellik: Çocuk aynı yaştaki tipik bir çocuk kadar zeki değilken, zihinsel gelişimin bir ya da daha fazla alanında normal bir çocuktan bile daha iyi işlev gösterebilir.

GÖZLEMLER:

XV-GENEL İZLENİMLER

1 Otizm yok: Çocuk otizme özgü belirtilerin hiçbirini göstermez.

1,5

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

2,5

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

3,5

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

GÖZLEMLER:

EK 3: Çocuklarda Uyku Alışkanlıkları Ölçeği (ÇUAÖ)

ÇOCUK UYKU ALIŞKANLIKLARI (Okulöncesi ve Okul çağı çocukları için)

Aşağıdaki cümleler çocuğunuzun uyku alışkanlıklarını ve uykuyla ilişkili muhtemel zorluklarını içermektedir. Geçen haftayı düşünerek bu sorulara cevap verirsiniz. Eğer geçtiğimiz hafta bir nedenle (çocuğunuzun ateşli bir enfeksiyonu olmuş olabilir ve iyi uyuyamamış olabilir ya da örneğin taşınma ya da tadilat nedeniyle ev yaşantınızda düzen değişikliği yaşanmış olabilir) her zamanki yaşantı düzeninizden farklı geçti ise o zaman normal düzeninizde yaşadığımız en son haftayı düşünerek soruları yanıtlayınız. Eğer bir durum haftada 5-7 kez oluyorsa GENELLİKLE, 2-4 kez oluyorsa BAZEN, 1 kez oluyor ya da hiç olmuyorsa NADİREN şeklinde cevap veriniz. Ek olarak, her bir satırda söz edilen uyku alışkanlığı size göre sorun yaratıyorsa “evet”, yaratmıyorsa “hayır”ı yuvarlak içine alınız.

Yatma Zamanı

Çocuğunuzun yatış saatini yazınız: _____

	3 Genellikle (5-7)	2 Bazen (2-4)	1 Nadiren (0-1)
1) Yatağa her gece aynı saatte gider*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Yattıktan sonra 20 dakika içinde uykuya dalar*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Kendi başına yatağında uykuya dalar*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Anne-babasının ya da kardeşinin yatağında uykuya dalar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Uykuya dalarken anne-babasının odada olması gerekir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Yatma saatinde mücadele eder (ağlar, yatakta durmak istemez vs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Karanlıkta uyumaktan korkar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Yalnız başına uyumaktan korkar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Uyku Davranışı

Çocuğunuzun her günlük genel uyku miktarı: _____ saat, _____ dakika
(gece uykusu ile gün içindeki uyku miktarının toplamı)

	3 Genellikle (5-7)	2 Bazen (2-4)	1 Nadiren (0-1)
9) Çok az uyur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Yeterli miktarda uyur*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Her gün aynı miktarda uyur*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) Gece yatağını ıslatır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) Uykusunda konuşur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) Uyku sırasında huzursuzdur ve çok hareket eder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) Gece uykusunda yürür	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16) Gece başkasının yatağına gider (anne-babasının, kardeşlerinin vs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17) Uykuda dış gıcırdatır (dış hekimi de bunu size söylemiş olabilir)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18) Yüksek sesle horlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19) Uyku sırasında sanki nefes alması duruyor gibidir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20) Uyku sırasında kesik kesik nefes alır, burnundan horultuyla nefes alıp verir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21) Ev dışında bir yerde uyumakta sorun yaşar (akrabalarda, yada gezide)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22) Gece uykudan bağıarak uyanır, terlemiştir, sakinleştirilemez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23) Korkutucu bir rüya nedeniyle telaşla uyanır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gece Uykudan Uyanma

	3 Genellikle (5-7)	2 Bazen (2-4)	1 Nadiren (0-1)
24) Uykuda bir kez uyanır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25) Uykuda bir kereden fazla uyanır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gece uyandığında kaç dakika uyanık kaldığını yazınız: _____

Sabah Uykudan Kalkma/ Gündüz Uykululuk Hali

Sabahları genelde uyandığı saati yazınız: _____

	3 Genellikle (5-7)	2 Bazen (2-4)	1 Nadiren (0-1)
26) Sabah kendiliğinden uyanır*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27) Keyifsiz bir şekilde uyanır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28) Çocuğı yetişkinler ya da kardeşleri uyandırır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29) Sabahları yataktan çıkmakta zorlanır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30) Sabahları uyanıp ayılması uzun zaman alır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31) Sabahları yorgun görünür	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aşağıda belirtilen durumlarda çok uykusu gelir ya da uyuyakalır:

	1 Uykusu gelmez	2 Çok uykusu gelir	3 Uyuya kalır
32) Televizyon seyrederken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33) Arabada yolculuk ederken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EK 4: Otizm Öğün Davranış Kısa Ölçeği

