T.C.
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU TANILI ÇOCUKLARDA PARENTS PLUS ERKEN YAŞLAR EBEVEYNLİK PROGRAMININ ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Büşranur BAYRAKTUTAN VURAL

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Mehmet Akif AKINCI

ERZURUM-2025

ATATURK UNIVERSITESI
TIP FAKULTESI

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TEZ SINAVI TUTANAĞI

I. UZMANLIK ÖĞRENCİSİ ve TEZİ İLE İLGİLİ BİLGİLER	
Adı, Soyadı : Büşranur BAYRAKTUTAN VURAL	**Sınav tarihi:** 23 / 09 / 2025
Anabilim Dalı : Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	
Tez Danışmanı ve Atanma Tarihi:	
Tezin Konusu ve Başlığı : Otizm Spektrum Bozukluğu Tanılı Çocuklarda Parents Plus Erken Yaşlar Ebeveynlik Programının Etkinliğinin Değerlendirilmesi **Belirlenme Tarihi** :	
Tezin Niteliği : ☒ Tıpta Uzmanlık Tezi ☒ Klinik Çalışmalar (X) Prospektif ( ) Retrospektif ( ) Kesitsel ☐ Laboratuvar Çalışmaları ( ) Invitro (Cansız) Çalışmaları ( ) Hayvan Çalışmaları	
Tez Sınavının Nasıl Yapıldığı: ☒ Yüz yüze katılım sağlanarak ☐ Online (Jürinin teşkil edilmesinde kurum dışından belirlenecek olan jüri üyesi, aynı il sınırları içerisinde bulunmadığından, tez sınavı dijital ortamda yapılmıştır.)	

II. KARAR

Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliğinin 19. maddesi gereğince yapılan tez savunma sınavının tamamlanması sonucunda adı geçenin tezinin, jüri üyelerince "Tıpta Uzmanlık Tezi" olarak;

☒ Kabulüne

1.Tez Sınavı ☐ Reddine (Eksikliklerin tamamlanması ve gerekli düzeltmelerin yapılması için uzmanlık öğrencisine, TUEY'nin 19. Maddesinin 6. fıkrası gereğince altı aylık ek bir süre verilmesine)

2.Tez Sınavı ☐ Reddine (TUEY'nin 19. Maddesinin 7. fıkrası gereğince, uzmanlık öğrencisinin uzmanlık öğrenciliği ile ilişiğinin kesilmesine)

☒ Oy birliği ☐ Oy çokluğu ile karar verilmiştir.

III. AÇIKLAMALAR

Lütfen, tezin reddi durumunda gerekçeli açıklamalarınızı buraya yazınız

IV. JÜRİ ÜYELERİ

	Unvanı Adı Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurum Bilgisi	İmza
Jüri Başkanı	Doç. Dr. Mehmet Akif AKINCI	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi	
Jüri Üyesi	Doç. Dr. Esen YILDIRIM DEMİRDÖĞEN	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi	
Jüri Üyesi	Doç. Dr. Abdullah BOZKURT	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi	

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER ..... **i**
TABLOLAR DİZİNİ ..... **v**
KISALTMALAR DİZİNİ ..... **vi**
TEŞEKKÜR ..... **viii**
ÖZET ..... **x**
ABSTRACT ..... **xii**
1. GİRİŞ VE AMAÇ **1**
2. GENEL BİLGİLER **4**
2.1. Otizm Spektrum Bozukluğu 4
2.1.1. Tanım 4
2.1.2. Tarihçe 4
2.1.3. Epidemiyoloji 6
2.1.4. Etiyoloji 7
2.1.4.1. Genetik Faktörler 8
2.1.4.2. Nöroanatomik Faktörler ve Nörogörüntüleme Bulguları 9
2.1.4.3. Nörokimyasal Faktörler 10
2.1.4.4. Nöroimmünolojik Faktörler 11
2.1.4.5. Çevresel Faktörler 12
2.1.5. Tanısal Değerlendirme 13
2.1.6. Tanı Kriterleri 14
2.1.6.1. OSB için DSM-V Tanı Ölçütleri 14
2.1.7. Yaşa Göre Klinik Görünüm 16
2.1.7.1. Bebeklik 16
2.1.7.2. Okul Öncesi Dönem 17
2.1.7.3. Okul Dönemi 18
2.1.7.4. Ergenlik Dönemi 18
2.1.8. Eşlik Eden Tanılar 19
2.1.9. Tedavi 22
2.2. Ebeveyn Eğitim Programları 25
2.2.1. Tanım ve Amaç 25
2.2.2. Tarihçe 25

2.2.3. Sınıflandırma 26
2.2.4. OSB ve Ebeveynlik Programları 27
2.2.5. Parents Plus (PP) Programları 30
2.2.5.1. Parents Plus Programlarının Diğer Programlara Göre Farkları 33
2.2.5.2. Parents Plus Programlarının Kuramsal Temeli 34
2.2.5.3. Parents Plus Erken Yaşlar Programı 35
2.2.5.3.1. Program Materyalleri 37
2.2.5.3.2. Program İçeriği 37
2.2.5.3.3. Programın Uygulanması 39
GRUP OTURUMUNUN TEMEL UNSURLARI 40
3. GEREÇ VE YÖNTEM 41
3.1. Amaç 41
3.3. Araştırmanın Tipi 42
3.4. Örneklem Grubunun Oluşturulması 42
3.4.1. Ebeveynlerin Araştırmaya Dâhil Olma ve Dışlama Ölçütleri 42
3.4.2. Çocukların Araştırmaya Dâhil Olma ve Dışlama Ölçütleri 43
3.5. Uygulama 44
3.6. Gereçler 45
3.6.1. Sosyodemografik Veri Formu 45
3.6.2. Çocukluk Otizmi Derecelendirme Ölçeği (The Childhood Autism Rating Scale-CARS) 46
3.6.3. Otizm Davranış Değerlendirme Kontrol Listesi (ODKL) 46
3.6.4. Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA) 47
3.6.5. Sorunlu Davranışlar Kontrol Listesi (SDKL) 47
3.6.6. Maslach Tükenmişlik Ölçeği 48
3.6.7. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) 48
3.6.8. Beck Anksiyete Ölçeği 49
3.6.9. Otizmde Yaşam Kalitesi Anketi-Ebeveyn Sürümü (OYKAES) 49
3.6.10. Ebeveynlik ve Aile Uyum Ölçeği (Parenting and Family Adjustment Scale (PAFAS) 50
3.6.11. Çocuk-Anababa İlişki Ölçeği 50
3.7. İstatistiksel Değerlendirme 51

4. BULGULAR 52
4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri 52
4.1.1. Çocuklara İlişkin Tanımlayıcı Özellikler 52
4.1.2. Anneye İlişkin Tanımlayıcı Özellikler 57
4.1.3. Babaya İlişkin Tanımlayıcı Özellikler 58
4.2. PPEYP'nin Otizm Spektrum Bozukluğu Belirtilerine Etkisine İlişkin Bulgular 61
4.3. PPEYP'nin ODKL Ölçeği Üzerine Etkisine Dair Bulgular 62
4.4. PPEYP'nin Çocuklarda Davranışsal ve Duygusal Sorunlar Üzerine Etkilerine Dair Bulgular 63
4.4.1. GGA Puanlarına İlişkin İstatistiksel Veriler 63
4.4.2. SDKL Puanlarına İlişkin İstatistiksel Veriler 65
4.5. PPEYP'nin Ebeveynlerin Psikolojik Durumları Üzerine Etkilerine İlişkin Bulgular 67
4.5.1. Beck Depresyon Ölçeği Puanlarına İlişkin İstatistiksel Bulgular 67
4.5.2. Beck Anksiyete Ölçeği Puanlarına İlişkin İstatistiksel Bulgular 67
4.5.3. Maslach Tükenmişlik Ölçeği Puanlarına İlişkin İstatistiksel Bulgular 68
4.5.4. Otizm Yaşam Kalitesi Anketi Puanlarına İlişkin İstatistiksel Bulgular 69
4.6. PPEYP'nin Aile İşlevselliği Üzerine Etkilerine Dair Bulgular 71
4.6.1. PPEYP'nin Ebeveyn-Çocuk İlişkisi Üzerine Etkilerine Dair Bulgular 71
4.6.2. PPEYP'nin Aile Uyum ve Tutumları Üzerine Etkilerine Dair Bulgular 72
5. TARTIŞMA 73
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 89
KAYNAKLAR 90
EKLER 109
EK-1. Sosyodemografik Veri Formu 109
EK-2. Çocukluk Otizmi Derecelendirme Ölçeği 112
EK-3. Otizm Davranış Kontrol Listesi 113
EK-4. Güçler ve Güçlükler Anketi 115
EK-5. Sorun Davranışlar Kontrol Listesi 117
EK-6. Beck depresyon ölçeği 118
EK-7. Beck Anksiyete Ölçeği 119

EK-8. Maslach Tükenmişlik Ölçeği 120
EK-9. Otizm Yaşam Kalitesi Anket-Ebeveyn Sürümü 121
EK-10. Çocuk-Anababa İlişki Ölçeği 123
EK-11. Anne Babalık ve Aile Uyum Ölçeği 125

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Parents Plus Erken Yaşlar Programı Oturumları ve İçerikleri 38
Tablo 2. Grup Oturumunun Temel Unsurları 40
Tablo 3. Çocuklara İlişkin Tanımlayıcı Özellikler 53
Tablo 4. PPEYP ve Kontrol Grubunda Yer Alan Çocukların Tanı ve Eğitim Özellikleri 55
Tablo 5. PPEYP ve Kontrol Grubunda Yer Alan Çocukların Komorbid Hastalıkları ve İlaç Kullanımı 56
Tablo 6. PPEYP ve Kontrol Grubunda Yer Alan Çocukların OSB Klinik Şiddeti 57
Tablo 7. Anneye İlişkin Tanımlayıcı Özellikler 58
Tablo 8. Babaya İlişkin Tanımlayıcı Özellikler 59
Tablo 9. Aileye İlişkin Tanımlayıcı Özellikler 60
Tablo 10. CARS Puanlarına İlişkin İstatistiksel Veriler 61
Tablo 11. ODKL Puanlarına İlişkin İstatistiksel Veriler 62
Tablo 12. GGA Puanlarına İlişkin İstatistiksel Veriler 64
Tablo 13. SDKL Puanlarına İlişkin İstatistiksel Veriler 66
Tablo 14. Beck Depresyon Puanlarına İlişkin İstatistiksel Veriler 67
Tablo 15. Beck Anksiyete Puanlarına İlişkin İstatistiksel Veriler 68
Tablo 16. Maslach Tükenmişlik Ölçeği Puanlarına İlişkin İstatistiksel Veriler 69
Tablo 17. Otizm Yaşam Kalitesi Puanlarına İlişkin İstatistiksel Veriler 70
Tablo 18. ÇAİÖ Puanlarına İlişkin İstatistiksel Veriler 71
Tablo 19. PAFAS Puanlarına İlişkin İstatistiksel Veriler 72

KISALTMALAR DİZİNİ

ABA : Applied Behavior Analysis- (Uygulamalı Davranış Analizi)

APA : Amerika Psikiyatri Birliği

CDC : Centers for Disease Control and Prevention-(Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi)

CMA : Chromosomal Microarray Analysis (Kromozomal Mikrodizi Analizi)

ÇAİÖ : Çocuk Annebaba İlişki Ölçeği

ÇODÖ : Çocukluk Otizmi Derecelendirme Ölçeği

DEHB : Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

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

EIBI : Early Intensive Behavioral Intervention- (Erken Yoğun Davranışsal Müdahale)

ESDM : Early Start Denver Modeli- (Erken Başlangıç Denver Modeli)

FDA : Food and Drug Administration

GGA : Güçler ve Güçlükler Anketi

ICD : International Clasification of Diseases-(Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması)

IY-ASLD : Incredible Years Autism Spectrum and Language Delays

JASPER : Joint Attention, Symbolic Play, Engagement and Regulation- (Ortak Dikkat Sembolik Oyun, Katılım ve Düzenleme)

KTM : Kapsamlı Tedavi Modelleri

M-CHAT : Erken Çocukluk Dönemi Otizm Tarama Ölçeği

NDBI : Naturalistic Developmental Behavioral Interventions- (Doğal Gelişimsel Davranışsal Müdahaleler)

ODKL : Otizm Davranış Kontrol Listesi

OYKAES : Otizmde Yaşam Kalitesi Anketi-Ebeveyn Sürümü

OKB : Obsesif Kompulsif Bozukluk

OSB : Otizm Spektrum Bozukluğu

PAFAS : Parenting and Family Adjustment Scale- (Ebeveynlik ve Aile Uyum Ölçeği**)**

PP : Parents Plus

PPEP : Parents Plus Ebeveynlik Programları

PPEYP : Parents Plus Erken Yaşlar Programı

RKÇ : Randomize Kontrollü Çalışma

SDKL : Sorunlu Davranış Kontrol Listesi

TEACCH : Treatment and Education ofAutistic and Related Communication Handicapped

YGB : Yaygın Gelişimsel Bozukluklar

TEŞEKKÜR

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı eğitimim ve tez çalışmam süresince bilgi, birikim ve deneyimleriyle gösterdiği rehberlik, sabır ve destek için tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Mehmet Akif AKINCI'ya

Uzmanlık eğitimim ve tez sürecim boyunca bilgi ve tecrübeleriyle katkıda bulunan, yapıcı ve destekleyici yaklaşımlarıyla bana yol gösteren Sayın Doç. Dr. Esen Yıldırım DEMİRDÖĞEN'e ve Sayın Doç. Dr. Abdullah BOZKURT'a

Asistanlığımda birlikte çalışmaktan büyük keyif duyduğum tez ve eğitim sürecim boyunca tecrübelerini paylaşarak sürecimi kolaylaştıran, ihtiyaç duyduğum her an dönüş yapıp bana yol gösteren Dr. Merve KARABAK, Dr. Mehmet Ali DONBALOĞLU, Dr. Müberra KOLAK ÇELİK, Dr. Halime DAĞCI'ya her koşulda yanımda olduklarını hissettiren, samimi destekleri ve güven veren yaklaşımlarıyla bu süreci benim için çok daha anlamlı kılan sevgili eş kıdemlilerim Dr. Gülsüm Tuğba KORKMAZ ÜRÜK, Dr. Kübra BAYINDIR, Dr.Büşra KAYA ve Dr.Aisoun KADI TARCHAN'a, eğitimi verme sürecinde yanımda olup destekleriyle bana güç veren değerli arkadaşlarım Dr. Ayşe Rümeysa ERAT ve Dr. Ceyda KORU ÇALIŞKAN'a bununla beraber birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum Dr. Hatice ALARSLAN KOÇAK, Dr. Zeynep ERGİN, Dr. Özgür ESMERAY, Dr. Taylan ÜRÜK, Dr. Tuğba Nur SAYLAN YAVUZ, Dr. Halid Emin ÖZKARAALP, Dr. Maşide Elmas ERBEK, Dr. Mehmet Emin ÖZHAN, Dr. Sedef DİKEÇ AKSAKAL, Dr. Talha GÖKSU, Dr. Adem Güven ÖZOĞUL, Dr. Filiz DAĞCI, Dr. Seçil Kayıkçı, Dr. Muhammed Enes PERKTAŞ, Dr. Asena Nazlı DUMLU SİBİRLİOĞLU ve Dr. Selen YAVUZLAR'a, psikologlarımız Ayşegül KARAOVA ve Gizem DOĞAN'a, güler yüzleri ile çalışma ortamımızı daha sıcak ve samimi kılan bölüm sekreterlerimiz Kerim AYDIN, Muhammet Emin BİBER ve Ela TEYMUR'a, çok kıymetli hemşiremiz Esra LAÇİN'e, değerli çocuk gelişimcilerimiz Göknur YILDIZ ve Hatice GÜNDOĞDU'ya, dil-konuşma terapistimiz Süreyya İlkay ULAŞ'a

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları rotasyonu süresince Atatürk Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalına ve Çocuk Nöroloji rotasyonumda desteğini ve bilgilerini esirgemeyen Prof. Dr. Hüseyin TAN'a

Tez çalışmama katılan bütün çocuklara ve ailelerine,

Bugüne kadar attığım her adımda yanımda olan, her zaman desteğini hissettiren, sevgileriyle bana güç veren annem, babam ve kardeşlerime, liseden bu yana her anımı paylaştığım, dostluğu ve yoldaşlığıyla beni hep ayakta tutan sevgili arkadaşım Rumeysa ARFAT KOÇ'a, her aşamada yanımda olan sevgili kayınvalidem Zuhal VURAL ve eşimin değerli ailesine ,her zorluğu birlikte göğüslediğim, sabrı, sevgisi ve sınırsız desteğiyle bana yol arkadaşlığı yapan canım eşim Ahmet Muhammet VURAL'a, henüz dünyaya gelmemiş ama varlığıyla bana güç veren sevgili kızım Asude'ye teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Büşranur BAYRAKTUTAN VURAL

ÖZET

Otizm Spektrum Bozukluğu Tanılı Çocuklarda Parents Plus Erken Yaşlar Ebeveynlik Programının Etkinliğinin Değerlendirilmesi

Giriş: Bu çalışmanın amacı, OSB tanılı 2–6 yaş çocukların ebeveynlerine uygulanan Parents Plus Erken Yaşlar Programı'nın; çocuklarda otizm semptom şiddeti ve duygusal-davranışsal belirtiler ile ebeveynlerde depresyon, anksiyete, tükenmişlik, yaşam kalitesi, ebeveynlik uygulamaları, aile uyumu ve ebeveyn-çocuk ilişkisi üzerindeki etkinliğini değerlendirmektir.

Yöntem: Çalışmamız tek merkezli, tek kör randomize kontrollü olarak planlanmış, müdahale grubu 30 çocuk ve ebeveyninden, kontrol grubu ise 30 çocuk ve ebeveyninden oluşturulmuştur. Değerlendirmede sosyodemografik formun yanı sıra çocukların semptom şiddeti ve duygusal-davranışsal belirtileri için Çocukluk Otizmi Derecelendirme Ölçeği (ÇODÖ), Otizm Davranış Değerlendirme Kontrol Listesi (ODKL), Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA) ve Sorunlu Davranışlar Kontrol Listesi (SDKL); ebeveyn iyilik hâli ve aile işlevselliği açısından Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Maslach Tükenmişlik Ölçeği, Otizmde Yaşam Kalitesi Anketi – Ebeveyn Sürümü (OYKA-ES) Ebeveynlik ve Aile Uyum Ölçeği (PAFAS); ebeveyn-çocuk ilişkisi için ise Çocuk-Anababa İlişki Ölçeği kullanılmıştır. 9 hafta uygulanan programda,ölçümler programdan önce ve program bitiminde yapılmıştır. İstatistiksel analizlerde Mann–Whitney U, Wilcoxon işaretli sıralar ve ki-kare testleri kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmadaki çocukların %23,6'sı kız, %76,4'ü erkektir; yaş ortalaması 53,6±15,5 aydır. Gruplar kendi içlerinde karşılaştırıldığında; her iki grupta Çocukluk Otizmi Derecelendirme Ölçeği (ÇADÖ) puanlarında anlamlı düşüş izlenmiştir. Otizm Davranış Değerlendirme Kontrol Listesi (ODKL) toplam ve alt ölçeklerinde her iki grupta da anlamlı değişim izlenmemiştir. Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA) ile değerlendirildiğinde, PPEYP grubunda ön–son karşılaştırmada toplam güçlük puanında azalma ve prososyal puanda artış görülmüş, kontrol grubunda ise prososyal**,** toplam etki ve dışsallaştırma puanlarında anlamlı değişim izlenmiş,

kalan boyutlarda fark bulunmamıştır. Sorunlu Davranışlar Kontrol Listesi (SDKL) toplam ve alt ölçek puanlarında hem PPEYP hem de kontrol grubunda anlamlı değişim saptanmamıştır. Ebeveyn ölçümlerinde PPEYP grubunda depresyon puanları anlamlı olarak azalmış**,** anksiyete puanlarında kısa vadede anlamlı değişim izlenmemiş; tükenmişlik ve yaşam kalitesi için iyileşme eğilimleri istatistiksel eşiğe ulaşmamıştır. Kontrol grubunda depresyon ve tükenmişlik puanlarında anlamlı artış**,** anksiyetede değişim izlenmemiş ve Yaşam Kalitesi-A puanında anlamlı azalma saptanmıştır. Çocuk-Ana-Baba İlişki Ölçeği (ÇAİÖ) PPEYP grubunda anlamlı düzeyde azalmış**,** ebeveyn-çocuk ilişkisinin güçlendiğine işaret etmiş; kontrol grubunda ÇAİÖ puanlarında anlamlı değişim izlenmemiştir. Ebeveynlik ve Aile Uyum Ölçeği (PAFAS) toplam ve alt boyutlarında ise her iki grupta da anlamlı değişim izlenmemiştir.

Sonuç: Çalışmamız, PPEYP'nin OSB tanılı okul öncesi çocuklar ve aileleri için yararlı bir ebeveynlik müdahalesi olduğunu göstermektedir. Program, erken çocuklukta çocuğun davranışsal-duygusal zorluklarını hafifletmeye, ebeveynlerin psikolojik iyilik hâlini güçlendirmeye, tükenmişlik ve yaşam kalitesi açısından koruyucu ve iyileştirici etkiler göstermeye ve ebeveyn-çocuk ilişkisini güçlendirmeye katkı sunmaktadır.Bununla birlikte, sonuçların genellenebilirliğini artırmak amacıyla, farklı merkezlerde, daha geniş örneklemlerle ve uzun dönem takip ölçümleriyle yeni çalışmalara ihtiyaç vardır. Ayrıca PPEYP'nin yalnızca OSB tanılı çocukların ebeveynlerinden oluşan bir örneklemde ve çok boyutlu çıktılarla değerlendirildiği ilk klinik araştırma olması, literatüre özgün katkı sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Otizm Spektrum Bozukluğu, Parents Plus Programları, Ebeveynlik Programları

ABSTRACT

Evaluation of the Effectiveness of the Parents Plus Early Years Parenting Program in Children Diagnosed with Autism Spectrum Disorder

Introduction: This study aims to evaluate the effectiveness of implementing the Parents Plus Early Years Programme (PPEYP) for parents of 2–6-year-old children diagnosed with Autism Spectrum Disorder (ASD) on children's autism symptom severity and emotional–behavioral symptoms, and on parents' depression, anxiety, burnout, quality of life, parenting practices, family adjustment, and their relationship with their child.

Method: Our study was designed as a single-center, single-blind randomized controlled trial. The intervention group consisted of 30 children and their parents, while the control group consisted of 30 children and their parents. In the evaluation, in addition to the sociodemographic form; for children's symptom severity and emotional–behavioral symptoms, the Childhood Autism Rating Scale (CARS), Autism Behavior Checklist (ABC), Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), and berrant Behavior Checklist (ABC) were used; for parental well-being and family functioning, the Beck Depression Inventory, Beck Anxiety Inventory, Maslach Burnout Inventory, Autism Quality of Life Questionnaire – Parent Version (QoLA-P), and the Parenting and Family Adjustment Scale (PAFAS) were used; and for the parent–child relationship, the Child–Parent Relationship Scale (CPRS) was used. In the 9-week program, measurements were conducted before the program and at the end of the program. In the statistical analyses, the Mann–Whitney U test, Wilcoxon signed-rank test, and chi-square test were used.

Results: Of the children in the study, 23.6% were girls and 76.4% were boys; the mean age was 53.6±15.5 months. Within-group comparisons showed a significant decrease in CARS scores in both groups. No significant change was observed in the total and subscale scores of the Autism Behavior Checklist (ABC) in either group. In the evaluation with the SDQ, in the PPEYP group, there was a decrease in total difficulties and an increase in prosocial scores, while in the control group, significant

changes were observed in prosocial, total impact, and externalizing scores, with no differences in other domains. No significant changes were detected in the total and subscale scores of the Aberrant Behavior Checklist (ABC) in either group. Among parental measures, depression scores significantly decreased in the PPEYP group, while no significant short-term change was observed in anxiety; improvement trends in burnout and quality of life did not reach statistical significance. In the control group, a significant increase was observed in depression and burnout scores, no change was found in anxiety, and a significant decrease was detected in the Quality of Life-A score. The CPRS scores in the PPEYP group significantly decreased, indicating a strengthened parent–child relationship, whereas no significant change was observed in the control group. No significant changes were observed in the PAFAS total or subscale scores in either group.

Conclusion: Our study demonstrates that PPEYP is a beneficial parenting intervention for preschool children diagnosed with ASD and their families. The program contributes to alleviating behavioral and emotional difficulties in early childhood, enhancing parents' psychological well-being, providing protective and therapeutic effects in terms of burnout and quality of life, and strengthening the parent–child relationship. However, to increase the generalizability of the results, further studies are needed in different centers, with larger samples and longer-term follow-up assessments. . In addition, being the first clinical study to evaluate PPEYP with multidimensional outcomes in a sample consisting solely of parents of children diagnosed with ASD, makes a unique contribution to the literatüre

Keywords: Autism Spectrum Disorder, Parents Plus Programmes, Parenting Programmes

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB), erken çocukluk döneminde başlayan, sosyal etkileşim, iletişim becerileri ve tekrarlayıcı davranışlarla karakterize edilen nörogelişimsel bir bozukluktur (1). OSB, bireyden bireye farklılık gösteren geniş bir klinik yelpazeye sahiptir ve belirtileri hafiften şiddetliye kadar değişebilir.

Son yıllarda yapılan epidemiyolojik çalışmalar, OSB'nin yaygınlığında belirgin bir artış olduğunu göstermektedir. Amerika Birleşik Devletleri Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi'nin (CDC) 2020 yılı raporuna göre, her 36 çocuktan biri OSB tanısı almaktadır (2). Bu oran, önceki yıllarda bildirilen prevalans verilerine kıyasla kayda değer bir artışa işaret etmektedir. OSB tanılı çocuklar, gelişimsel süreçlerinde çeşitli zorluklarla karşılaşmaktadır.

Sosyal etkileşim ve iletişim becerilerinde yaşanan güçlükler, çocukların akranlarıyla ilişkilerini zorlaştırırken, tekrarlayıcı ve sınırlı ilgi alanları da onların çevreye uyum sağlamasını güçleştirmektedir. Aynı zamanda, davranışsal problemler, duyusal hassasiyetler ve günlük rutinlerin değişimine karşı aşırı tepki verme gibi faktörler, OSB'li çocukların aileleri için günlük yaşamı zorlaştıran unsurlar haline gelebilmektedir (3,4). Bu noktada, erken çocukluk dönemi, sosyal becerilerin, dil gelişiminin ve bilişsel yetilerin en hızlı şekillendiği kritik bir dönem olarak kabul edilmektedir (5). Erken yaşta sağlanan destekleyici müdahaleler, OSB tanılı çocukların gelişimlerini olumlu yönde etkileyerek, yaşam boyu sürecek kazanımlar elde etmelerini sağlayabilmektedir (6). Araştırmalar, erken yaşta uygulanan ebeveyn destek programlarının hem çocukların gelişim süreçlerine hem de ebeveynlerin stres ve tükenmişlik düzeylerine olumlu katkılar sunduğunu göstermektedir (6,7). OSB tanılı çocukların aileleri, yalnızca çocuklarının gelişimsel zorluklarıyla değil, aynı zamanda psikososyal ve ekonomik yüklerle de karşı karşıya kalmaktadır. Günlük yaşam aktivitelerinin yönetimi, çocuklarının eğitim ve terapi süreçlerine erişim sağlama, akran zorbalığı ve toplumsal farkındalık eksikliği gibi faktörler, ebeveynlerde yüksek stres, kaygı ve tükenmişlik hissi yaratabilmektedir (8). Bu durum, ebeveyn-çocuk ilişkisini doğrudan etkileyerek, çocukların gelişimsel süreçlerine olumsuz yansıyabilmektedir. Bu nedenle, OSB tanılı çocukların ve

ailelerinin ihtiyaçlarının anlaşılması ve desteklenmesi, erken müdahale programlarının ve ebeveyn eğitimlerinin temelini oluşturmaktadır.

Ebeveyn eğitimi, ebeveynlere çocuk yetiştirme, çocukların gelişimi ve özel ihtiyaçlarının anlaşılması konusunda bilgi ve beceriler kazandırmayı amaçlayan bir süreçtir. Bu eğitim, ebeveynleri destekleyici, bilgilendirici ve güçlendirici nitelikte olup, ailelerin çocuklarıyla daha etkili iletişim kurmalarını ve onların gelişimini desteklemelerini sağlar (9). Ebeveyn eğitimi, çocukların gelişimi üzerinde doğrudan olumlu etkilere sahiptir. Ebeveynlerin bilgileri ve becerileri arttıkça, çocukların sosyal, duygusal ve zihinsel gelişimleri de aynı oranda olumlu bir şekilde gelişir (10). Çocukların davranışsal problemlerinde ebeveynlik kalitesinin önemli bir faktör olduğu kabul edilmektedir (11). Bu sebeple, ebeveyn eğitim yaklaşımları, çocuklardaki davranışsal zorlukların üstesinden gelmede sıklıkla tercih edilir (12). Davranışsal problemlerin yönetimi, ailenin içindeki stresi hafifletir ve çocuğun genel iyilik halini artırır (5).

Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB) tanısı konmuş çocukların ebeveynlerine sunulan eğitimlerin, ebeveynlerin mental sağlığını ve çocukların davranışsal uyumlarını geliştirdiği gözlemlenmiştir (13). OSB'ye sahip çocukların ebeveynlerindeki stres seviyelerini ve çocukların davranış problemlerini azaltmayı hedefleyen bir araştırmada, altı aylık bir eğitim sürecinin sonunda, hem OSB'li çocuklardaki istenmeyen davranışların hem de ebeveynlerin stres düzeylerinin düştüğü belirlenmiştir (14).

Parents Plus Programlarının ilk bulguları, 1998'de "çocuklardaki disiplin problemlerinin yönetilmesi ve çözümü için pratik ve pozitif video-destekli dersler" olarak tanıtılmış ve bu derslerin standardizasyonu ile programın temelleri oluşturulmuştur (15). PP Programları, davranış problemlerinin azaltılması, öğrenmenin ve pozitif ebeveyn-çocuk ilişkilerinin teşvik edilmesi gibi belirli amaçlar doğrultusunda, ebeveynler ve çocuklarla birlikte geliştirilen video tabanlı bir ebeveyn eğitimi programıdır (16). Bu programlar, gerçek ebeveynler ve aktörlerin kullanıldığı grup tartışmaları, rol oyunları ve ev ödevleri aracılığıyla, pozitif ve negatif ebeveyn-çocuk etkileşimlerini sergileyerek ebeveynlik ilkelerini gösterir. Hem klinik hem de

toplum tabanlı ortamlarda, küçük ebeveyn grupları için uygulanabilir (15). Parents Plus Programları, sistemik ve çözüm odaklı terapi, sosyal öğrenme teorisi, bilişsel davranışçı terapi, çatışma yönetimi/müzakere teorisi ve gelişimsel psikoloji dahil olmak üzere çeşitli psikolojik ve eğitim teorilerine dayanır (16). Bu programlar, aile üyelerinin davranışlarını ve deneyimlerini, aile dinamiği içinde kritik bir faktör olarak ele alır ve katılımcı merkezli, işbirliğine dayalı hedeflerle yapılandırılır. Eğitimli uygulayıcılar tarafından yürütülen grup terapi modelleri, katılımcıların desteklenmesine, tecrübe paylaşımına ve grup içi bilgi birikiminin artırılmasına odaklanır (17). Programlar, ebeveynlerin aktif katılımı ve problem çözme yeteneklerinin geliştirilmesine yönelik tasarlanmıştır. Bu metodoloji, bilişsel öğrenme ve koşullanma ilkelerine dayanarak, video modelleme aracılığıyla ebeveynlik zorluklarına çözümler sunar.

Parents Plus Erken Yaşlar Programı, 0-6 yaş grubundaki çocuklara sahip ebeveynlere yönelik olarak tasarlanmış bir eğitim kursudur. Bu programın temel amacı, ebeveynleri çocuklarının gelişimine destek olacak yöntemler konusunda bilgilendirmek ve aile içi bağları kuvvetlendirmektir. Bu program, ebeveynlerin çocuk yetiştirme tekniklerini geliştirmelerine, çocuklarının duygusal ve sosyal büyümesini desteklemelerine, ve aile içindeki iletişimi kuvvetlendirmelerine yardımcı olacak yönlendirmeler sağlar (18). Davranışsal ve duygusal zorluklar yaşayan çocukların ailelerine yönelik hazırlanmış olan bu kurs, çocuklarda görülen davranış problemlerinin üstesinden gelinmesi, ebeveynlerin stres yönetimi becerilerinin geliştirilmesi ve aile bireylerinin genel refah seviyesinin artırılması amacıyla özel stratejiler önerir (19).

Bu çalışma, Parents Plus Erken Yaşlar Programı'nın 2-6 yaş arasındaki OSB tanılı çocuklar ve ebeveynleri üzerindeki etkilerini değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Programın, çocukların otizm semptomlarının şiddeti, sosyal, duygusal ve davranışsal gelişimleri ile ebeveynlerin psikolojik ve duygusal iyi oluşları, ebeveyn-çocuk etkileşimi ve aile içi uyumu üzerindeki etkileri incelenecektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Otizm Spektrum Bozukluğu

2.1.1. Tanım

Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB), genellikle çocukluk döneminin erken evrelerinde başlayan ve sosyal etkileşim, iletişim becerileri ve davranışsal esneklikle ilgili zorluklarla kendini gösteren nörogelişimsel bir bozukluktur. OSB, bireyler arasında geniş bir semptom çeşitliliğine sahip olup, semptomlar genellikle sosyal becerilerde bozulma, sınırlı ilgi alanları ve tekrarlayıcı davranışlar şeklinde görülür. Bu bozukluğun şiddeti, bireyden bireye değişiklik gösterir ve bazen hafif, bazen ise daha belirgin düzeyde engeller oluşturabilir (20).

2.1.2. Tarihçe

OSB'nin klinik tanımı, 20. yüzyılın ortalarına kadar geriye gitmektedir. İlk kez 1911 yılında İsviçreli psikiyatrist Eugen Bleuler tarafından "şizofreni" hastalarındaki sosyal geri çekilme ve içe kapanıklık davranışlarını tanımlamak için kullanılan "otizm" terimi, zamanla günümüzdeki anlamına evrilmiştir. Yunanca "autos" (kendi) kelimesinden türetilen bu terim, başlangıçta yalnızca şizofreni vakalarında kullanılan bir tanımlamadır (21). 1943'te, Amerikalı psikiyatrist Leo Kanner, yaptığı bir çalışmada 11 çocuğun sosyal etkileşimde yetersizlik, dil gelişimindeki gecikmeler ve tekrarlayıcı davranışlar gibi belirgin semptomlarını tanımlayarak, "infantil otizm" terimini kullanmıştır. Dilin uygunsuz şekilde kolaylaştırılması, diğer insanlara karşı ilgisizlik ve takıntılı ilgi alanları gibi ilgi çekici ortak semptomlar, Kanner'in kapsamlı hasta geçmişi okunurken açıkça ayırt edilebilir (22). Ayrıca, Kanner, çocukluk şizofrenisi ile infantil otizm arasında başlangıç zamanına dayalı bir ayrım yapmış ve çocukluk şizofrenisini tipik gelişimden sonra görülen bir gerileme olarak tanımlamıştır.

Kanner'dan sonra, 1944'te Hans Asperger, benzer belirtiler gösteren ancak normal veya üstün zekâya sahip bireyleri tanımlamıştır. Asperger, bu çocukların sözel

olmayan iletişimde ve sosyal becerilerde zorluklar yaşadıklarını ancak dil gelişiminde bozukluk bulunmadığını belirtmiştir. Asperger, bu çocukları “otistik psikopati” olarak tanımlamış ve otizmin daha hafif formunun varlığını ortaya koymuştur (23). Asperger'in bu çalışmaları, otizmin semptomlarının daha geniş bir spektrumda görülebileceğini göstermiş ve bu sayede otizm tanımı daha geniş bir çerçevede ele alınmaya başlanmıştır.

1979'da, Lorna Wing , Asperger'in tanımını genişleterek "Asperger Sendromu" olarak yeniden adlandırmış ve bu tanımı “psikopati” çağrışımlarından arındırmıştır. Wing, Asperger'in başlattığı tanı kriterlerini geliştirerek, Asperger sendromunun daha hafif belirtiler gösteren vakalardan, Kanner'in tanımladığı klasik otizm vakalarına kadar bir süreklilik gösterdiğini vurgulamıştır (24). Bu tanımlar, otizmin spektrum şeklinde bir hastalık olduğuna dair ilk somut adımları atmıştır.

1980'lerin başında, Amerika Psikiyatri Birliği (APA), Zihinsel Bozuklukların tanısal ve istatiksel el kitabının üçüncü baskısında (DSM-III), "çocukluk otizmi"ni yaygın gelişimsel bozukluklar (YGB) başlığı altında tanılamaya başlamıştır. Bu dönemde, otizm, psikozdan bağımsız olarak, gelişimsel bir bozukluk olarak kabul edilmiştir. DSM-III, otizmi sosyal etkileşim, dil becerileri ve tekrarlayıcı davranışlar gibi belirli kriterlerle tanımlamıştır (25). DSM-III'ün yayınlanmasıyla birlikte, otizme dair tanımlamalar daha net bir hale gelmiş ve klinik tanı kriterleri belirginleşmiştir. Ayrıca, 1981'de DSM-III-R ile birlikte, otizmin başlangıç yaşı ve klinik özelliklerine dair eklemeler yapılmış, bazı kriterler revize edilmiştir.

1990'ların sonlarına doğru, DSM-IV, otizm spektrumundaki farklılıkları daha net bir şekilde tanımlamış ve Asperger sendromu ile ilişkili yeni kriterler getirmiştir. DSM-IV’te, Asperger Sendromu'nun tanısı, otistik bozuklukla benzer şekilde sosyal etkileşim, iletişim ve hayal gücü bozukluklarıyla karakterize edilen bir durum olarak kabul edilmiştir. Ancak Asperger Sendromu, dilde ya da bilişsel gelişimde belirgin bir bozulma göstermemektedir (26). Ayrıca, DSM-IV, Rett Bozukluğu ve Dezintegratif Bozukluk gibi diğer gelişimsel bozuklukları da otizm spektrumunun içinde tanımlamıştır.

2013’te yayımlanan DSM-5, otizm tanısını daha geniş bir spektrumda ele alarak, otistik bozukluk, Asperger sendromu, atipik otizm ve dezintegratif bozukluk gibi önceki kategorileri birleştirmiştir. DSM-5'te, sosyal etkileşim ve iletişimdeki bozukluklar ile tekrarlayıcı davranışlar/ilgi alanları alanlarında hafiften şiddetliye kadar bir spektrumda yer alan bir hastalık olarak "Otizm Spektrum Bozukluğu" tanımlanmıştır (20). Bu değişiklik, otizmin daha geniş bir yelpazede yer aldığını ve her bireyin semptomlarının özgün olabileceğini kabul etmiştir.

Günümüzde, OSB için tanı ölçütleri, Dünya Sağlık Örgütü’nün Uluslararası Hastalık Sınıflandırması (ICD-11) ile uyumlu hale getirilmiş ve dört ana grupta sınıflandırılmaktadır. Otizmli bireylerin işlevsel dil bozukluğu ve entelektüel beceri özelliklerine bağlı olarak farklı alt gruplara ayrıldığı bu sınıflandırma, DSM-5’teki kriterlerle uyumludur. ICD-11’de, otizm, nörogelişimsel bozukluklar bölümünde yer almakta ve işlevsel dil bozukluğu ile entelektüel yeteneklerde eksiklik gösteren bireyler için farklı alt gruplar tanımlanmaktadır (27).