Çocuğunuzun son 6 aydaki yemek vakitlerini tekrar düşünün. Aşağıdaki soruları, her bir davranışın ne sıklıkta ortaya çıktığını düşünerek verilen dereceleme ölçeğine göre cevaplayınız: Hiç/Çok nadir Nadiren Ara Sıra Sıklıkla Neredeyse her öğün 1 2 3 4 5 Aşağıdaki maddeler sizin için problem teşkil ediyorsa EVET, etmiyorsa HAYIR cevabını yuvarlak içine alınız/işaretleyiniz.		Hiç/Çok Nadir	Nadiren/Seyrek	Ara Sıra/Bazen	Sıklıkla	Neredeyse Tüm	Benim için bir problem	Benim için bir problem değil
1	Çocuğum yemek ya da öğün esnasında ağlar veya çığlık atar.	1	2	3	4	5	Evet	Hayır
2	Çocuğum yememek için, yiyecekte yüzünü/kafasını ya da vücudunu çevirir.	1	2	3	4	5	Evet	Hayır
3	Çocuğum yemek bitene kadar masada/sofrada kalkmadan oturur.	1	2	3	4	5	Evet	Hayır
4	Çocuğum yediği yiyecekleri ağzından çıkarır/tükürür.	1	2	3	4	5	Evet	Hayır
5	Çocuğum yemek esnasında saldırgandır (yanındaki kişilere vurma, tekmeleme, çimdikleme gibi).	1	2	3	4	5	Evet	Hayır
6	Çocuğum yemek esnasında kendini yaralayıcı davranış sergiler (kendine vurma, kendini ısırma gibi).	1	2	3	4	5	Evet	Hayır
7	Çocuğum yemek esnasında yıkıcı davranışlar sergiler (tabağı, çatal-kaşığı, yiyeceği itme/atma gibi).	1	2	3	4	5	Evet	Hayır
8	Çocuğum yemek verildiğinde ağzını sıkıca kapatarak yemeyi reddeder.	1	2	3	4	5	Evet	Hayır
9	Çocuğum yemek rutinleri konusunda esnek değildir (yemek zamanları, oturma düzeni, yemek yenilen yerler konusunda takıntılı/katı değildir).	1	2	3	4	5	Evet	Hayır
10	Çocuğum yeni yiyecekleri denemede isteklidir.	1	2	3	4	5	Evet	Hayır
11	Çocuğum belirli yiyeceklerden hoşlanmaz ve yemek istemez.	1	2	3	4	5	Evet	Hayır
12	Çocuğum çok fazla çiğnemesi gereken yiyecekleri yemeyi reddeder (sadece yumuşak ya da püre halindeki yiyecekleri tercih etmesi gibi).	1	2	3	4	5	Evet	Hayır
13	Çocuğum her yemekte aynı yiyecekleri yemeyi tercih eder.	1	2	3	4	5	Evet	Hayır
14	Çocuğum 'çıtır/gevrek' yiyecekleri tercih eder (çerez, kraker, cips gibi).	1	2	3	4	5	Evet	Hayır
15	Çocuğum farklı yiyecekleri yemeyi kabul eder ya da tercih eder.	1	2	3	4	5	Evet	Hayır
16	Çocuğum belirli şekilde servis edilen yiyecekleri tercih eder (küçük küçük bölünmüş, püre halinde, pipetle vs. gibi).	1	2	3	4	5	Evet	Hayır
17	Çocuğum sadece tatlı yiyecekleri tercih eder (şekerleme, şekerli gevrek gibi).	1	2	3	4	5	Evet	Hayır
18	Çocuğum belirli şekillerde hazırlanmış yiyecekleri tercih eder (çoğunlukla kızartılmış yiyecekler, soğuk yiyecekler, çiğ sebze gibi).	1	2	3	4	5	Evet	Hayır

EK 5: Beck Depresyon Ölçeği

BECK DEPRESYON ENVANTERİ-BDE

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

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

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

Toplam BECK-D skoru:.....

EK 6: Beck Anksiyete Ölçeği

Beck Anksiyete Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir.

Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek et- kilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama kat- lanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zor- landım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karın- calanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Toplam BECK-A skoru:.....

designed by Emrah SONGUR M.D.

EK 7: Otizmde Yaşam Kalitesi Anketi-Ebeveyn Sürümü (OYKA)