2.1.3. Epidemiyoloji

Son 40 yılda, dünya çapında otizmin yaygınlığında 20-30 kat artış olmuştur (28). Geçmişte nadir görülen bir bozukluk olarak kabul edilen OSB, günümüzde toplum sağlığı üzerinde önemli bir etkiye sahip bir durum olarak tanımlanmaktadır.OSB'nin küresel yaygınlığı üzerine yapılan incelemelere göre, bazı bölgelerde 100 kişiden 65’inin OSB tanısı aldığı belirlenmiştir (29).

Öne çıkan diğer araştırmalarda ise, 1980’lerden itibaren bu prevalansın hızla arttığı, özellikle 2000’li yıllarda büyük bir artış gösterdiği görülmektedir (30).Örneğin, Amerika Birleşik Devletleri’nde 2000 yılında yapılan bir yaygınlık tahmininde her 150 çocuktan biri OSB tanısı alırken, bu oran 2018'de her 44 çocuğa (‰23) çıkmıştır (31). CDC'nin 2020 yılı verilerine göre, 8 yaşındaki çocuklar arasında OSB'nin prevalansı 1/36 (‰27.6) olarak hesaplanmıştır (32). Bu hızlı artışa neden olduğu düşünülen faktörler arasında toplumda otizm hakkında farkındalığın artması, sağlık hizmetlerine erişimin iyileşmesi, daha geniş tanı kriterlerinin kabul edilmesi ve daha önce tanı alması zor olan hafif vakaların artık daha kolay teşhis edilmesi yer almaktadır (33).

Yapılan epidemiyolojik çalışmalar, OSB'nin cinsiyetler arasındaki prevalans farklarını da ortaya koymaktadır. Erkeklerde OSB'nin yaygınlık oranı kızlara göre çok daha yüksektir. Klinik örnekler, erkeklerin kızlara göre 4,2 kat daha fazla OSB tanısı aldığına işaret etmektedir (34). Özellikle zeka geriliği eşlik etmeyen OSB vakalarında, erkek/kız oranı 5,75/1 olarak belirlenirken, zeka geriliği eşlik eden vakalarda bu oran 1,9/1'e düşmektedir (35). Ayrıca, kız çocuklarına daha geç tanı konulmakta ve kızlarda OSB, erkeklere göre daha şiddetli bir şekilde seyretmektedir. Bu şiddetli seyrin, davranışsal problemler ve anlıksal yeti kayıplarının daha fazla görülmesiyle ilişkili olduğu bildirilmektedir (36). Erkek ve kız çocukları arasındaki bu farklı prevalans oranları, biyolojik ve genetik faktörlerle ilişkilendirilmektedir (37). Anne karnındaki androjen hormonuna maruz kalma ve erkeklerin beyin yapısının hasara karşı daha duyarlı olması gibi biyolojik teoriler, cinsiyetler arasındaki farkı açıklamak için öne sürülen faktörlerdir (38). OSB'de erkek-kız oranlarındaki farkın yalnızca biyolojik etkenlerle açıklanamayacağı; kız çocuklarının daha gelişmiş sosyal uyum becerilerine sahip olmaları ve tanı kriterlerinin ağırlıklı olarak erkek bireyler üzerinden şekillenmiş olması nedeniyle kız vakalarının tanı sürecinde gözden kaçabileceği ileri sürülmektedir. Literatürde, sosyal maskelenme stratejileri kullanan kız çocuklarında belirtilerin daha az fark edilmesi, bu tanısal güçlüğü artıran önemli bir faktör olarak değerlendirilmektedir (39). Bu biyolojik faktörler ve toplumdaki değişen tanı kriterleri, OSB'nin belirgin bir şekilde artmasına katkıda bulunan unsurlar arasında sayılmaktadır (29). Günümüzde, ülkemizde yapılan bir tarama çalışmasında , 16-36 ay arası çocuklarda OSB riskinin 1/117 olduğu bildirilmiştir (40).

2.1.4. Etiyoloji

OSB'nin nedenleri tek bir faktöre indirgenemeyecek kadar çeşitlidir. Araştırmalar, genetik etmenler ile çevresel etmenlerin karmaşık bir etkileşim içinde OSB riskini belirlediğini göstermektedir (41). Aşağıda genetik, nöroanatomik faktörler ve nörogörüntüleme bulguları, nörokimyasal ve nöroimmunolojik ve çevresel faktörler başlıkları altında OSB'nin etiyolojisine ilişkin bulgular ayrıntılı olarak ele alınmıştır.

2.1.4.1. Genetik Faktörler

OSB genetiğine ilişkin bazı önemli unsurlar hâlâ yeterince anlaşılmamıştır. Yaygın genetik varyantların etkisi, gen-gen etkileşimleri ve genetik yapıların çevresel faktörlerle olan etkileşimi gibi alanlar araştırılmaya devam etmektedir. Buna karşılık, kromozomal mikrodizi analizi (CMA) ve yeni nesil dizileme teknolojileri gibi yöntemlerle, genlerin dozajını değiştiren 1000 baz çifti ve üzerindeki delesyon veya duplikasyonlar şeklinde ortaya çıkan kopya sayısı varyasyonları tanımlanmış ve bu nadir genetik değişimlerin OSB etiyolojisinde önemli bir rol oynadığı gösterilmiştir (42).

İkiz ve aile çalışmalarından elde edilen bulgular, OSB'nin güçlü bir genetik temeli olduğunu göstermektedir. Tek yumurta ikizlerinde her iki bireyin de OSB ile etkilenme olasılığı (konkordans oranı) %60–90 gibi yüksek bir aralıkta seyrederken, çift yumurta ikizlerinde bu oran %3–30 gibi çok daha düşüktür (43). Bu çarpıcı fark, OSB'ye yatkınlık veren genetik faktörlerin önemine işaret etmektedir. Nitekim geniş ölçekli popülasyon çalışmalarında OSB'nin kalıtsallık oranı yaklaşık %80 olarak tahmin edilmiştir; bir başka deyişle, OSB vakalarındaki varyasyonun büyük ölçüde genetik mirasa bağlı olduğu hesaplanmıştır (44).

OSB'nin genetik altyapısı heterojendir; tek bir genden ziyade yüzlerce farklı gen varyasyonu OSB riskine katkıda bulunabilir. Son yıllarda gerçekleştirilen kapsamlı genetik araştırmalar, OSB ile ilişkili çok sayıda gen tespit etmiştir. Örneğin, bugüne kadarki en büyük genetik çalışma, OSB ile ilişkili 102 geni tanımlamıştır (45) . OSB genetiğine ilişkin bazı önemli unsurlar hâlâ yeterince anlaşılmamıştır. Yaygın genetik varyantların etkisi, gen-gen etkileşimleri (epistaz) ve genetik yapıların çevresel faktörlerle olan etkileşimi gibi alanlar araştırılmaya devam etmektedir. Buna karşılık, CMA ve yeni nesil dizileme teknolojileri gibi yöntemlerle, genlerin dozajını değiştiren 1000 baz çifti ve üzerindeki delesyon veya duplikasyonlar şeklinde ortaya çıkan kopya sayısı varyasyonları tanımlanmış ve bu nadir genetik değişimlerin OSB etiyolojisinde önemli bir rol oynadığı gösterilmiştir (42). Genetik bulgular aynı zamanda OSB'nin sendromik biçimde ortaya çıkabildiğini de göstermektedir. OSB, tek başına bir tanı olabildiği gibi, bazen belirli genetik sendromların bir parçası olarak da görülebilir.

Popülasyonun yaklaşık %10–20'sinde OSB'nin altında yatan tanımlanabilir bir genetik neden bulunabilmektedir (46). Bu vakaların önemli bir kısmı nadir tek gen bozuklukları veya kromozomal sendromlarla ilişkilidir. Örneğin Frajil X sendromu, OSB ile en sık ilişkilendirilen tek gen hastalığı olup, tüm OSB vakalarının yaklaşık %2'sini açıklayabilmektedir (47). Benzer şekilde Tüberoz skleroz ve Rett sendromu gibi nadir monogenik hastalıklar da yüksek oranda otistik belirtilerle seyretmektedir. Bu sendromların varlığı, OSB fenotipine farklı genetik yolların yol açabileceğini ve bozukluğun genetik açıdan heterojen doğasını vurgular (48).

2.1.4.2. Nöroanatomik Faktörler ve Nörogörüntüleme Bulguları

Yapılan birçok çalışma, OSB' de beyin gelişimindeki anormalliklerin yaşamın erken dönemlerinde başladığını ortaya koymaktadır. OSB tanılı çocuklarda yürütülen manyetik rezonans görüntüleme (MRI) araştırmaları, doğumda baş çevresinin genellikle normal veya hafif küçük olduğunu, ancak yaşamın ilk iki yılı içerisinde belirgin bir beyin hacmi artışı gerçekleştiğini göstermektedir. Bu hızlı büyüme, yürümeye başlama döneminde baş çevresi ölçümleri ve MRI ile değerlendirilen beyin hacimlerinin ortalamanın üzerine çıkmasına neden olmakta, ardından beyin gelişiminde bir yavaşlama veya duraklama gözlenmektedir. Ergenlik ve yetişkinlik dönemlerinde ise beyin hacimlerinin nörotipik bireylerle benzer düzeye ulaştığı bildirilmektedir (50,51). Araştırma düzeyinde yürütülen bazı çalışmalar, OSB tanılı bireylerde birden fazla beyin yapısında yapısal asimetri bulunduğunu ortaya koymuştur (50). Uzunlamasına yapılan bir MRI çalışmasında ise, OSB'li çocukların temporal ve fusiform bölgelerin hacim ve kalınlık açısından daha büyük, alt frontal lob ve orta hat yapıların ise daha küçük veya daha ince olduğu belirlenmiştir. Ayrıca kallozal alt bölgelerde daha büyük hacim ve serebellumda daha küçük hacim saptanmıştır , bu farklılıkların ileriki dönemlerdeki dil becerilerini önemli düzeyde öngörebildiği vurgulanmıştır (49). Fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme (fMRI) çalışmaları, OSB tanılı bireylerin kontrollere kıyasla görsel işleme, dil, yönetici işlevler ile temel ve karmaşık sosyal bilişsel süreçlerde farklı beyin aktivasyon örüntüleri sergilediğini ortaya koymuştur. Ayrıca, bu bireylerde sosyal uyaranlara dikkat, görev taleplerine yanıt verme ve uyaran yoğunluğuna karşı geliştirilen bilişsel modülasyon mekanizmalarının atipik şekilde işlediğini göstermektedir (51).

Gelişimsel beyin anormalliklerine OSB'li bireylerde çeşitli beyin bölgelerinde rastlandığı bildirilmektedir. Bu bölgeler arasında serebral neokorteks, hipokampal formasyon ve amigdala gibi limbik yapılar, bazal ganglionlar, talamus, beyin sapı ve serebellum yer almaktadır. Tespit edilen anormallikler arasında displazi, değişmiş nörogenez ve anormal nöronal göç örüntüleri öne çıkmaktadır.

Bu değişimlerin büyük bir kısmının doğum öncesi dönemde meydana geldiği düşünülmektedir. Serebral kortekste özellikle odaksal nöronal göç bozuklukları, minikolumnar yapı anomalileri ve nöronal yoğunlukta değişiklikler bildirilmiştir (52). Serebellumda ise Purkinje hücrelerinin sayısındaki azalma, OSB ile en tutarlı şekilde ilişkilendirilen nöropatolojik bulgular arasında yer almaktadır. Bu azalma başlangıçta doğum öncesi kökenli olarak değerlendirilse de, güncel bulgular bunun doğum sonrası dönemde edinilmiş bir süreç olabileceğine; nöbetler, kullanılan ilaçlar veya ölüm sırasındaki iskemi gibi OSB dışı faktörlerle ilişkili olabileceğine işaret etmektedir. Ancak OSB'ye özgü tek tip bir nöropatolojik model tanımlanamamıştır (53).

2.1.4.3. Nörokimyasal Faktörler

OSB olan bireylerde birden fazla nörokimyasal sistemde anormallikler tespit edilmiştir. Serotonerjik sistemin erken beyin gelişimindeki kritik rolü ve OSB patofizyolojisine katkısı uzun süredir vurgulanmaktadır; nitekim çeşitli çalışmalarda otizmli bireylerin yaklaşık üçte birinde trombosit serotonin düzeylerinin kontrol gruplarına göre %20–50 oranında artmış olduğu (hiperserotonemi) gösterilmiştir (54). Serotonin taşıyıcı proteinini kodlayan SLC6A4 genindeki polimorfizmlerle ilişkili olabileceği düşünülen bu periferik serotonin artışına karşın, postmortem beyin dokusunda serotonin reseptör yoğunluğunun azaldığı bildirilmektedir (55). Dopaminerjik sistemdeki bozukluklar da OSB'de önemli görülmektedir; ödül ve motivasyondan sorumlu mezokortikolimbik yolda dopamin salınımının azalması ve ilgili reseptör sinyallerinin zayıflaması, sosyal etkileşimde yetersizliklere yol açabilirken; motor davranışları kontrol eden nigrostriatal devredeki dopamin dengesizliklerinin ise stereotipik tekrarlar şeklinde ortaya çıkan davranışlara zemin hazırlayabileceği ileri sürülmüştür (56).

OSB'li çocukların plazmasında GABA düzeylerinin ve glutamat/glutamin oranının anlamlı derecede yüksek, glutamin düzeylerinin ve glutamat/GABA oranının ise düşük olduğu rapor edilmiştir (57). GABA ve glutamat arasındaki bu dengenin bozulması sadece otizmin çekirdek semptomlarına değil, sıklıkla eşlik eden epilepsi ve zihinsel yetersizlik gibi nörogelişimsel sorunlara da zemin hazırlayabilir (58). Sosyal davranış ve iletişimde rol oynayan nöropeptid sistemleri de OSB'de incelenmiştir. Özellikle oksitosin (OXT) ve aynı ailesinden arginin-vazopressin (AVP) üzerine odaklanan güncel çalışmalar, otizmli bireylerde bu nöropeptidlerin plazma düzeylerinin değişkenlik gösterdiğini ve oksitosin reseptör geninde (OXTR) anormal metilasyon veya polimorfizmlerin sosyal etkileşim belirtileriyle ilişkili olabileceğini ortaya koymuştur (59).

2.1.4.4. Nöroimmünolojik Faktörler

Son yıllarda OSB patogenezinde nöroimmünolojik mekanizmaların önemli bir rol oynadığına dair kanıtlar giderek artmaktadır; nitekim yapılan klinik çalışmalarda OSB'li bireylerin IL-6 ve TNF-α gibi proinflamatuar sitokin düzeylerinin sağlıklı kontrollere kıyasla anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır (60). Bu aşırı sitokin yanıtının kan-beyin bariyerini aşarak mikrogliya hücrelerini aktive ettiği ve beyin dokusunda kronik nöroenflamasyonu tetiklediği; sonuçta mikrogliyanın anormal aktivasyonu ve buna bağlı yetersiz sinaptik budamanın nöronal ağ gelişimini olumsuz etkileyebileceği ileri sürülmektedir (61). Öte yandan, gebelik sırasında enfeksiyon veya annenin otoimmün hastalığı gibi etkenlerle annenin bağışıklık sisteminin anormal biçimde aktive olması da çocukta OSB gelişme riskini artıran önemli bir çevresel etken olarak tanımlanmaktadır (62). Ayrıca, OSB ile otoimmünite arasında da dikkat çekici bağlantılar saptanmıştır. Örneğin OSB'li bireylerin birinci derece akrabalarında romatoid artrit, tip 1 diyabet veya tiroidit gibi otoimmün hastalıkların görülme sıklığı genel popülasyona göre belirgin şekilde yüksektir (63). Özellikle anne adayındaki otoimmün hastalık öyküsünün, çocukta OSB riskini anlamlı derecede artırdığı geniş ölçekli epidemiyolojik çalışmalarda gösterilmiştir (64).

Son olarak, bağışıklık sistemi ile bağırsak mikrobiyotası arasındaki etkileşimlerin de OSB patofizyolojisinde rol oynayabileceği düşünülmektedir. OSB'li

bireylerde sıkça gözlenen bağırsak mikrobiyota dengesizliklerinin (disbiyoz) konak immün yanıtları değiştirerek kronik inflamasyonu tetiklediği ve mikrobiyal kökenli moleküllerin beyin gelişimi ile davranış üzerinde bozucu etkiler yapabildiği; böylece mikrobiyota–bağırsak–beyin ekseni aracılığıyla nöroenflamasyonu ve otizm belirtilerini pekiştirdiği ileri sürülmektedir (65).

2.1.4.5. Çevresel Faktörler

Genetik yatkınlığın yanı sıra, çeşitli çevresel risk faktörleri de OSB gelişiminde rol oynayabilir. Özellikle gebelik öncesi ve sırasındaki olumsuz koşullar ile doğum/perinatal dönemdeki komplikasyonların, OSB riskini bir ölçüde artırdığı gösterilmiştir. OSB ile ilişkili çevresel risk faktörleri arasında, gebelik sırasında valproat ve talidomid gibi bazı farmakolojik ajanlara maruz kalma öne çıkmaktadır. Ayrıca, kısa doğum aralığı, çoğul gebelik, maternal obezite, gebelik sırasında kanama, gestasyonel diyabet, ileri anne veya baba yaşı ve gebelik döneminde geçirilen enfeksiyonlar (örneğin kızamıkçık ve sitomegalovirüs) da OSB riskinde artışla ilişkilendirilmiştir (66). Yine gebelik komplikasyonları (örn. preeklampsi), doğum sırasında fetal sıkıntı, doğum travması veya asfiksi, erken doğum (prematürite) ve düşük doğum ağırlığı gibi perinatal etmenler de OSB olgularında kontrol gruplarına kıyasla daha sık rapor edilmiştir.Bunlara ek olarak yenidoğan döneminde görülen nöbetler, her ne kadar az sayıda çocuğu etkilese de, önceki küçük ölçekli çalışmalarla tutarlı biçimde OSB geliştirme riskinin yedi katından fazla arttığı bir faktör olarak raporlanmıştır (67). Bu bulgular, hassas beyin gelişimi dönemlerinde yaşanan tıbbi sorunların OSB'ye zemin hazırlayabileceğini düşündürmektedir.

Anne ve babaya ait demografik özellikler de OSB riskine katkıda bulunabilir. İleri ebeveyn yaşı bunların en iyi belgelenmiş olanıdır. Yapılan geniş bir meta-analiz, anne veya babanın yaşındaki her 10 yıllık artışın, çocukta OSB tanısı alma riskini sırasıyla yaklaşık %18 ve %21 oranında yükselttiğini ortaya koymuştur (68).

Bilimsel literatür, aşıların OSB riskini artırdığına dair herhangi bir kanıt sunmamaktadır. Bu nedenle, OSB'li çocuklar da önerilen ulusal aşı takvimine göre aşılanmalıdır. Yürütülen geniş ölçekli epidemiyolojik çalışmalar, kızamık-kabakulak-

kızamıkçık (KKK) aşısı, timerosal içeren aşılar yoluyla cıvaya maruz kalma, aşılarda bulunan alüminyum içeriği ya da tek seferde veya kümülatif olarak verilen fazla sayıda aşının bağışıklık sistemi üzerindeki etkileri ile OSB arasında anlamlı bir ilişki olmadığını ortaya koymuştur (69). Çevresel risk etkenleri arasında, toksik maddelere maruziyet de önemli bir araştırma konusudur. Gelişen beynin çevresel toksinlere karşı hassas olması nedeniyle, gebelikte veya erken çocuklukta toksik maddelere yüksek düzeyde maruz kalmak OSB riskini etkileyebilir. Özellikle hava kirliliği ve endüstriyel kimyasallar son yıllarda mercek altına alınmıştır. Büyük ölçekli çalışmalardan yapılan derlemeler, gebelik sırasında ince partikül madde (PM2.5) maruziyetinin, çocukta OSB görülme olasılığını istatistiksel olarak anlamlı ancak görece küçük bir oranda artırdığını göstermektedir. Örneğin, anneleri hamilelik boyunca yüksek düzeyde hava kirliliğine (PM2.5) maruz kalan çocuklarda OSB tanısının, daha temiz hava şartlarında yaşayanlara kıyasla biraz daha yüksek oranda olduğu saptanmıştır (70).

Özetle, OSB'nin çevresel etiyolojisi bağlamında gebelikte enfeksiyondan korunma, sağlıklı beslenme ve temiz bir çevrede yaşama gibi faktörler risk yönetimi stratejileri olarak değerlendirilebilir.

2.1.5. Tanısal Değerlendirme

OSB tanısı, büyük ölçüde çocuğun davranışlarının gözlemlenmesi ve aileden elde edilen ayrıntılı bilgiler temelinde konulmaktadır. Tanı sürecinde; çocuğun doğum öncesi, doğum ve gelişimsel öyküsünün detaylı biçimde alınması, fiziksel muayenesi, genel görünümü, sosyal becerileri, konuşma özellikleri ve oyun davranışlarının gözlemlenmesi gereklidir. Bununla birlikte, çocuğun günlük yaşamındaki etkileşim biçimlerinin anlaşılabilmesi için ebeveyn gözlemleri, video kayıtları gibi ek materyaller de tanısal değerlendirmeye katkı sağlayabilir.

Çocuğun psikomotor gelişim düzeyinin belirlenmesi ve özel eğitim sürecinin planlanabilmesi amacıyla, 0-6 yaş aralığındaki çocuklara uygulanan Denver II Gelişimsel Tarama Testi sıkça kullanılmaktadır. Bu test; kişisel-sosyal alan, dil becerileri, ince motor ve kaba motor gelişimi değerlendirmeye yönelik kapsamlı bilgiler sunar.

Dismorfik belirtiler, gelişimsel gerileme, zihinsel yetersizlik ya da nöbet öyküsü olan çocuklar, daha ileri değerlendirme için çocuk nörolojisine yönlendirilmelidir. Bu tür olgularda ayrıca genetik danışmanlık alınması ve metabolik hastalıkların dışlanması amacıyla ilgili taramaların yapılması önerilir. İşitsel gerilik, özellikle dil gelişimini etkileyebileceğinden, tüm çocukların odyolojik değerlendirme için kulak burun boğaz bölümüne yönlendirilmesi önemlidir.

OSB tanısı için özgül bir laboratuvar testi bulunmamaktadır. Tanı, esas olarak klinik gözlem ve ayrıntılı öyküye dayanmakla birlikte, çeşitli tarama ve değerlendirme ölçeklerinden de yararlanılmaktadır. Türkiye'de geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmış olan, 18-36 ay arası çocuklara yönelik Erken Çocukluk Dönemi Otizm Tarama Ölçeği (M-CHAT), yaygın şekilde kullanılan tarama araçlarından biridir. Tanıyı desteklemek amacıyla ayrıca, Çocukluk Otizmi Derecelendirme Ölçeği (ÇODÖ), Otistik Davranışları Değerlendirme Listesi ve Sosyal İletişim Ölçeği gibi araçlar da kullanılmaktadır.

Tanısal değerlendirme süreci, tek bir görüşme ile sınırlı kalmamalı, çocuk ve ailesi gerekirse birden fazla kez görülmelidir. Tanı konulurken DSM-5'te tanımlanan tanı kriterleri esas alınmalıdır.

2.1.6. Tanı Kriterleri

2.1.6.1. OSB için DSM-V Tanı Ölçütleri

A. Mevcut gözlemler ya da öyküye dayalı bilgiler doğrultusunda, aşağıda belirtilen biçimlerde kendini gösteren ve toplumsal iletişim ile etkileşim alanlarında süregelen yetersizlikler:

1. Toplumsal-duygusal karşılıklılıkta yetersizlik (örneğin, karşılıklı konuşma başlatamama/sürdürmede güçlük, duygu ve ilgi paylaşımında azalma, sosyal etkileşimi başlatma ya da sürdürmede zorluk).

2. Sözel olmayan iletişim becerilerinde yetersizlik (örneğin, göz teması, jestler, yüz ifadesi gibi sözel olmayan iletişim araçlarının kullanımında yetersizlik ya da yokluk).
3. Sosyal ilişkileri başlatma, sürdürme ve anlayabilmede güçlük (örneğin, yaşıt ilişkilerinde zorluk, imgesel oyun kuramama, sosyal bağ kurmaya ilgisizlik).

B. Mevcut ya da öyküye dayalı olarak en az iki tanesinin gözlemlendiği, sınırlı ve tekrarlayıcı davranış örüntüleri, ilgi alanları veya etkinlikler:

1. Tekrarlayıcı motor hareketler, nesne kullanımı ya da konuşma (örneğin, el çırpma, nesneleri döndürme, ekolali).
2. Aynılıkta ısrar, rutinlerde esneklik göstermeme, ritüelistik sözel ya da davranışsal kalıplar (örneğin,küçük değişikliklere karşı aşırı sıkıntı, geçişlerde zorluk, katı düşünce kalıpları, ritüel tarzı selamlaşmalar, hep aynı yolu kullanma ya da aynı yiyeceği tercih etme)
3. Aşırı sınırlı, yoğun ve sıra dışı ilgi alanları(örneğin sıra dışı nesnelere aşırı bağlılık, çok dar ve yoğun biçimde sürdürülen ilgi alanları.)
4. Duyusal uyaranlara aşırı ya da az duyarlılık ya da çevresel duyusal özelliklere sıra dışı ilgi(örneğin, ağrı, ısı gibi uyaranlara aşırı duyarsızlık, bazı ses ya da dokulara karşı beklenmedik tepkiler, nesneleri yoğun şekilde koklama ya da dokunma, ışık ve hareket gibi görsel uyaranlara aşırı ilgi)

C. Belirtilerin gelişimin erken dönemlerinde başlamış olması gerekir.

D. Bu belirtiler, bireyin sosyal, akademik ya da diğer işlevsel alanlarında klinik olarak belirgin bozulmaya neden olmalıdır.

E. Belirtiler, zihin geriliği ya da genel gelişimsel gecikmeyle daha iyi açıklanamaz. Zihin geriliği ve OSB sıklıkla birlikte görülebilir; ancak birlikte tanı konulabilmesi için sosyal iletişim becerilerinin, genel gelişim düzeyine kıyasla daha belirgin biçimde bozulmuş olması gerekmektedir.

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.

2.1.7. Yaşa Göre Klinik Görünüm

Otizm Spektrum Bozukluğu belirtileri, çocuğun gelişimsel yaşına ve yetenek düzeyine göre farklı şekillerde kendini gösterebilir. Erken yaşlarda fark edilen belirtiler genellikle daha hafif olup, yaş ilerledikçe daha belirgin hale gelebilir veya farklı davranış kalıplarına dönüşebilir.

2.1.7.1. Bebeklik

Yaşamın ilk yıllarında belirtiler sıklıkla fark edilmese de, geriye dönük gözlemler bebeklerin tipik sosyal gelişim basamaklarını gerçekleştirmediğini göstermektedir.OSB tanısı alan bebekler, yaşamın ilk yılında yüz ifadeleri ve insan sesi gibi sosyal ipuçlarına karşı azalmış dikkat sergilemektedirler (71). Bu çocuklar, göz teması kurma konusunda belirgin yetersizlik gösterir ya da sosyal ortamlarda göz temasından kaçınma eğilimi gösterirler (72). CHAT tarama çalışmasında, 18. ayda protodeklaratif işaret etme becerisini sergileyemeyen çocukların büyük kısmı daha sonra OSB tanısı almıştır.Bu çocuklar aynı zamanda bakış izleme ve taklit etme oyunlarında da başarısız olmuş, böylece sosyal iletişim alanındaki çoklu bozulmaların otizme özgü bir örüntü oluşturduğu gösterilmiştir (73). Aynı şekilde, tipik gelişen bebeklerin keyifle katıldığı "cee-eee" gibi karşılıklı oyunlara karşı ilgisizlik veya "el salla" gibi sosyal jestlerin kullanımında yetersizlik,ortak dikkat jestlerinin kullanımında eksiklik ya da kullanım sıklığında azalma da OSB'nin erken sosyal

belirtileri arasında yer almaktadır (74). OSB olan çocuklar ayrıca konuşmayla ilgili daha az seslendirme üretme eğilimindedir ve seslendirmeleri atipik olma eğilimindedir ayrıca dili genellikle nispeten yavaş edinirler (75). Fonksiyonel oyun oynama davranışlarında da sınırlılıklar gözlenir; bu çocuklar çoğunlukla oyuncaklarla amacına uygun oynamaktan ziyade oyuncağın belirli bir parçasına aşırı odaklanma eğilimi gösterirler (76). Fiziksel temasa yönelik tepkiler de OSB'de ayırt edici olabilir. Bazı çocuklar kucağa alındıklarında gevşek durabilir (pelte gibi olma) ya da sarılma gibi sosyal temaslardan kaçınabilir (77). Bunun yanında, kendi etrafında dönme, parmak ucunda yürüme, el çırpma gibi stereotipik motor hareketler erken dönemde gözlemlenebilen davranışlar arasındadır (78). Ayrıca, belirli nesnelere karşı aşırı yoğun ilgi geliştirme (örneğin sürekli dönen nesnelere bakma) gibi sınırlı ve tekrarlayıcı ilgi alanları da OSB'nin tipik belirtilerindendir (79).

2.1.7.2. Okul Öncesi Dönem

OSB belirtileri bu dönemde daha belirgin hale gelir ve tanı genellikle bu yaşlarda konulur. Sosyal oyun ve iletişim becerilerindeki yetersizlikler daha net gözlemlenir. Otizmin bu döneminde akranlarıyla oyun oynamaya veya etkileşime girmeye ilgi göstermeme, yalnız oynamayı tercih etme veya akran etkileşimlerini başlatma/sürdürmede zorlanma, kelime veya cümle öğrenmede gecikme, bazı çocuklarda kazanılmış kelimelerin kaybı bununla beraber monoton veya robotik konuşma, ekolali , idiosenkratik (kendine özgü) dil kullanımı görülebilir (80). OSB olan çocuklarda, sembolik oyun çeşitlilik ve karmaşıklıktan yoksundur, bunun yerine tekrarlayıcı ve sınırlıdır, kendiliğinden değildir sanki öğrenilmiş bir oyun türüymüş gibi nadir ve çeşitlidir (81). Başkalarının duygularını anlama ve karşılık vermede zorluk, yüz ifadelerini, jestleri veya vücut dilini anlamakta ve kullanmakta zorluk, sevinç, üzüntü veya hayal kırıklığını paylaşmada sınırlılık görülür (82). Bu dönemde de el çırpma, parmak şıklatma, sallanma, dönme gibi daha belirgin ve sık tekrarlayıcı hareketler mevcuttur (83). Günlük rutinlerdeki en küçük değişikliklere (örn. yemek saati, giysi değişimi, eşyaların yeri) aşırı tepki gösterme, öfke nöbetleri, belirli nesnelere (örn. trenler, dinozorlar, arabaların tekerlekleri) veya konulara (örn. saatler, haritalar) anormal derecede yoğun ve sabit ilgi gösterme olabilir. Ayrıca bu ilgi alanları, çocuğun diğer sosyal ve oyun aktivitelerine katılımını kısıtlayabilir (84).

Seslere (örn. elektrik süpürgesi, yüksek sesli müzik), dokunmalara (örn. belirli kumaşlar), ışıklara veya kokulara karşı aşırı duyarlılık (hiper-reaktivite) veya duyarsızlık (hipo-reaktivite) belirli yiyecek dokularına tahammül edememe veya tehlikeli durumlara karşı ağrıya tepkisiz kalması görülebilir (85).

2.1.7.3. Okul Dönemi

Okul döneminde OSB belirtileri farklılaşabilir. Sosyal beklentilerin artmasıyla birlikte sosyal iletişimdeki güçlükler daha belirgin hale gelebilirken, bazı tekrarlayıcı davranışlar azalabilir veya daha karmaşık hale gelebilir. Zeka düzeyi yüksek çocuklarda belirtiler daha örtük olabilir (86). Karşılıklı konuşmaları sürdürememe, yalnızca kendi ilgi alanları hakkında konuşma ve başkalarının duygularını ya da düşüncelerini anlamakta zorluk sık görülür (82). Akranlarıyla sağlıklı arkadaşlıklar kurmakta ve sürdürmekte başarısız olabilir, zamanla sosyal izolasyona maruz kalabilirler (87). Duygusal düzenleme sorunları da bu dönemde öne çıkar, bu çocukların dikkatlerini sürdürme ve duygularını düzenleme konusundaki güçlükleri nedeniyle çoğu zaman zihinsel kapasitelerine uygun akademik başarı düzeyine ulaşamadıkları belirtilmiştir (88).

2.1.7.4. Ergenlik Dönemi

Ergenlik döneminde, OSB belirtileri gelişen bilişsel kapasitelerle birlikte daha karmaşık bir hâl alır. Bu bireyler sosyal ilişkilerde daha fazla zorluk yaşarlar; karşılıklı sohbetlerde konudan sapabilir, sosyal normları uygulamada güçlük çekebilirler (89). Duyguları tanıma ve ifade etme alanındaki eksiklikler, empati yetersizlikleriyle birleşerek akran ilişkilerinde sorunlara neden olur (90). Ergenlik döneminde, bazı otizmli bireyler, yaşadıkları duygusal ve fiziksel değişikliklerin tetikleyebileceği artan saldırganlık gibi yeni veya yoğunlaşmış davranışsal zorluklar sergileyebilir (91). Ergenler çoğunlukla kendi özel ilgi alanlarına odaklanırlar ve bu alanlar zaman zaman daha üretken biçimlere dönüşebilir; örneğin programlama, bilim, tarih gibi konularda derin bilgi geliştirebilirler (92). Bu dönemde duygusal sorunlar (anksiyete, depresyon, sosyal geri çekilme) daha yaygın hale gelir ve sosyal dışlanmaya yatkınlık artar (93).

2.1.8. Eşlik Eden Tanılar

OSB, yalnızca sosyal iletişim ve tekrarlayıcı davranışlarla sınırlı kalmaz; çoğu zaman bir ya da birden fazla psikiyatrik veya nörolojik bozuklukla birlikte görülür. Araştırmalar, OSB tanısı alan bireylerin yaklaşık %70'inin en az bir eşlik eden psikiyatrik bozukluğa, %40'ının ise birden fazla komorbid tanıya sahip olduğunu göstermektedir (94).

Son yıllarda yapılan sistematik derleme ve meta-analizler, OSB tanısı almış bireylerde en sık eşlik eden durumların uyku bozuklukları, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), anksiyete bozuklukları, gastrointestinal problemler, yeme bozuklukları ve davranışsal sorunlar olduğunu ortaya koymuştur (95).

OSB'ye eşlik eden başka psikiyatrik bozuklukların bu kadar yaygın olması, hem tanıyı koyarken hem de tedavi planlarken süreci zorlaştırabiliyor. Aynı zamanda bu ek tanılar, bireyin günlük işlevlerini olumsuz etkileyebiliyor, ailelerin yükünü artırıyor ve genel yaşam kalitesini düşürebiliyor (96).

Bu yüzden OSB tanısı alan bireylerde; DEHB, kaygı bozuklukları, duygudurum bozuklukları, epilepsi, uyku ve yeme problemleri ile entelektüel yetiyitim gibi durumların da var olup olmadığı mutlaka değerlendirilmelidir.

Zihinsel yetersizliği olmayan OSB tanısı almış genç bireylerde DEHB semptomlarının prevalansının %2,6 ile %95,5 arasında değiştiği bildirilmiştir. Bu geniş değişkenlik, kullanılan değerlendirme yöntemleri, bilgi kaynakları (örneğin ebeveyn ya da öğretmen raporları), tanı kriterleri ve örneklem özelliklerindeki farklılıklardan kaynaklanmaktadır (97). DSM-IV tanı kriterleri kapsamında aynı bireye hem OSB hem de DEHB tanısı konulması mümkün değilken, DSM-5 ile birlikte bu sınırlama kaldırılmış ve iki bozukluğun komorbid olarak tanımlanabilmesine olanak sağlanmıştır. OSB ve DEHB komorbiditesi; dikkatin sürdürülememesi, dürtüsellik ve aşırı hareketlilik gibi ek semptomlarla birlikte, bireylerde daha düşük bilişsel işlevsellik, daha belirgin sosyal yetersizlik ve adaptif becerilerde daha fazla gecikme ile ilişkilendirilmiştir (98). Ayrıca, komorbiditenin

varlığı, hem tanı sürecinde karmaşıklığa yol açmakta hem de tedavi planlamasını daha güç hale getirmektedir. Bu nedenle OSB tanılı bireylerin değerlendirilmesinde DEHB belirtilerinin dikkatle sorgulanması, erken müdahale ve bütüncül bir yaklaşım açısından kritik öneme sahiptir (99).

Yakın zamanda yapılan bir meta-analiz, OSB olan çocuklarda en az bir anksiyete bozukluğunun yaygınlığının %39,6 olduğunu bildirmiştir. En sık görülen anksiyete türü %29,8 ile özgül fobidir; bunu %17,4 ile obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ve %16,6 ile sosyal anksiyete bozukluğu takip etmektedir (100).

Anksiyete bozukluğu komorbiditesi, düşük işlevsellik ve sınırlı sözel becerilere sahip bireylerde diğer psikiyatrik durumlarda olduğu gibi tanı koymayı zorlaştırmaktadır. Bu alandaki araştırmaların çoğunun yüksek işlevli bireylerle yapılmış olması dikkat çekicidir. Zihinsel kapasite sınırlandırılmadan yapılan bir çalışmada, yüksek düzeyde anksiyete belirtilerinin; zeka düzeyinin 70'in üzerinde olması, işlevsel dil becerilerinin bulunması ve birden fazla davranış sorununun varlığı ile ilişkili olduğu bulunmuştur (101).

OSB'li bireylerde depresyon, oldukça yaygın ve klinik açıdan kritik bir sorundur. Bir meta-analize göre yaşam boyu depresyon prevalansı %14.4 ve mevcut depresyon oranı %12.3 olarak bulunmuş, bu bireylerin genel nüfusa kıyasla depresyon geliştirme riskinin 4 kat daha yüksek olduğu vurgulanmıştır (102). Klinik bildirimler depresyonun yaşla beraber arttığını ve ergenlik ve genç erişkinlikte pik yaptığına işaret etmektedir. OSB'li bireylerde ergenlikte özellikle zeka düzeyi normal veya iyi olanlarında depresyon sık görülür (93). Önceden tanı almamış bazı çok hafif bulgularla seyreden OSB grubunda ergenlikte özkıyım düşüncesi ile doktora başvurulması söz konusu olur. Bununla ilgili yapılan bir çalışmada 11-20 yaş arası yüksek işlevli otizm spektrum bozukluğu tanısı alan grubun %40'ında intihar düşüncesi veya girişimi tespit edilmiştir (103). Yalnızlık ve zorbalık, sosyal reddedilmeyle, yani sosyal bağların kaybıyla ilişkili depresif semptom tetikleyicileridir (104). Bilimsel literatürde bildirildiği üzere , tekrarlayıcı veya stereotipik davranışların, kendine zarar vermenin ve davranış güçlüklerinin ortaya çıkması veya artması, klinisyenleri minimal sözel dile sahip otistik ergenlerde depresif bozukluktan şüphelenmeye yöneltmektedir (105).

OSB'li bireylerde görülen bir diğer önemli komorbidite OKB tablosudur.OSB tanılı bireylerde OKB komorbiditesinin yaygınlığı %11,6 iken; OKB tanılı bireylerde OSB'ye eşlik etme oranı %9,5 olarak bildirilmiştir. Bu çift yönlü bulgular, OSB ve OKB arasındaki komorbiditenin karşılıklı ve klinik olarak anlamlı bir ilişki taşıdığını göstermektedir (106). Ayrıca, OSB'ye eşlik eden OKB vakalarında, yalnız OSB ya da yalnız OKB tanısı almış bireylere kıyasla psikososyal işlevsellikte belirgin düşüş, sosyal ve davranışsal alanda daha ağır belirtinin görülmesi ve tedaviye yanıtın daha zayıf şekillenmesi klinik verilerle desteklenmiştir (107). Bu bulgular, OSB tanısı alan çocuk ve ergenlerin değerlendirilmesinde OKB belirtilerine yönelik sistematik taramanın önemini vurgulamaktadır.