Otizmde Yaşam Kalitesi Anketi- Ebeveyn Sürümü							
Bu anket otizm spektrum bozukluğu (OSB) olan çocukların ebeveynlerindeki yaşam kalitesini değerlendirmektedir.							
Bugünün tarihi:							
Yaşınız (yıl olarak):							
Cinsiyetiniz (daire içine alınız): Erkek/ Kadın							
OSB tanımlı çocuğunuzun yaşı (yıl olarak):							
OSB tanımlı çocuğunuzun cinsiyeti (daire içine alınız): Erkek/ Kız							
Çocuk ile olan yakınlığınız (daire içine alınız): Anne/ Baba/ Diğer (belirtiniz)							
Bölüm A							
Aşağıdaki soruları yanıtlarken lütfen son 4 hafta boyunca kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi yansıtan kutucuğa işaret koyunuz.							
	Hiç	Biraz	Orta	Biraz fazla	Çok fazla	Uygulanabilir değil	Açıklamalar
1. Hayatımdan memnunum							
2. Stresli hissediyorum							
3. Mutlu ve hoşnut hissediyorum							
4.Çökkün veya endişeli hissediyorum							
5. Birey olarak kendimle ilgili iyi hissediyorum							
6. Yakın ilişkilerimden memnunum							
7. İhtiyacım olduğunda yanımda olan insanlar var							
8. Sosyal hayatımdan memnunum							
9. Aile hayatımdan memnunum							
10. Ekonomik durumumdan memnunum							
11. Yaşadığım yerden memnunum							
12. İhtiyaçlarımı karşılayacak yeterli param var							
13. Başarılarımdan dolayı memnunum							
14. Genel sağlığımdan memnunum							
15. Sağlıklı bir yaşam biçimim var							
16. Boş zamanlarımda yaptıklarımdan memnunum							
17. Sağlık sorunlarımı istediğim şeyleri yapmama engeldir							
18. Hayatımın kontrolüm altında olduğunu hissediyorum							
19. Hayatımda hedefler belirler ve hedeflere ulaşırım							
20. Bir eylem planı yapabilir ve bunu uygulayabilirim							
21. Kendi kararlarımı kendim alırım							
22. Suçluluk hissedirim							
23. Bir topluluğun parçasıyım							
24. Toplumdan ihtiyacım olan desteği alabilirim							
25. İhtiyacım olan yere gidebilirim							
26. Günlük yaşamımda kendimi güvende hissedirim							
27. Günlük yaşamımda saygı duyulduğumu hissedirim							
28. Sağlık hizmetlerinin olanaklarından memnunum							

Bölüm A puanlaması: 1= hiç; 2=biraz; 3=orta ya da uygulanabilir değil; 4=biraz fazla; 5=çok fazla (Not: madde 2,4,17,22 ters puanlanmaktadır)

Bölüm B

OSB'li çocuklar bir dizi zorluk yaşarlar. Son 4 hafta boyunca bu zorlukların size ne kadar sorun olduğunu bilmek istiyoruz.

Örneğin, 1.madde için eğer siz "benim için hafif bir sorundu" ifadesini işaretlerseniz, bu "çocuğumun diğer insanlarla sosyalleşmesindeki zorluk son 4 hafta boyunca benim için hafif bir sorundu" anlamına gelir.

Son 4 hafta boyunca bu benim için ne kadar sorun oldu?

<i>OSB'li çocukların yaşayabileceği zorluklar:</i>	Sorun değildi	Hafif düzeyde sorun	Orta derecede sorun	Biraz fazla sorun	Çok fazla sorun	Uygulanabilir değil	Açıklamalar
1. İnsanlarla sosyalleşme							
2. Arkadaş edinme							
3. Başkalarının duygularını anlama							
4. Sohbeti sürdürme							
5. İhtiyaçlarını bildirme							
6. Kendine söylenenlerin tam anlamıyla gerçek anlamını anlama							
7. Toplumsal olarak utanç verici olan şeyler söyleme							
8. Rutine, alışlagelmiş bir düzene bağlı kalma ihtiyacı							
9. Belirli bir konuya aşırı ilgili olma							
10. Özel bir durumda veya değişiklikler sırasında endişeli olma							
11. Belirli duylulara (koku, tat, dokunma, işitme vb.) hassasiyet							
12. Toplumsal etkileşim kurallarını anlama							
13. Duygusal tepkilerini yönetme							
14. Yapılacak şeyleri belli bir şekilde yapma ihtiyacı							
15. Öfke ve saldırganlığı içeren yıkıcı davranışlar							
16. Uygunsuz duygusal tepkiler gösterme							
17. Tekrarlayıcı alışılmadık davranışlar ya da vücut hareketleri							
18. Umursamaz, düşüncesiz ya da patavatsız davranışlara kalkışma							
19. Günlük yaşam görevlerini bağımsız olarak yapma							
20. Sosyal olarak yaklaşıldığında tepki verme							

Genel olarak, yaşam kalitenizi nasıl derecelendirirsiniz? (Lütfen aşağıdaki çizgi üzerine çarpı koyunuz)

Hiç memnun değilim

Son derece memnunuz

0

5

10

Yaşam kaliteniz üzerinde önemli etkisi olduğuna inandığınız başka herhangi bir şey var mı? (lütfen bunları tanımlayınız).....

Bu anketi tamamladığınız için teşekkürler.

Bölüm B puanlaması: 5=sorun değildi; 4=hafif düzeyde sorun; 3=orta derecede sorun ya da uygulanabilir değil; 2=biraz fazla sorun; 1=cok fazla sorun