OSB'ye eşlik eden bir diğer önemli komorbid durum grubu da psikiyatrik olmayan fakat klinik açıdan ciddi işlevsel etkileri olan yeme bozuklukları, gastrointestinal problemler ve uyku bozukluklarıdır. OSB'li bireylerde seçici yeme, sınırlı yiyecek repertuvarı, belirli doku, renk veya kokuya karşı aşırı hassasiyet gibi beslenme sorunları oldukça yaygındır. Bu durum hem beslenme yetersizliklerine yol açmakta hem de aile içinde stres yaratarak sosyal işlevselliği azaltmaktadır (108).Gastrointestinal sorunlar da OSB'li çocuklar arasında sık görülmektedir. Kabızlık, ishal, karın ağrısı ve irritabl bağırsak sendromu gibi problemler davranışsal belirtileri şiddetlendirebilmekte ve huzursuzluk, uyku bozuklukları ya da agresif davranışlarla kendini gösterebilmektedir (109).

Öte yandan, OSB olan çocuklar ve ergenler, yaşları veya IQ'ları ne olursa olsun uyku güçlüklerine karşı özellikle savunmasızdırlar ve yaklaşık üçte ikisi çocukluklarının bir noktasında uyku sorunu yaşamaktadır (110). Uykuya dalmada güçlük, gece uyanmaları ve yetersiz uyku süresi gibi sorunlar yalnızca çocuğun genel sağlık durumunu değil, aynı zamanda gündüz davranışlarını, dikkat düzeyini ve öğrenme kapasitesini de olumsuz etkileyebilmektedir. Uyku problemleri aile bireylerinin yaşam kalitesini de doğrudan etkileyen önemli bir stres kaynağıdır.

Bunlara ek olarak OSB'li çocukların %50 kadarı öfke nöbetleri, uyumsuzluk, saldırganlık ve kendine zarar verme gibi davranışsal sorunlar sergilemektedir (111). Bu tür davranışsal zorluklar, çocuğun günlük yaşam becerilerini bağımsız olarak

yerine getirme kapasitesini kısıtlayabilir; eğitimsel ve terapötik hizmetlerden etkin şekilde yararlanmasını engelleyebilir ve sosyal etkileşimlerini sınırlayarak izolasyon riskini artırabilir. Ayrıca, bu davranışlarla nasıl başa çıkılacağına dair yaşanan belirsizlik, bakım veren bireylerde stres düzeylerinin artmasına yol açabilmektedir (112). Bu nedenle, OSB'li bireylerin değerlendirilmesinde yalnızca psikiyatrik komorbiditelerin değil; yeme, sindirim, uyku düzeni, öfke nöbeti ve saldırganlığa ilişkin sorunların da mutlaka göz önünde bulundurulması, kapsamlı ve çok yönlü bir klinik yaklaşım geliştirilmesi gereklidir.

2.1.9. Tedavi

OSB olan çocukların tedavisinde temel hedefler; sosyal iletişim ve etkileşimdeki güçlükler ile tekrarlayıcı davranışlar gibi temel belirtilerin yanı sıra eşlik eden bozuklukların etkisini azaltmak, öğrenme sürecini destekleyerek uyum becerilerinin kazanımını artırmak ve çocuğun işlevsel bağımsızlığını mümkün olduğunca geliştirmektir. Ayrıca, işlevsel becerileri olumsuz etkileyen problem davranışların önlenmesi, azaltılması ya da ortadan kaldırılması da tedavi sürecinin önemli amaçları arasındadır (113). Uygulanan tedavi yaklaşımlarının bireyin gelişim düzeyine uygun, yoğun ve bireyselleştirilmiş olması gerekmektedir. Ayrıca, müdahalelerin etkinliğini izleyebilmek ve gerektiğinde uyarlayabilmek için, belirlenen tedavi hedeflerine yönelik performans verilerinin düzenli olarak değerlendirilmesi önem taşımaktadır (114). OSB olan çocuklara yönelik müdahaleler, eğitim uygulamaları, gelişimsel terapiler ve davranışsal müdahaleler aracılığıyla sağlanır.

Wong ve ark. (2015), otizmli bireylere yönelik bilimsel temelli müdahaleleri Kapsamlı Tedavi Modelleri (KTM) ve Odaklanmış Müdahaleler olarak iki ana başlık altında toplamıştır. Bu müdahaleler, farklı ortamlarda (örneğin evde, okulda ya da toplum içinde), farklı kişiler (gelişim uzmanı, davranış terapisti, öğretmen ya da eğitilmiş ebeveyn) tarafından bireysel ya da grup ortamında ve belirli bir müfredata dayalı olarak uygulanabilir (115).

KTM, otizmin birçok belirtisini aynı anda ele almayı hedefleyen, yoğun, yapılandırılmış ve sistematik yaklaşımlardır. Bu modeller, belirli bir kuramsal

çerçeveye dayanır ve birden fazla beceriyi geliştirmeye yönelik olarak belirli bir süre boyunca yürütülür. Müdahale süreci genellikle birebir eğitimle ya da özel/kapsayıcı sınıf ortamlarında gerçekleştirilir. Ebeveynlerin sürece katılması ve teknoloji destekli yöntemlerin kullanılması da bu modellerin bir parçası olabilir (116). KTM'ler içerisinde en sık kullanılan yöntemlerden bazıları Uygulamalı Davranış Analizi (ABA), Erken Yoğun Davranışsal Müdahale (EIBI), Erken Başlangıç Denver Modeli (ESDM) ve TEACCH Programıdır. Bu yaklaşımlarda davranışsal, gelişimsel ve doğalcı teknikler bir arada ya da ayrı ayrı kullanılabilir.

Odaklanmış Müdahaleler ise daha kısa sürede uygulanan ve daha dar bir beceri alanına yönelik müdahalelerdir. Örneğin sosyal iletişim kurma, ortak dikkat ya da öz bakım becerileri gibi belirli hedeflere odaklanırlar (114). Bu müdahaleler davranışsal ya da gelişimsel temelli olabilir. ABA ilkelerine dayanarak adım adım öğretim yapılabileceği gibi, çocuğun doğal gelişim sürecine uygun şekilde desteklenmesi de amaçlanabilir.

Bu müdahaleler, bir yetişkin tarafından yapılandırılmış ortamlarda uygulanabileceği gibi akranlarla birlikte doğal ortamlarda da sunulabilir. Ayrıca daha kapsamlı bir müdahale modelinin parçası olarak da yer alabilirler. Yapılan araştırmalar, odaklanmış müdahalelerin özellikle iletişim ve sosyal becerilerin gelişiminde etkili olduğunu göstermektedir (117).

ABA, OSB'de en yaygın kullanılan kanıta dayalı müdahale yöntemlerinden biridir. ABA, sosyal açıdan önemli davranışları iyileştirmek amacıyla öğrenme teorisi ilkelerine dayanan sistematik uygulamaları kapsar. Bu yaklaşım hem yeni becerilerin kazandırılmasını hem de problem davranışların azaltılmasını hedefler (115). ABA uygulamaları, yoğun ve yapılandırılmış birebir eğitimden doğal ortamlarda yürütülen daha oyun temelli müdahalelere kadar geniş bir yelpazede sunulabilir. Müdahalenin içeriği çocuğun gelişim düzeyine ve ihtiyaçlarına göre bireyselleştirilir. Bu süreçte aile ile iş birliği içinde hedefler belirlenir ve uygulama süreci izlenir (118). Küçük yaş gruplarında kullanılan EIBI'in etkinliği randomize kontrollü çalışmalarla gösterilmiştir. Haftalık ABA süresi arttıkça, çocukların bireyselleştirilmiş hedeflere ulaşma olasılıklarının arttığı bildirilmektedir (119). Doğal Gelişimsel Davranışsal

Müdahaleler (NDBI), ABA ve gelişimsel yaklaşımların birleşimiyle oluşturulan, bilimsel temelli müdahalelerdir. Bu müdahalelerde öğrenme hedefleri gelişimsel temellere dayanır ve çocuklara, sosyal etkileşim becerileri gibi temel alanlarda doğal ortamlarda öğretim sağlanır. Müdahaleler, çocuğun başlattığı etkileşimlere odaklanır; oyun rutinleri ve doğal öğrenme fırsatları içinde sıra alma gibi sosyal etkileşimler kullanılarak gerçekleştirilir (120).

Bu yaklaşımlar arasında en kapsamlı şekilde araştırılmış olan model ESDM'dir. ESDM'nin çok merkezli klinik araştırmalarında, erken yaşta başlanmasının ve terapinin daha uzun süre devam ettirilmesinin gelişimsel çıktılar üzerinde olumlu etkileri olduğu gösterilmiştir (121). Ayrıca, ESDM uygulanan çocukların, yüzlere karşı nesnelere gösterdikleri dikkat gibi sosyal uyaranlara verdikleri nörofizyolojik tepkilerde de olumlu değişiklikler gözlemlenmiştir. Bu bulgular, erken müdahalenin yalnızca davranışsal değil, biyolojik düzeyde de etkili olabileceğini göstermektedir (122).

Psikotropik ilaç kullanımının, artan yaş, daha düşük bilişsel işlev düzeyi ve/veya zihinsel yetersizlik ile birlikte; aynı zamanda daha yüksek yaygınlık gösteren zorlu davranış örüntüleri ya da eş tanılı psikiyatrik bozuklukların varlığı ile arttığı bildirilmektedir (123). Bu ilaçlar, OSB'ye özgü bir tedavi sunmamakla birlikte, zorlayıcı davranışların kontrol altına alınmasına ve bireylerin eğitimsel ile terapötik müdahalelerden daha fazla yarar sağlamasına katkıda bulunur (124).

Ayrıca, "irritabilite" tanısıyla Food and Drug Administration (FDA) onayı almış iki ilaç olan risperidon ve aripiprazol, çok sayıda çift-kör randomize kontrollü çalışmada irritabilite, ajitasyon, öfke patlamaları, kendine zarar verme, stereotipik davranışlar ve hiperaktivite gibi semptomları plasebodan anlamlı düzeyde daha etkili biçimde hafiflettiği gösterilmiştir (125).

2.2. Ebeveyn Eğitim Programları

2.2.1. Tanım ve Amaç

Ebeveynlik eğitimi, ebeveynlerin çocuklarının gelişimini en iyi şekilde destekleyebilmeleri amacıyla bilgi, beceri ve öz yeterliklerini artırmayı; çocuklardaki duygusal ve davranışsal güçlükleri ile ebeveynlik stresini azaltmayı; çocuk ihmali ve istismarını önlemeyi ve çocukların gelişimsel potansiyellerini en üst düzeye çıkarmayı hedeflemektedir (126). Araştırmalar, ebeveynlik eğitiminin çocukların davranış sorunlarının azalmasına, okul başarısının artmasına ve ebeveynlerin stres düzeylerinin düşmesine katkı sağladığını göstermektedir (127). Ayrıca, ebeveynlik becerilerinin geliştirilmesi sadece çocuklar açısından değil, aynı zamanda aile içi ilişkilerin güçlenmesi ve aile dinamiğinin iyileşmesi açısından da önemli faydalar sağlamaktadır (128). Bu nedenle, koruyucu-önleyici ruh sağlığı hizmetlerinin önemli bir bileşeni olarak ebeveynlik eğitim programları, çeşitli yaş gruplarındaki çocuklara sahip ebeveynler için uygulanmaktadır.

2.2.2. Tarihçe

Ebeveyn eğitim programlarının temelleri, 20. yüzyılın ortalarından itibaren çocukların gelişimsel ve davranışsal sorunlarıyla başa çıkmak amacıyla yapılan erken dönem çalışmalarla atılmıştır. 1960'lı yılların sonlarına doğru, problem davranışların yalnızca çocuk merkezli müdahalelerle değil, ebeveynlerin davranışlarını hedefleyen yaklaşımlarla da ele alınabileceği anlaşılmış; böylece ebeveynler, çocukların davranışlarını şekillendiren önemli değişim ajanları olarak görülmeye başlanmıştır (129). Bu anlayış, sosyal öğrenme kuramı ile de desteklenmiş ve ebeveyn eğitimine yönelik müdahaleler giderek önem kazanmıştır. Bu süreçte geliştirilen programlar; ebeveynlik öz-yeterliliği, iletişim becerileri, disiplin stratejileri ve tipik çocuk gelişimi bilgisi gibi temalara odaklanmış; uygulamalar ise klinik temelli terapi, grup seansları ve ev ziyaretleri gibi çeşitli formatlara yayılmıştır. Zamanla bu programların hedefleri yalnızca davranışsal sorunları azaltmanın ötesine geçerek çocukların bilişsel, duygusal ve fiziksel gelişimini desteklemeye, ebeveyn stresini azaltmaya ve aile içi ilişkileri güçlendirmeye yönelik hale gelmiştir (130). Bu gelişimsel süreçte, kanıta dayalı

uygulamaların öncüsü olan bazı ebeveynlik programları öne çıkmıştır. Örneğin, Carolyn Webster-Stratton tarafından geliştirilen Incredible Years yaklaşık 30 yıllık geçmişe sahiptir ve çocuklardaki yıkıcı davranışlara karşı etkili bir müdahale modeli sunmaktadır (131). Bunu takiben, 1990'ların sonlarında Matt Sanders tarafından geliştirilen Avustralya kökenli Triple P – Positive Parenting Program, ebeveynlere pozitif ebeveynlik becerileri kazandırmayı amaçlayan ve evrensel önleme ilkesine dayanan çok düzeyli bir program olarak uluslararası alanda yaygınlık kazanmıştır (132). Parents Plus Programları ise İrlanda'da çocuk psikiyatrisi profesörü Carol Fitzpatrick ve klinik psikolog Dr. John Sharry tarafından 1995 yılında başlatılmış, ilk profesyonel eğitimiyle birlikte uygulamaya geçmiştir. Programın temelleri, çocuklarda disiplin sorunlarının yönetimi için geliştirilen pozitif, video-temelli uygulamaların 1998 yılında standardize edilmesiyle atılmıştır. Farklı yaş gruplarına (erken çocukluk, ergenlik, özel gereksinimli çocuklar vb.) yönelik özel modüllerle yapılandırılan Parents Plus, hem ebeveynlerin hem de çocukların gelişimini desteklemeye yönelik çok boyutlu bir müdahale modeli sunmaktadır (133). Tüm bu programlar, yalnızca davranışsal sorunları çözmeye yönelik değil; aynı zamanda çocuğun bilişsel gelişimi, ebeveyn-çocuk ilişkileri, duygusal destek sistemleri ve aile içi uyumun artırılması gibi çok yönlü hedefleri olan, koruyucu ve önleyici ruh sağlığı uygulamaları olarak ulusal ve uluslararası düzeyde benimsenmiştir.

2.2.3. Sınıflandırma

Ebeveyn eğitim programları, kuramsal altyapılarına göre ilişki temelli yaklaşımlar ve davranışsal temelli yaklaşımlar olmak üzere genellikle iki temel yaklaşıma dayandırılmaktadır: İlişki temelli programlar, psikodinamik kuram, hümanistik psikoloji ve aile sistemleri teorisi gibi kuramları temel alır. Programın odağında çocuğun olduğu bu yaklaşımda çocuğun davranışlarının arkasındaki duygusal ihtiyaçları ve içsel süreçleri anlamak ön plandadır. Ebeveynin çocuğa yönelik tepkilerini anlaması, empatik iletişim kurması ve çocukla karşılıklı güvene dayalı bir ilişki geliştirmesi hedeflenmektedir (134). Bu bağlamda, Etkili Ebeveyn Eğitimi (Parent Effectiveness Training-PET), Adlerian Programı (Adlerian Program), Sistematik Ebeveyn Eğitimi Programı (STEP-Systematic Training for Effective Parenting), Aktif Ebeveynlik (Active Parenting), Hoşgörülü Ebeveynlik (Mellow

Parenting), Şiddetsiz İletişim (Nonviolent Communication-N.V.C.), Gençlerle Konuşma Sanatı (How to Talk so Kids Will Listen and Listen so Kids Will Talk) gibi programlar ilişki temelli yapılar arasında yer almaktadır. Bu programlarda aktif dinleme, ben diliyle iletişim, geribildirim ve çatışma çözme becerileri gibi psikoeğitsel araçlar ön plandadır (136, 137).

Diğer taraftan, davranışsal temelli ebeveyn programları, sosyal öğrenme kuramı ve davranışçı ilkeler doğrultusunda yapılandırılmıştır. Bu programlar, ebeveynin tutum ve davranışlarını değiştirerek çocuğun problem davranışlarını azaltmayı ve olumlu davranışları artırmayı amaçlamaktadır. Özellikle ödül, ceza, zaman aşımı ve model alma gibi tekniklerin öğretildiği bu programlarda ebeveynlerin davranış yönetimi becerileri geliştirilmektedir (136). Parents Plus Ebeveynlik Programı (PPEP), İnanılmaz Yıllar (Incredible Years), Suç Önleme Programı (Delinquency Prevention Program), Triple P (Positive Parenting Programme), Uyumsuz Çocuklara Yardım Programı (Helping Noncompliant Child Program), Çocuk Programlı Hayat (Living with Children Program) bu yaklaşıma örnek olarak gösterilebilir. Programın odağında ebeveyn vardır. Ebeveynlerin öz yeterlilik algılarını ve öz düzenleme becerilerini geliştirmeyi hedefler ve çocuğun davranışlarının şekillenmesinde ebeveyn tepkilerinin belirleyici olduğu, aynı zamanda çocukların da ebeveyn davranışlarını etkileyebileceği kabul edilir. Böylece, karşılıklı etkileşime dayalı bir öğrenme döngüsü içinde, hem çocuk hem ebeveyn davranışları zamanla düzenlenmektedir (137).

2.2.4. OSB ve Ebeveynlik Programları

Son yıllarda yapılan çalışmalar, OSB olan çocuklarda eğitimli ebeveynler ya da birincil bakıcılar tarafından uygulanan odaklanmış müdahalelerin terapötik sürecin etkili bir bileşeni olabileceğini göstermektedir (138).

Özellikle ebeveyn aracılı yaklaşımlar üzerine, diğer farmakolojik olmayan yöntemlere kıyasla daha fazla randomize kontrollü çalışma (RKÇ) yayınlanmıştır. Bu tür müdahaleler genel olarak ebeveyn desteği ve ebeveyn aracılı müdahaleler olmak üzere iki ana kategoriye ayrılmaktadır.

Ebeveyn desteği, bilgi temelli olup bakım koordinasyonu ve psikoeğitim gibi çocuğa dolaylı fayda sağlayan uygulamaları içerirken; ebeveyn aracılı müdahaleler, doğrudan çocuğun davranışsal ve gelişimsel hedeflerini ele alan teknik temelli uygulamalardır. Bu müdahaleler sıklıkla ABA ilkeleri üzerine inşa edilmekte ve doğal yaşam ortamlarında uygulanmaktadır (139). Ebeveyn eğitim oturumları ise evde, klinik ortamda, okulda, toplumsal alanlarda ya da telesağlık yoluyla çevrim içi olarak gerçekleştirilebilmektedir. Örneğin, yürümeye yeni başlayan çocuklar ve bakıcılarının katıldığı bir çalışmada, ortak dikkat, sembolik oyun, etkileşim ve düzenleme becerilerine odaklanan 10 haftalık uygulamalı bir ebeveyn eğitimi programı, yalnızca psikoeğitim içeren müdahaleye kıyasla daha üstün sonuçlar ortaya koymuştur (140). Ebeveyn desteği, bilgi temelli bir yapıdadır ve genellikle bakım koordinasyonu, psikoeğitim ve sosyal destek uygulamalarını içererek çocuğa dolaylı fayda sağlamayı hedefler. Bu destek biçimleri, ebeveynlerin OSB ile ilgili bilgi düzeylerini artırarak çocuğun savunuculuğunu yapmalarına, stres düzeylerinin azalmasına ve izolasyon hissinin hafiflemesine katkıda bulunur (141). Bu programlar ayrıca davranış yönetimi stratejileri gibi konuları kısa modüllerle ele alabilmekte, ancak ciddi davranış sorunları için tek başına yeterli olmayabilmektedir (142). Diğer taraftan, ebeveyn aracılı müdahaleler teknik temelli olup doğrudan OSB'nin temel özelliklerini veya uyumsuz davranışlarını hedefler. Bu müdahalelerde ebeveynler değişimin birincil uygulayıcısıdır. Müdahaleler, ebeveynin ana değişim sağlayıcı olduğu birincil veya terapist liderliğinde başlayan ancak ebeveynin sürece entegre edildiği tamamlayıcı olarak iki alt sınıfa ayrılır (143).

Temel Semptomlara Yönelik Ebeveyn Aracılı Müdahaleler OSB olan çocuklarda, sosyal etkileşim, iletişim, taklit ve oyun becerilerini geliştirmeye odaklanan hem ev hem de doğal topluluk ortamlarında uygulanabilir. Bu müdahaleler genellikle terapist koçluğu ile desteklenen ebeveyn-çocuk etkileşimlerini içerir. Müdahale süresi programdan programa değişmekle birlikte, birkaç hafta süren kısa programlardan bir yılı aşkın süren kapsamlı uygulamalara kadar çeşitlenmektedir. Günümüzde, OSB'deki Ebeveyn Aracılı Müdahalelerin çoğu iletişim ve sosyalleşme gibi temel semptomları hedef almakta ve bu alanlarda yapılan randomize kontrollü çalışmaların sayısı artmaktadır. Araştırmalar, Ebeveyn Aracılı Müdahalelerin etkili

olduğunu ve özellikle erken yaşlardaki çocuklar için fayda sağladığını göstermektedir (144). Ebeveyn aracılı müdahaleler OSB'nin çekirdek semptomları için kullanılmaktadır. Örneğin, Kasari ve ark. (2014) yürüttüğü bir çalışmada, 2-5 yaş arası çocuklara yönelik Ortak Dikkat Sembolik Oyun Katılım ve Düzenleme (JASPER) adlı birincil ebeveyn aracılı müdahale modeli uygulanmıştır. Haftada iki kez 1 saat olmak üzere, 12 hafta süren seanslarda ebeveynler, çocuklarıyla oyun içinde nasıl etkileşim kuracakları ve ortak dikkat geliştirecekleri konusunda doğrudan eğitilmiştir. Bu yapılandırılmış uygulama, çocuklarda sosyal iletişim alanında belirgin gelişmelere yol açmıştır (145).

ESDM, 12–48 aylık OSB tanılı çocuklar için geliştirilmiş, temel semptomları hedefleyen tamamlayıcı bir ebeveyn aracılı müdahale programıdır. Bu program, ABA tekniklerini gelişimsel ve ilişki temelli yaklaşımlarla birleştirir. ESDM, terapist liderliğinde haftada 20 saat yoğun ev temelli müdahale ile birlikte, ebeveynlere ayda iki kez danışmanlık verilmesini ve bu stratejilerin günlük yaşantıya entegre edilmesini içerir.Bir çalışmada, 18–30 aylık 48 çocuk rastgele ESDM veya olağan tedavi gruplarına atanmıştır. İlk yıl gruplar arasında fark minimal olsa da, iki yılın sonunda ESDM grubundaki çocukların iletişim becerilerinde anlamlı gelişmeler gözlenmiştir. Bu kazanımlar, olağan tedavi grubuna kıyasla daha yüksek IQ ve işlevsel iletişim düzeyleri ile desteklenmiştir (146).

OSB olan çocuklarda öfke nöbetleri, saldırganlık, kendine zarar verme, hiperaktivite, yemek reddi, uyku sorunları ve kaçma gibi yaygın uyumsuz davranışlar gözlenmektedir. Bu davranışlar, çocuğun eğitim müdahalelerinden yararlanmasını engelleyebilir, sosyal izolasyona neden olabilir ve ebeveyn stresini artırabilir (147). Ayrıca, bu çocukların uyumsal işlevsellik seviyeleri, bilişsel yeteneklerine kıyasla genellikle daha düşüktür (148). Bu zorluklara yanıt olarak geliştirilen ebeveyn aracılı müdahaleler, çocuğun yıkıcı davranışlarını azaltmak ve günlük yaşam becerilerini artırmak amacıyla uygulanmaktadır. Programlar genellikle ABA dayalıdır ve yoğunluğu, süresi ve hedefleri bakımından çeşitlilik göstermektedir (149).

Geçmişteki çalışmalar çoğunlukla vaka serilerine veya tek-denekli tasarımlara dayansa da, son yıllarda yapılandırılmış kılavuzlarla yürütülen prospektif çalışmalar

ve randomize kontrollü araştırmalar da artmıştır. Örneğin, Sofronoff ve arkadaşları, 6-12 yaş arası Asperger sendromlu çocuklar ile yürüttükleri çalışmada, bireysel olarak uygulanan altı seanslık ebeveyn eğitim programının, yalnızca bir günlük atölyeye kıyasla çocukların davranış problemlerini azaltmada daha etkili olduğunu göstermiştir (150). Whittingham ve ark. (2009) ise 2-9 yaş aralığındaki OSB'li çocukları Stepping Stones Triple P programına dahil etmiş; bu çalışmada ebeveynler tarafından bildirilen uyumsuz davranışlarda anlamlı azalmalar saptanmıştır (151). Her iki çalışmada da olumlu etkilerin 3 ila 6 aylık takiplerde sürdüğü bildirilmiştir. Ancak, 6 yaş altı çocuklara yönelik ebeveyn eğitim programlarını değerlendiren 2013 tarihli Cochrane derlemesinde, müdahale gruplarında davranış sorunlarında belirgin bir azalma saptanmamıştır (144).

Ebeveynlik eğitimleri, çocuğun sosyal iletişimini artırma, uyumsuz davranışları azaltma ve bakım verenin müdahaleye uyumunu teşvik etme gibi hedeflerde etkili bir araç olarak değerlendirilmektedir (152). Ayrıca OSB'li çocukların ebeveynlerine yönelik eğitim, ebeveynlerin ruh sağlığını ve çocukların davranışlarına uyumlarını iyileştirdiği ortaya koyulmuştur (13). OSB'li çocuğu olan ebeveynlerin çocuklarındaki davranış problemlerinin ve ebeveynlerin yaşadığı stres düzeylerinin azaltılmasının amaçlandığı başka bir çalışmada altı ay süren eğitim programının sonucunda OSB'li çocuklarda görülen yıkıcı davranışların ve ebeveynlerin yaşamış olduğu stresin azaldığı belirlenmiştir (14). Dolayısıyla ebeveynlerin müdahale sürecine aktif katılımı, programların başarısı açısından kritik bir unsur olarak öne çıkmaktadır.

2.2.5. Parents Plus (PP) Programları

Parents Plus (PP) Programları, çocukların duygusal, davranışsal ve gelişimsel zorluklarını yönetmede ebeveynleri desteklemek amacıyla geliştirilen, grup tabanlı, yapılandırılmış ve çok yönlü ebeveyn eğitim programlarıdır. 1000'den fazla aileyi içeren bir meta-analiz, PP programlarının ebeveyn ve çocuk refahı üzerinde orta ila büyük etki büyüklüğüne sahip olduğunu göstermektedir (133). Bu programlar hem klinik hem de toplum temelli ortamlarda uygulanabilmekte olup, klinik tanı almış ya da gelişimsel risk altında olan çocukların ailelerine yönelik olarak tasarlanmıştır.

PP programları, çeşitli kuramsal temellere dayanarak diğer ebeveynlik programlarıyla benzerlik ve farklılıklar göstermektedir. PP programları, sosyal öğrenme kuramına dayanmaları, ebeveyn-çocuk ilişkilerini temel almaları ve bilişsel davranışçı ilkeleri içermeleri açısından Incredible Years (İnanılmaz Yıllar) ve Triple P (Positive Parenting Program) gibi diğer kanıta dayalı ebeveynlik eğitim programlarıyla benzer özellikler taşımaktadır (155, 156). PP programlarını diğer ebeveynlik eğitimlerinden ayıran temel unsurlardan biri, sistemik çözüm odaklı terapi yaklaşımını temel almasıdır (154). Bunun yanı sıra, program içeriği bağlanma kuramı ebeveynlik eğitimi literatürü ve çatışma çözme ile müzakere stratejilerine ilişkin yaklaşımlardan esinlenerek yapılandırılmıştır (158,159,160). Bu çok yönlü kuramsal yapı, programların hem ebeveyn-çocuk ilişkisini hem de bireysel ebeveyn davranışlarını değiştirme kapasitesini artırmaktadır. Programlar genellikle eğitimli kolaylaştırıcılar tarafından yüz yüze grup oturumları şeklinde uygulanmaktadır. Ancak, COVID-19 pandemisi süresince geliştirilen çevrim içi uygulamalar da etkili bulunmuştur ve yüz yüze müdahalelere kıyasla benzer sonuçlar sağladığı görülmüştür (156). Bu durum, programların esnekliğini ve geniş ölçekli uygulanabilirliğini artırmaktadır.

PP program paketinde, farklı yaş gruplarına ve özel ihtiyaçlara hitap eden sekiz program türü yer almaktadır.

1)Parents Plus Erken Çocukluk Programı (Parents Plus Early Years Programme): 1-6 yaş arası çocukların ebeveynleri için bağlanma, öğrenme ve refahı teşvik etmek için tasarlanmış ebeveynlik programıdır. Program, çocuğa uyum sağlama, çocuk merkezli oyun ve iletişim, kuralları belirleme ve yanlış davranışları ele alma, teşviki sağlama, oyun ve kitap okuyarak öğrenmeye yardımcı olma, yeni görevler öğretme ve yaratıcı oyun aktiviteleri gibi konuları kapsar.

2)Parents Plus Çocuk Programı (Parents Plus Children's Programme): 6–12 yaş çocukların ebeveynlerine yönelik çözüm odaklı, travma odaklı ve kanıta dayalı bir programdır. 6–12 oturum boyunca grup veya bireysel formatta uygulanır. Program, ebeveynlerin çocuklarıyla ilişkilerini güçlendirmeyi, benlik saygısı ve iyi oluşu

desteklemeyi, davranışsal ve duygusal güçlükleri yönetmeyi, aile içi problem çözmeyi ve günlük rutinlerin yapılandırılmasını hedefler.

3)Parents Plus Ergen Programı (Parents Plus Adolescent Programme): 11-16 yaş arası ergenlik çağındaki çocukların ebeveynleri için etkili iletişim ve olumlu ilişkileri teşvik etmeyi içerir. Program, olumlu ilgi gösterme, teşvik ve övgü, yaptırım sistemlerini kullanma, iddialı ebeveynlik ve saygısızlıkla başa çıkma, ergenleri güçlendirme ve aile dinleme ile problem çözme konularını işler. Klinik ortamlarda belirli ebeveyn-ergen sorunlarını ele almak için iki ortak aile oturumu düzenlenebilir ve ideal olarak Sorunları Çözme Programı (WTO) ile paralel yürütülür.

4)Sorunları Çözme Programı (Parents Plus Working Things Out): 11–16 yaş ergenlere yönelik olarak geliştirilmiş bir müdahale paketidir. Program, ergenlerde olumlu ruh sağlığını desteklemeyi, problem çözme, iletişim, öfke ve çatışma ile başa çıkma becerilerini güçlendirmeyi amaçlar. Depresyon, zorbalık, DEHB ve kendine zarar verme gibi sorunlara yönelik baş etme yollarını ele alır ve gençlerin kişisel hikâyelerinden oluşan kısa filmler eşliğinde uygulanır. Ayrıca Parents Plus Ergen Programı ile paralel yürütülebilir.

5)Parents Plus Ayrılıkta Ebeveynlik Programı (Parents Plus Parenting When Separated):0-16 yaş arası çocuklara sahip ayrılık veya boşanmaya hazırlanan, bu süreci yaşayan veya atlatmış ebeveynlere destek olmak amacıyla oluşturulmuştur. Ayrılığın ebeveynler ve çocuklar üzerindeki etkisi, ortak ebeveynlikte iş ilişkisi geliştirme, çocukların başa çıkmasına yardımcı olma, ayrı yaşayan ebeveyn olma, çatışma yönetimi ve uzun vadede başa çıkma ile yeni ilişkileri yönetme konularına odaklanır.

6)Parents Plus DEHB Çocuk Programı (Parents Plus ADHD Programme): 6–12 yaş arası DEHB tanılı çocukların ebeveynleri için geliştirilmiş özel bir müdahaledir. Program, olumlu ebeveynlik becerilerini güçlendirmeyi, teşvik ve ödül sistemlerini etkili kullanmayı, ödev ve öğrenme süreçlerini desteklemeyi, günlük rutinler ve önleyici planlar oluşturmayı hedefler. Ayrıca ebeveynlerin öz bakımını ve

ebeveynler arası işbirliğini destekleyerek DEHB'ye özgü zorluklarla başa çıkmalarına yardımcı olur.

7)Parents Plus Özel İhtiyaçlar Programı (Parents Plus Special Needs Programme): 11-25 yaş arası özel ihtiyaçları olan ergenlerin ebeveynleri için düzenlenmiştir. Özel ihtiyaçları olan bir çocuk yetiştirme, duygusal yolculuk, olumlu iletişim ve kurallar, rutinler oluşturma, kardeşleri destekleme, zorlayıcı davranışları yönetme, kişisel başa çıkma ve yaşam dengesi, arkadaşlıklar ve sosyalleşme, cinsiyet ve ilişkiler, geleceği planlama, öz saygı ve yetişkinliğe hazırlanma gibi konuları işler. Ayrıca ebeveyn öz bakımı da programın bir parçasıdır.

8)Parents Plus Sağlıklı Aileler Programı (Parents Plus Healthy Families Programme): 0–12 yaş arası çocukların ebeveynlerine yönelik olarak geliştirilmiştir. Program, aile içi ilişkileri ve bağlantıyı güçlendirmeyi, sağlıklı beslenme ve aktif oyun alışkanlıkları geliştirmeyi, teknoloji kullanımını yönetmeyi, düzenli uyku rutinleri oluşturmayı ve çocukların duygusal sağlığını desteklemeyi amaçlar.

Özetle PP programları, ebeveynlerin çocuklarıyla olan ilişkilerini iyileştirmeye, problem çözme becerilerini artırmaya ve çocuklarda görülen davranışsal sorunları azaltmaya yönelik bütüncül bir yaklaşım sunar. Kanıta dayalı teorik temelleri, esnek uygulama formatları ve farklı gelişimsel gruplara hitap eden çeşitliliği ile PP programları, ebeveyn eğitimi alanında önemli bir müdahale modelidir.

2.2.5.1. Parents Plus Programlarının Diğer Programlara Göre Farkları

Parents Plus ebeveynlik eğitim programı, uluslararası kabul görmüş diğer grup temelli programlardan olan Triple P (Positive Parenting Program) ve The Incredible Years (IY) ile karşılaştırıldığında hem kuramsal yaklaşımı hem de uygulama yöntemleri bakımından belirgin farklılıklara sahiptir. Parents Plus, temelinde sistemik ve çözüm odaklı bir yaklaşım barındıran grup temelli bir müdahaledir; çocukların davranışsal ve duygusal sorunlarına yönelik olarak klinik veya toplum ortamlarında, eğitimli ruh sağlığı ve eğitim profesyonelleri tarafından uygulanmak üzere tasarlanmıştır (157). Bu çözüm odaklı yaklaşım, ebeveynlerin güçlü yönlerini ve

hedeflerini merkeze alarak her ailenin kendi çözümünü üretmesini teşvik eder. Özellikle her oturumda "olumlu ebeveynlik" ve "olumlu disiplin" başlıklarına eş zamanlı olarak yer verilmesi, ebeveynlerin çocuklarıyla kurdukları ilişkiyi güçlendirirken aynı zamanda sınır koyma ve davranış yönetimi becerilerini etkili şekilde geliştirmelerini sağlar. Bu çift odaklı yapı, ebeveynlere uygulanabilir ve dengeli müdahale stratejileri sunarak, teorik içeriği günlük yaşam pratiğiyle buluşturur. PP, ayrıca grup seanslarının ötesine geçerek ailelerin bireysel ihtiyaçlarına göre ek oturumlar ve video geri bildirim çalışmaları gibi uygulamalara da yer verir; bu yönüyle grup temelli eğitimlere göre daha kişiselleştirilmiş bir öğrenme deneyimi sunar (16). Programın kalite protokolü kapsamında, her oturum sonrasında ailelerden yapılandırılmış geri bildirim alınmakta ve bu bilgiler ışığında içerik dinamik biçimde şekillendirilmektedir. Bu işbirlikçi ve geri bildirim temelli yapı, hem uygulayıcı hem de katılımcı için sürecin etkinliğini artırır. Üstelik PP Programları, sadece ebeveynlerin değil aynı zamanda çocukların da davranışsal ve duygusal kazanımlarını destekleyen güçlü bulgularla literatürde yer bulmakta; yapılan meta-analizlerde 0.6 düzeyinde bildirilen etki büyüklüğü, bu müdahalenin dikkat çekici düzeyde etkili olduğunu ortaya koymaktadır (158). Tüm bu yönleriyle PP Programları, geleneksel ebeveyn eğitimlerinden ayrışan, yapılandırılmış ancak esnek, teorik ancak pratik, grup temelli ancak bireyselleştirilebilen bir müdahale modeli sunmaktadır.

2.2.5.2. Parents Plus Programlarının Kuramsal Temeli

PP programları, çoklu kuramsal yaklaşımların bütünleştirilmesiyle oluşturulmuş, sistemik ve çözüm odaklı bir çerçeveye sahiptir (16). Programın temel varsayımı, bireyin olumlu ya da olumsuz tüm davranış ve deneyimlerinin, içinde bulunduğu aile sistemiyle etkileşim halinde şekillendiğidir (159). Bu doğrultuda, ebeveynlerle yürütülen müdahalelerde, mevcut kaynakları ve güçlü yönleri temel alan, iş birliğine dayalı hedefler belirlenmekte; böylece ebeveynlerin dayanıklılığı ve öz-yeterlik duygusu desteklenmektedir (160). Grup oturumları, çözüm odaklı grup çalışması modeli ile yapılandırılmakta, katılımcıların deneyim paylaşımı ve karşılıklı destek yoluyla grup bilgisini zenginleştirmesi sağlanmaktadır (17). Her oturumun ardından alınan yapılandırılmış geri bildirimlerle içerik esnek biçimde uyarlanmakta, bu sayede terapötik süreç ebeveynlerin amaç ve beklentileri doğrultusunda

şekillenmektedir. Programın kuramsal temeli yalnızca sistemik yaklaşımla sınırlı kalmayıp, bilişsel davranışçı terapi, sosyal öğrenme kuramı, ebeveyn eğitimi modelleri ile çatışma çözme ve müzakere teorilerinden de beslenmektedir (166,167, 168). Özellikle model alma, pekiştirme, geri bildirim ve problem çözme gibi teknikler, hem çocuk davranışlarını yönetmede hem de ebeveynlik becerilerini güçlendirmede temel araçlar olarak kullanılmaktadır. Sosyal öğrenme kuramı çerçevesinde, olumlu ebeveynlik davranışlarının kazandırılmasında video modelleme ve yapılandırılmış geri bildirim oturumlarına yer verilmektedir (169, 170). Erken yaş grubu için geliştirilen programlarda, ebeveyn ve çocuk arasındaki etkileşim video ile kaydedilmekte, bu kayıtlar üzerinden güçlü yönlere odaklı geribildirim sağlanmaktadır. Bu uygulama, Marte Meo yöntemi doğrultusunda, ebeveynlerin çocukla olan ilişkilerini daha bilinçli ve yapılandırılmış biçimde yönetmelerini amaçlamaktadır (163).

Son olarak, PP programları gelişimsel psikoloji ilkeleriyle de temellenmiştir. Farklı yaş dönemlerine özgü ihtiyaçlar dikkate alınarak yapılandırılan müdahaleler, her dönemin sosyal-duygusal gelişim düzeyine uygun içerikler sunmakta ve bu yönüyle bireyselleştirilmiş destek sağlamaktadır (164).

2.2.5.3. Parents Plus Erken Yaşlar Programı

Parents Plus Erken Yıllar Programı (PPEYP), Sharry ve ark. (2003) tarafından geliştirilen ilk PP programı olup, davranışsal, duygusal ve gelişimsel zorluklar yaşayan ve ruh sağlığı hizmetlerine yönlendirilmiş okul öncesi çocukların ebeveynlerine yönelik, erken dönem grup temelli bir müdahale modeli olarak tasarlanmıştır (165). Programın temel amacı, ebeveynlerin çocuklarıyla kurdukları etkileşimleri olumlu yönde geliştirmek ve ebeveyn-çocuk bağını güçlendirmektir. Bu yaklaşım, Serketich ve Dumas'ın (1996) ebeveynlik tarzları üzerine yaptığı araştırmalardan esinlenerek şekillendirilmiştir (166).

PPEYP , ebeveynleri çocuklarının olumlu davranışlarına odaklanmaları, bu davranışları fark etmeleri ve uygun şekilde ödüllendirmeleri konusunda teşvik ederken; olumsuz davranışların çoğunlukla görmezden gelinmesi gerektiğini vurgular. Ayrıca, çocuklara sorumluluk kazandırmak amacıyla seçenekler sunulması ve

davranışların doğal sonuçlarıyla karşılaşmalarına fırsat tanınması yoluyla, daha etkili ve kararlı bir ebeveynlik tutumu benimsemeleri desteklenir.

Program, ebeveynlerin çocuklarının gelişim düzeyine daha duyarlı hale gelmesini, bilgi, dil ve beceri yönünden güçlenmelerini hedefler. Bu sayede, çocukların iletişim yeteneklerinin, öğrenme becerilerinin ve genel gelişimlerinin desteklenmesi amaçlanır. PPEYP , ebeveynlerle yürütülen çalışmalarda iş birliğine dayalı, güçlendirme odaklı bir yaklaşımı benimser. Ebeveynlerin bireysel güçlü yönleri temel alınarak, çocuklarıyla kurdukları iletişimi kendi yöntemleriyle geliştirmelerine ve yaşadıkları zorluklara özgün çözümler üretmelerine olanak tanınır (167).

PPEYP'nin yapısı çeşitli bileşenlerden oluşmaktadır. İrlanda'daki gerçek ebeveyn-çocuk etkileşimlerinden elde edilen görüntülerle oluşturulan DVD içerikleri, programın farklı geçmişlere sahip ebeveynler için daha erişilebilir ve anlamlı olmasını sağlar. Program kılavuzu, bu DVD'lerle uyumlu biçimde hazırlanmış olup, her biri uygulamaya dönük etkinlikler, rol yapma çalışmaları, grup tartışmaları ve ebeveyn ödevleri içerir. Buna ek olarak, her ebeveyne haftalık çalışma sayfaları ve ev ödevlerinden oluşan bir el kitabı sunulur; böylece oturumlar dışında da öğrenmenin pekişmesi sağlanır. Her oturumda en az bir olumlu ebeveynlik ve bir olumlu disiplin konusu ele alınır. Konular arasında çocukla oyun oynama, etkili iletişim becerileri, olumlu pekiştirme, övgü, iş birliği geliştirme, günlük rutinlerin oluşturulması ve zorlayıcı davranışlarla baş etme gibi başlıklar yer almaktadır. Programın etkinliği, çocukların davranışsal sorunlarının azalmasında gözlemlenmiştir. Ebeveynlerin çocuk yetiştirme stratejilerini geliştirmesi, çocukların daha uyumlu davranışlar sergilemelerine katkıda bulunur. Program, ebeveynlerin stres ve kaygı düzeylerini azaltmada etkili olmuştur. Bu, ebeveynlerin çocuklarıyla daha sağlıklı etkileşimler kurmalarını ve daha pozitif ebeveynlik deneyimleri yaşamalarını sağlar. Programın bir başka önemli etkisi, aile içi ilişkilerin güçlendirilmesidir. Ebeveynlerin iletişim becerilerinin artması, aile içinde daha uyumlu ve destekleyici bir ortam oluşturur (168).

2.2.5.3.1. Program Materyalleri

PPEYP, uygulamada kapsamlı ve yapılandırılmış materyaller bütününe dayanmaktadır. Literatürde 1-6 yaş arasındaki çocukların gelişimini desteklemek ve problem davranışları yönetmek amacıyla tasarlanmış "DVD tabanlı bir ebeveynlik eğitimi" olarak tanımlanan bu program gerçek ebeveyn-çocuk etkileşimlerinin video kayıtlarını (DVD içeriği) eğitim aracı olarak kullanmaktadır. Programın uygulayıcı kılavuzu, DVD'ye eşlik eden ve 9 oturuma kadar ayrıntılı oturum planlarını, uygulamalı alıştırmaları ile rol yapma etkinliklerini ve video kayıtlarına ilişkin tartışma noktaları sunan bir rehber niteliğindedir. Uygulayıcı kılavuzu, uygulayıcının her oturumu tutarlı bir yapıda yönetmesine ve ebeveyn katılımını sağlıklı biçimde yönlendirmesine imkân tanır. Ebeveynlere ise oturumların içeriğini pekiştirmeleri için her hafta dağıtılan bilgi notlarını ve ev uygulamalarını içeren bir ebeveyn el kitapçığı sunulmaktadır. Ebeveyn el kitapçığı da ailelerin oturumlar arasında öğrendikleri yöntemleri günlük yaşamlarında pratiğe dökmesine yardımcı olarak programdan azami verim almalarını hedefler. Bu materyaller programın uygulanması sürecinde bütüncül bir biçimde kullanılmaktadır: Grup oturumlarında DVD'deki kısa video örnekleri izlenerek olumlu ebeveynlik becerileri ve olumlu disiplin becerileri tartışmaya açılır ve böylece program ilkeleri somut etkileşimler üzerinden kolay ve etkili biçimde aktarılır. Bu şekilde, program materyalleri hem içerik hem kullanım yönüyle bir arada tasarlanarak ebeveyn eğitim sürecinin etkililiğini ve programa bağlı kalınmasını desteklemektedir (18).

2.2.5.3.2. Program İçeriği

Programın her bir grup oturumu, iki temel ilkeye dayanır. İlk temel ilke dengedir. Her hafta bir olumlu ebeveynlik fikri ve bir olumlu disiplin fikri tanıtılması amaçlanır. Bu yapı hem destekleyici hem de önleyici bir çerçeve sunarak davranış problemlerini hedef alırken aynı zamanda ebeveynlerin çocuklarıyla kurduğu ilişkileri güçlendirmeyi amaçlar. Olumlu ebeveynlik fikirleri arasında oyun, özel zaman ayırma, teşvik etme ve aktif dinleme gibi yöntemler yer alırken; olumlu disiplin fikirlerinde ise net talimatlar verme, rutin oluşturma, sonuçları uygulama ve tutarlılık gibi uygulamalar yer alır. Bu sayede her oturumda ebeveynlere düşünmeleri ve pratik

yapmaları için iki yeni fikir sunulur. İkinci temel ilke ise her oturumun ebeveynlerin bireysel amaç ve endişelerine odaklanacak şekilde esnek biçimde uyarlanmasıdır. Oturumların yapısı, katılımcıların hedeflerine ulaşmalarına destek olacak biçimde kurgulanır ve sunulan stratejilerin her bir ebeveynin yaşamına nasıl entegre edileceği grup içinde tartışılır. Her oturum; bireyleri karşılama, önceki haftanın değerlendirilmesi, yeni konunun tanıtılması, düşündürücü sorularla kısa bir giriş ve ardından ilgili video içeriğinin incelenmesi ile başlar. Videoyu takiben, etkileşimli grup tartışmaları yürütülür ve uygulayıcı liderliğinde rol oynama ya da küçük grup çalışmaları gibi yöntemlerle yeni becerilerin pratiği yapılır. Oturumlar, bireysel sorun çözmeye ayrılan zaman ve bir sonraki haftanın planlaması ile sonlandırılır. Bu yapılandırılmış ama esnek yapı sayesinde hem yapılandırılmış içerik aktarımı hem de bireyselleştirilmiş rehberlik sunarak ebeveynlerin ihtiyaçlarına doğrudan yanıt verebilmektedir.

Tablo 1. Parents Plus Erken Yaşlar Programı Oturumları ve İçerikleri

Oturum	**Pozitif Ebeveynlik**	**Pozitif Disiplin**
Grup 1	Çocuğunuzu "Anlamak"	DurDur Düğmesine Basmak
Grup 2	Oyun ve Özel Zaman	Çocukların İstediklerinizi Yapmasını Sağlamak
Grup 3	Çocuklarla Oynamanın En İyi Yolu	Düzenli Yapılması Gereken İşleri ve Ödülleri Oluşturmak
Grup 4	Cesaretlendirmek ve Duygular Hakkında Konuşmak	Uygun Davranışları Övmek, Sorun Davranışları Görmezden Gelmek
Grup 5	Çocuğunuzun İyi Yönlerini Yakalamak	Sorun Davranışla Baş Etmek
Grup 6	Birlikte Kitap Okumak	İlgi Zamanı – Mola Zamanı
Grup 7	Yeni Beceriler ve Dil Öğretmek	Önleme Planları
Grup 8	Oyun Geliştirmek	Problem Çözme
Grup 9	Çocuklara Öğretmek için Hikayeleri Kullanmak	Ebeveynin Kendine Ayıracağı Zaman
Takip Grup Oturumu		

2.2.5.3.3. Programın Uygulanması

Program, danışan grubunuzun ihtiyaçlarına ve sizin uygulayıcı olarak çalıştığınız içeriğe bağlı olarak çok çeşitli şekillerde sunulabilir. Örneğin, çocuk ve ergen ruh sağlığı merkezleri gibi uzmanlaşmış ortamlarda; davranış, dikkat ya da öğrenme problemleri olan küçük yaş ve okul öncesi çocuklara yönelik bir müdahale olarak uygulanabilir. Ayrıca, duygusal veya davranışsal sorun riski taşıyan ya da okula hazırlığı desteklenmek istenen çocukların hedeflendiği aile merkezlerinde, anaokullarında veya çocuk bakım merkezleri gibi toplumsal ortamlarda, önleyici bir program şeklinde de sunulabilir. Bu bağlamda, program çocukların yararına aile birliğini güçlendirmek ve gelişimsel sonuçları iyileştirmek amacıyla herkese açık bir ortamda evrensel bir ebeveynlik kursu olarak da uygulanabilir. Birçok uygulayıcı, küçük bir ebeveyn grubunu bir araya getirmek yerine programı bireysel olarak tek bir ebeveyne sunmayı da tercih edebilir ya da bu doğrultuda düzenlemeler yapabilir.

Grup çalışmaları, 5-6 kişilik küçük gruplar, 8-10 kişilik orta büyüklükte gruplar ya da 15-20 kişilik büyük gruplar şeklinde yürütülebilir. Grup büyüklüğünün belirlenmesinde uygulama ortamı, uygulayıcı sayısı ve hedef grubun özellikleri dikkate alınmaktadır. En kısa süreli kurs, bir tanıtım toplantısı, altı grup oturumu ve bir takip grup oturumundan oluşan toplam sekiz haftalık bir programdır. Uluslararası esaslara göre, makul düzeyde olumlu etki elde edebilmek için ebeveyn gruplarına yönelik önerilen asgari oturum sayısı sekizdir. Bu yapı, ebeveynlerin öğrendikleri becerileri zaman içinde deneyimlemeleri, pekiştirmeleri ve paylaşmaları açısından yeterli bir uygulama süresi sunmaktadır. Sonuç olarak, PPEYP'nin uygulama bileşeni; iyi planlanmış bir oturum yapısını, esnek ancak disiplinli bir zamanlamayı, yetkin uygulayıcıları ve erişilebilir bir ortamı bir araya getirerek ebeveynlere güvenli ve destekleyici bir öğrenme deneyimi sunmayı amaçlamaktadır. Bu unsurlar, programın etkililiğini ve sürdürülebilirliğini sağlama noktasında temel teşkil etmektedir.

1. Grup Seansları

Grup programı, her biri yaklaşık 2,5 saat süren haftalık oturumlardan oluşmaktadır. Oturumların yapısı ise şu şekilde planlanmıştır:

Tablo 2. Grup Oturumunun Temel Unsurları

GRUP OTURUMUNUN TEMEL UNSURLARI	
Karşılama ve Tanıtım	3 dakika
Bir Önceki Haftanın Değerlendirilmesi	35 dakika
Grup Oturumuna Genel Bakış	3 dakika
Pozitif Ebeveynlik Başlıkları Tanıtım Video Gösterimi Beceri Uygulamaları	 5 dakika 15 dakika 15 dakika
Çay Molası	15 dakika
Pozitif Disiplin Başlıkları Tanıtım Video Gösterimi Beceri Uygulamaları	 5 dakika 15 dakika 15 dakika
Özel Konular	15 dakika
Bir Sonraki Haftanın Planlanması	5 dakika
Değerlendirme ve Geri Bildirimler	4 dakika
Toplam Oturum Süresi	2 saat 30 dakika

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Amaç

Bu çalışmanın amacı, 2-6 yaş arasındaki OSB tanısı almış çocuklar ve aileleri üzerinde PPEYP'nin etkilerini değerlendirmektir.

- Programın 2-6 yaş arası OSB tanısı almış çocukların otizm semptomlarının şiddeti üzerindeki etkisi ile onların sosyal, duygusal ve davranışsal gelişimlerine olan etkisini incelemeyi hedeflemektedir.
- PPEYP'nin OSB tanısı almış çocukların ebeveynleri üzerindeki psikolojik ve duygusal etkilerini incelemektir. Bu inceleme, ebeveynlerin depresyon, anksiyete, tükenmişlik düzeyleri ve yaşam kalitesi üzerinde programın potansiyel etkilerini değerlendirmeyi ve olası iyileşmeleri belirlemeyi hedeflemektedir.
- PPEYP'nin ebeveyn-çocuk arasındaki etkileşime ve ilişkiye aynı zamanda anne-babalık, aile içi uyuma olan etkisini incelemektir.

3.2. Hipotezler

- Hipotez 1: PPEYP'nin uygulanması, 2-6 yaş arası OSB tanısı almış çocuklarda otizm semptomlarının şiddetinde ve sosyal, duygusal, davranışsal gelişimlerinde anlamlı bir iyileşme sağlayacaktır.
- Hipotez 2: PPEYP, OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin psikolojik ve duygusal durumlarını iyileştirecektir. Bu iyileşme, depresyon, anksiyete ve tükenmişlik düzeylerinde azalma ile yaşam kalitesinde gözle görülür gelişmeler olarak kendini gösterecektir.
- Hipotez 3 : PPEYP'nin uygulanması, ebeveyn-çocuk arasındaki etkileşim ve aile içi uyumu artıracaktır.

3.3. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma; tek merkezli, tek kör, randomize kontrollü olgu-kontrol çalışması olarak planlanlanarak katılımcıları rastgele gruplara ayırarak bir gruba PPEYP uygulanıp , diğer gruba yapılandırılmamış ebeveynlik psikoeğitimi verilecektir.

3.4. Örneklem Grubunun Oluşturulması

Mevcut çalışma, "Atatürk Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'' tarafınca 21.02.2024 tarihinde değerlendirmeye alınmış ve B.30.2.ATA.0.01.00/467 sayılı karar ile yapılmasında etik ve bilimsel açıdan sakınca olmadığına karar verilmiştir. Ayrıca çalışma finansal olarak ''Atatürk Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi'' tarafınca desteklenmiş ve gerekli bütçe sağlanmıştır (proje kodu: TTU-2024-14056).

Katılımcıların, Atatürk Üniversitesi Çocuk Psikiyatri Polikliniğinde DSM-V tanı kriterlerine göre Otizm Spektrum Bozukluğu tanısı ile takip edilen ve 2-6 yaş aralığında olan 60 çocuk ve bu çocukların anne babası gönüllülük esas alınarak araştırmaya dahil edilmeleri planlanmıştır.

3.4.1. Ebeveynlerin Araştırmaya Dâhil Olma ve Dışlama Ölçütleri

PPEYP'na katılacak ebeveynler için çalışmaya katılma ölçütleri:

1. Çocukların 2-6 yaş arasında olmaları ve DSM-5 kriterlerine göre "Otizm Spektrum Bozukluğu" tanısı almış olması
2. Çocuklarında OSB, DEHB ve bilişsel gelişmede gecikme tanıları dışında ek psikiyatrik tanılarının bulunmaması.
3. Çocuklarında tanı almış herhangi bir metabolik/immünolojik hastalık ve/veya genetik bozukluğa sahip olmaması
4. Çocuklarında major fiziksel/nörolojik hastalığın olmaması (epilepsi, az görme vb.)
5. Anne ve/veya babaların çocukları ile yaşaması.

6. Ebeveynlerin boşanmamış veya ayrı yaşamaması
7. Öncesinde herhangi bir ebeveynlik eğitimi ve/veya ruhsal yardım almamış olmaları.
8. Katılımcıların bu sürece gönüllü olmaları ve bilgilendirilmiş onam formunu okuyarak yazılı bir şekilde onaylaması

PPEYP'na katılacak ebeveynler için dışlama ölçütleri

1. Çocuklarında OSB, DEHB ve bilişsel gelişmede gecikme tanıları dışında ek psikiyatrik tanılarının bulunması.
2. Çocuklarında tanı almış herhangi bir metabolik/immünolojik hastalık ve/veya genetik bozukluk olması
3. Çocuklarında major fiziksel/nörolojik hastalığın olması (epilepsi, az görme vb.)
4. Öncesinde herhangi bir ebeveynlik eğitimi ve/veya ruhsal yardım almış olmaları.
5. Ebeveynlerin son iki yıl içinde boşanmış veya ayrı yaşıyor olmaları.
6. Çocukların anne ve/veya babaları ile yaşamıyor olmaları.
7. Ebeveynlerin Erzurum il merkezi dışında yaşıyor olmaları

3.4.2. Çocukların Araştırmaya Dâhil Olma ve Dışlama Ölçütleri

Çocukların Dâhil Olma Ölçütleri:

1. 2-6 yaş arasında olmak.
2. Tanı Kriterleri: DSM-5 kriterlerine göre "Otizm Spektrum Bozukluğu" tanısı almış olmak.
3. Tanı almış herhangi bir metabolik/immünolojik hastalık ve/veya genetik bozukluğa sahip olmamak
4. Major fiziksel/nörolojik hastalığın olmaması (epilepsi, az görme vb.)
5. Bilişsel gelişmede gecikme, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı dışında eşlik eden psikiyatrik bozukluk olmaması
6. Aileleriyle birlikte yaşayan çocuklar olmak.

7. Ebeveynler tarafından çalışmaya katılmaları için verilen yazılı onamın bulunması.
8. Hali hazırda devam eden özel eğitim ve rehabilitasyon uygulaması dışında spesifik bir terapi uygulamasına katılmıyor olmak,

Çocukların Dışlama Ölçütleri:

1. Yaş aralığının 2-6 olmaması
2. Tanı Kriterleri: DSM-5 kriterlerine göre "Otizm Spektrum Bozukluğu" tanısı almış olmamak.
3. Tanı almış herhangi bir metabolik/immünolojik hastalık ve/veya genetik bozukluğa sahip olmak
4. Major fiziksel/nörolojik hastalığın olması (epilepsi, az görme vb.)
5. Bilişsel gelişmede gecikme, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı dışında eşlik eden psikiyatrik bozukluk olması
6. Erzurum dışında ikamet etmek.
7. Aileleriyle birlikte yaşamayan çocuklar
8. Ebeveynler tarafından çalışmaya katılmaları için verilen yazılı onamın bulunmaması.

3.5. Uygulama

Katılımcılar, Atatürk Üniversitesi Çocuk Psikiyatri Polikliniğine başvuran ve 2–6 yaş aralığında olan OSB tanısı konmuş toplam 60 çocuğun ebeveyni ile gerçekleştirilmiştir. Katılımcılar rastgele atama yöntemiyle iki gruba ayrılmıştır. Deney grubundaki 30 ebeveyne PPEYP uygulanırken, kontrol grubundaki 30 ebeveyne yapılandırılmamış bir psikoeğitim verilmiştir. Katılımcılara, hangi gruba atandıkları bilgisi verilmemiş, yalnızca bir eğitim sürecine katılacakları belirtilmiştir. Hangi gruba hangi eğitimin uygulandığı araştırmacının bilgisi dâhilinde gerçekleştirilmiştir. Bu nedenle çalışma, tek merkezli, tek kör, randomize kontrollü bir olgu-kontrol çalışması olarak tasarlanmıştır.

PPEYP uygulanan grup, yaklaşık 2,5 saat süren toplam 9 oturuma katılmıştır. Katılım durumuna göre mesai içi ve hafta sonu olmak üzere iki ayrı grupta eğitimler gerçekleştirilmiştir. Program süresince Parents Plus Kalite Protokolü'ne uygun şekilde her oturum sonrası katılımcılardan geri bildirim alınmıştır. Kontrol grubuna ise benzer şekilde haftada bir kez olmak üzere 9 hafta boyunca genel ebeveynlik bilgileri içeren, yapılandırılmamış bir psikoeğitim sunulmuştur. Bu oturumlarda belirli bir içerik takip edilmemiştir.

Her iki gruba da araştırma öncesinde sosyodemografik veri formu uygulanmıştır. OSB semptomlarını değerlendirmek amacıyla Otizm Davranış Kontrol Listesi (ODKL), OSB şiddetini belirlemek amacıyla klinisyen tarafından Çocukluk Otizmi Derecelendirme Ölçeği kullanılmıştır. Ayrıca çocukların davranış problemlerini değerlendirmek üzere Sorunlu Davranış Kontrol Listesi (SDKL) ve Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA) uygulanmıştır.

Ebeveynlerin tükenmişlik düzeyi Maslach Tükenmişlik Ölçeği ile, depresyon düzeyi Beck Depresyon Ölçeği ile, anksiyete düzeyi ise Beck Anksiyete Ölçeği ile değerlendirilmiştir. Ayrıca ebeveynlerin yaşam kalitesi Otizmde Yaşam Kalitesi Anketi ile, ebeveynlik tutumları ve aile uyumu Ebeveynlik ve Aile Uyum Ölçeği ile değerlendirilmiştir. Ebeveyn-çocuk ilişkisine dair veriler ise Çocuk-Anababa İlişki Ölçeği ile toplanmıştır.

3.6. Gereçler

3.6.1. Sosyodemografik Veri Formu

Katılımcı bilgileri, kişisel ve eğitimsel geçmiş, ailenin yapısı ve sosyoekonomik seviyesi (ebeveynlerin ilişki durumu, kardeşlerin varlığı, finansal koşullar, tütün kullanımı); gebelik ve doğum öyküsü (gebelikte yaşanan herhangi bir sağlık veya psikolojik sorun, ilaç tedavisi, doğum zamanı, yenidoğanın kuvöz deneyimi); erken çocukluk dönemine ait gelişimsel detaylar (ilk motor beceriler, yürüme ve konuşma zamanları, regresyon olup olmadığı); ailedeki psikiyatrik

rahatsızlıkların geçmişi, kronik sağlık problemleri, psikiyatrik medikasyon kullanımını içerir.

3.6.2. Çocukluk Otizmi Derecelendirme Ölçeği (The Childhood Autism Rating Scale-CARS)

CARS, ilk olarak 1980 yılında Schopler ve ekip arkadaşları tarafından, özellikle çocuklarda otizmle ilişkili olmayan eğitilebilir zihinsel yetersizlik durumlarının otizm belirtileriyle ayrımının yapılabilmesi için oluşturulmuş bir değerlendirme aracıdır (169). Dünya genelinde birçok yerde otizmin ayırıcı tanısı ve taranmasında kullanılan bu araç, otizmin derecelerini hafif, orta ve ağır olmak üzere ayırt eden güvenilir ve geçerli bir değerlendirme aracıdır. 'İnsanlarla İlişki', 'Taklit Becerileri', 'Emosyonel Tepkiler', 'Vücut Kullanımı', 'Nesne Kullanımı', 'Yeniliklere Adaptasyon', 'Görsel Algılama', 'İşitsel Tepkileri', 'Tat, Koku ve Dokunma Tepkileri ve Kullanımı', 'Korku/Ürkeklik', 'Sözel İletişim', 'Sözel Olmayan İletişim', 'Etkinlik Düzeyi', 'Entelektüel Yanıtın Seviyesi ve Uygunluğu' ve en son davranışları otizm tanısı açısından genel olarak değerlendiren 'Genel İzlenimler' olmak üzere çeşitli alt başlıklardan meydana gelir. Her bir madde için çocuğun davranışları 1'den 4'e kadar olan yarım puanlarla değerlendirilir; burada 1 normal davranışları, 4 ise normalden sapma gösteren davranışları temsil eder. Toplam puanlar 15 ile 60 arasında değişir, bu da 15-29,5 arası puan alan çocukların otizm belirtisi taşımadığını, 30-36,5 arası puan alanların klinik olarak 'hafif-orta' düzeyde otizm, 37-60 arası puan alanların ise 'ağır' otizm gösterdiğini ifade eder. CARS'ın Türkçeye adaptasyonu ilk olarak 1996'da Sucuoğlu ve diğerleri tarafından yapılmış, ardından 2016'da Gassaloğlu, Baykara ve diğerleri tarafından geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılarak otizm tanısı için kesme puanı 29,5 olarak belirlenmiştir (178,179).

3.6.3. Otizm Davranış Değerlendirme Kontrol Listesi (ODKL)

Bu değerlendirme aracı, ağırlıklı olarak şiddetli problemler sergileyen okul öncesi ve okul çağındaki çocuklarda otizm spektrum bozukluğu işaretlerini saptamak amacıyla kullanılmakta, ayrıca 3 yaş altındaki bebeklerde de tanısal bir araç olarak

yararlı olduğu belirlenmiştir. 'Algısal Farkındalık', 'Sosyal Uyum', 'Fiziksel ve Nesne İlişkisi', 'Konuşma ve Dil Yetileri', 'Kişisel Bakım ve Rutinler' başlıklarını içeren beş bölümlü ve toplamda 57 sorudan oluşan bu araç, çocuğun davranışlarını iyi gözlemleyen bir ebeveyn ya da eğitimci tarafından doldurulmalıdır. Toplamda, bu beş alt kategoriden elde edilen skorlar toplandığında, sıfır ile yüz elli dokuz arasında bir genel puan elde edilmekte; bu puan çocuğun durumuna dair önemli bilgiler sunmaktadır. Bu ölçüm aracının Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenirliği, Yılmaz-Irmak ve ekibi (2007) tarafından yapılmış olup, Türkçe form için belirlenen eşik değer 39'dur (171).

3.6.4. Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA)

1997'de Robert Goodman tarafından geliştirilen Güçler ve Güçlükler Anketi (Strengths and Difficulties Questionnaire - SDQ), şu an itibarıyla 40'dan fazla dilde mevcuttur (172). Bu değerlendirme aracı, 4-16 yaş arası çocukların velileri ve öğretmenleri için ayrıca 11-16 yaşındaki ergenler için kendilerinin yanıtlaması üzere tasarlanmış formları içermektedir. Anket, çocuk ve ergenlerdeki olumlu ve potansiyel olumsuz davranış özelliklerini ele alır ve toplamda beş farklı alt kategoride düzenlenmiş 25 madde içerir: davranış sorunları, dikkat dağınıklığı ve hiperaktivite, duygusal zorluklar, akran ilişkileri ve sosyal beceriler. İlk dört alt kategori bir araya getirilerek 'genel sorun skoru' hesaplanırken, yüksek puanlar genellikle sosyal beceriler dışındaki alanlarda zorlukların göstergesi olarak kabul edilir. SDQ'nin kapsamlı versiyonu, bireyin psikiyatrik semptomlarını ve bu semptomların yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini sorgulayan ek maddeleri de barındırır. Anketin Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirliği ise Güvenir ve takımı tarafından yürütülmüştür (173).

3.6.5. Sorunlu Davranışlar Kontrol Listesi (SDKL)

Bu ölçek, Aman ve arkadaşları tarafından gelişimsel yetersizliği olan bireylerde uyumsuz davranışları ve bu davranışlardaki değişikliği değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir (174).Otizmli çocuklarda görülen davranış problemlerini değerlendirmekte kullanılan 46 maddeli bu ölçekte her madde 0-3 arasında Likert

derecelendirilmesi ile puanlandırılmaktadır. Ölçek aşırı hareketlilik (15 madde), atalet (18 madde), stereotipi (6 madde), zarar veren davranışlar (3 madde) ve diğer davranışlar (4 madde) olmak üzere beş belirti kümesinde gruplandırılmıştır. Türkçeye geçerlik güvenirlik çalışması Sucuoğlu (2003) ve Karabekiroğlu ve Aman (2009) tarafından yapılmıştır yapılmıştır (184,185).

3.6.6. Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Maslach ve Jackson (1981) tarafından geliştirilen Maslach Tükenmişlik Ölçeği (Maslach Burnout Inventory- MBI), zihinsel engelli çocukların annelerinde tükenmişlik düzeyini değerlendirmek için kullanılmıştır (176). Bu ölçek, toplamda 22 maddeden oluşmakta ve tükenmişliği üç boyutta değerlendirmektedir. Duygusal tükenmişlik boyutunda 9 madde yer almaktadır ve bireyin işle ilişkili duygusal aşınma ve yorgunluk düzeyini ölçer. Kişisel başarı boyutunda 8 madde bulunur ve bireyin işteki başarı hissi ve etkinliğini değerlendirir duyarsızlaşma boyutunda ise 5 madde yer almakta ve bireyin işle ilgili duygusal mesafesini ve soğukluğunu ölçmektedir. Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nde puanlama, her alt ölçek için ayrı ayrı yapılır. Alt ölçek puanları, her madde için "hiçbir zaman" (0 puan) ve "her zaman" (6 puan) olacak şekilde değerlendirilir. Ölçeğin Duygusal Tükenmişlik ve Duyarsızlaşma alt ölçeklerinden yüksek puan alınması ve Kişisel Başarı alt ölçeğinden düşük puan alınması tükenmişlik olarak kabul edilir. Bu durumlar, yüksek düzeyde tükenmişliği gösterirken; Duygusal Tükenmişlik ve Duyarsızlaşma alt ölçeklerinden alınan düşük puanlar ile Kişisel Başarı alt ölçeğinden alınan yüksek puanlar düşük düzeyde tükenmişliği gösterir. Her üç alt ölçekten alınan ortalama puanlar ise orta düzeyde tükenmişliği gösterir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Ergin tarafından yapılmıştır (177).

3.6.7. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Aaron Beck 1961 yılında depresyon riskini ve düzeyini ölçmek için tasarlanan ve o zamandan beri en yaygın kullanılan depresyon ölçütlerinden biri haline gelen 21 maddelik bir değerlendirme ölçeğini geliştirmiş ve bu araştırma kapsamında BDÖ ölçeği ele alınmıştır (178). Türkçeye uyarlanması Hisli (1989) tarafından

gerçekleştirilen depresif belirtilerin sorgulandığı 21 maddeli ölçeğin asıl amacı kişinin "bugün ve son bir hafta içinde kendini nasıl hissettiğini en iyi tanımlayan cümleyi" belirtmesi istenmektedir. BDÖ skorlarının 17 ve üzeri olması, erişkinler üzerinde depresyon riski olduğunu göstermektedir. Ölçeğin 13 yaşın üzerindeki insanlar için tasarlanmış olduğu belirtilmiştir. Ölçek yaklaşık 10 dakika sürede tamamlanmaktadır (179). Depresyon ölçeğinin sonucunda, depresyon varsa belirtilerini ve düzeylerini gösterir. BDÖ'yü puanlamak üzere her dört maddelik cümle gruplarında işaretlenen sayıların hepsi toplanmaktadır. Alınan puanlar doğrultusunda en alt sınırı 0 – 9 puan aralığı, bir üst düzey hafif olarak değerlendirilir ve 10 – 16 puan arasını kapsar, orta düzey 17 – 29 puan arası en üst düzey ise 30 – 63 puan arası olarak tanımlanmıştır.

3.6.8. Beck Anksiyete Ölçeği

1990 yılında Aaron T. Beck tarafından geliştirilen bu ölçek, kişilerin kaygı seviyelerini değerlendirmek üzere tasarlanmıştır ve toplam 21 sorudan oluşmaktadır (180). Beck Anksiyete Ölçeği'nde, her bir yanıta verilen puanlar; 'hiç' durumu için 0. 'ara sıra' için 1, 'çoğu zaman' için 2 ve 'genellikle' için 3 olarak belirlenmiştir. Ölçekten elde edilen toplam puan, bireyin mevcut anksiyete seviyesinin yoğunluğuna işaret eder. Türkiye'de bu ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik analizi, 1998 yılında Ulusoy ve meslektaşları tarafından yapılmıştır (181).

3.6.9. Otizmde Yaşam Kalitesi Anketi-Ebeveyn Sürümü (OYKAES)

2014 yılında Eapen ve ekibi tarafından oluşturulan bu değerlendirme aracı, OSB teşhisi konmuş 2-18 yaş aralığındaki çocukların ebeveynlerinin yaşam kalitesini değerlendirmek için kullanılır (182).Beş dereceli likert tipi skala ile puanlanan bu ölçek, iki ana bölümden ve ek bir yaşam tatmini derecelendirmesinden meydana gelir. İlk bölüm, A bölümü, ebeveynlerin geçen dört hafta içindeki yaşam kalitesi deneyimlerine odaklanan 28 maddeyi içerir. İkinci bölüm, B bölümü, ebeveynin OSB semptomlarının kişisel etkisini değerlendiren ve bu semptomların ne derece sorun oluşturduğunu soran 20 maddeden oluşur. Yaşam memnuniyeti ölçümünde, ebeveynler 0'dan 10'a kadar bir skalada ne kadar memnun olduklarını belirtirler, burada 0 en düşük, 10 en yüksek memnuniyeti temsil eder. Ölçekten alınan yüksek

skorlar, ebeveynlerin çocuklarının OSB ilişkili davranışlarından daha az etkilendiğini belirtir. Ölçeğin toplam puan aralığı 48 ile 240 arasındadır, fakat bölümlerin tekil olarak da değerlendirilmesi önerilir. Bu aracın Türkçe sürümünün doğruluk ve dayanıklılığı, 2016'da Gürbüz ve çalışma arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir (183).

3.6.10. Ebeveynlik ve Aile Uyum Ölçeği (Parenting and Family Adjustment Scale (PAFAS)

Sanders ve arkadaşları tarafından, anne babalık tutumlarını geliştirmek için yapılan anne babalık eğitimleri sonucunda, anne babalık becerilerindeki değişimi değerlendirmede kullanılabilecek kısa bir ölçek olarak tasarlanmıştır (184).PAFAS Türkçe Formu, 2-12 yaş arasında çocuk sahibi olan anne babalarda, anne babalık tutumları (Anne babalık Ölçeği) ile anne baba ve aile uyumunu (Aile Uyum Ölçeği) ölçen iki alt ölçekten oluşan 30 maddeli bir ölçektir. Anne babalık ve Aile Uyum Ölçeğinin Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenirlilik analizi Barış GÜLLER ve meslektaşları tarafından yapılmıştır (185). Anne babalık alt ölçeği anne baba tutarlılığı (beş madde), zorlayıcı anne babalık (beş madde), olumlu cesaretlendirme (üç madde), anne baba-çocuk ilişkisi (beş madde) değerlendirir. Aile Uyumu Alt Ölçeği anne babalık duygusal uyumu (beş madde), aile ilişkileri (dört madde), anne baba ekip çalışması (üç madde) alanlarını değerlendirir.

3.6.11. Çocuk-Anababa İlişki Ölçeği

Robert C. Pianta'nın 1992'de geliştirdiği bu değerlendirme aracı, başlangıçta ebeveyn ve çocuklar arasındaki ilişki seviyelerini değerlendirmek için üç kategoriden oluşan 30 madde içeriyordu (186). Ancak, Akgün ve Yeşilyaprak (2010) tarafından Türkçe'ye uyarlanırken, ölçek 24 maddeli ve çatışma ile olumlu etkileşim olmak üzere iki ana temaya indirgenmiştir (187). Ölçek, çocuk-ebeveyn ilişkilerini analiz ederken olumlu etkileşimleri tanımlayan 10 madde ve çatışmayı belirleyen 14 madde barındırır. Maddeler, çocukluktan ergenliğe uzanan dönemdeki ebeveyn-çocuk ilişkilerini değerlendirir. Ölçekte pozitif ilişkileri gösteren maddeler (1, 3, 5, 8, 10, 13, 16, 20, 29 ve 30) tersine çevrilmektedir. Beşli likert ölçeğine göre düzenlenen her bir

ifade, 'Kesinlikle Katılmıyorum' ile 'Kesinlikle Katılıyorum' arasında değişir. En düşük alınabilecek puan 24, en yüksek ise 120'dir. Ölçeğin yüksek toplam puanları, ebeveyn ve çocuk arasındaki ilişkinin olumsuz yönlerini; düşük puanlar ise olumlu yönleri temsil eder. Türkçe versiyonunun güvenirliği ve geçerliliği Akgün ve Yeşilyaprak tarafından onaylanmış, çatışma boyutu için .98, olumlu ilişki boyutu için .96 ve toplam için .96 test-tekrar test güvenirliği belirlenmiştir. İç tutarlılık değerleri, Cronbach alfa, sırasıyla çatışma için .85, olumlu ilişki için .73 ve genel puan için .73 olarak hesaplanmıştır. Araştırmada, çatışma boyutu için .85, olumlu ilişki için .57 ve genel puan için .85 iç tutarlılık katsayısı elde edilmiş; olumlu ilişki ile çatışma arasında düşük bir korelasyon (.058), toplam puan ile çatışma arasında yüksek bir korelasyon (.850) ve toplam puan ile olumlu ilişki arasında düşük seviye bir korelasyon (.574) tespit edilmiştir.

3.7. İstatistiksel Değerlendirme

Çalışmadan elde edilen veriler SPSS 24.0 paket programı ile analiz edilmiştir. Her iki gruptaki katılımcılar, program öncesinde ve sonrasında belirlenen ölçekleri doldurmuştur. Kategorik veriler frekans ve yüzde kullanılarak analiz edilmiş; sürekli veriler ise ortalama ve standart sapma değerleri ile değerlendirilmiştir. Kategorik değişkenlerin analizinde Pearson’s chi-square testi kullanılmıştır. Sürekli değişkenlerin analizinde ise dağılım özelliklerine göre uygun testler seçilmiştir. Normal dağılım gösteren veriler için parametrik testlerden “Bağımsız Örneklem T Testi”, normal dağılım göstermeyen veriler için ise non-parametrik testlerden “Mann-Whitney U Testi” uygulanmıştır. Tüm analizler %95 güven aralığında yapılmış, $p<0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Elde edilen bulgular tablolar ve grafiklerle sunularak yorumlanmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmaya katılmayı kabul eden 30 çocuk ve ebeveyninden ikisi 2. oturumdan, biri 3. oturumdan, diğer ikisi ise 5. oturumdan itibaren sürece devam etmediği için değerlendirme dışı bırakılmıştır. Bu nedenle, PPEYP grubunu tamamlayan katılımcı sayısı 25 olarak belirlenmiştir. Kontrol grubunda ise herhangi bir kayıp yaşanmamış, toplam 30 çocuk ve ebeveyni çalışmaya dahil edilmiştir. Sonuç olarak, değerlendirmeye alınan toplam katılımcı sayısı 55'tir. Grupların tanımlayıcı özellikleri aşağıda sunulmuştur.

4.1.1. Çocuklara İlişkin Tanımlayıcı Özellikler

Çalışmadaki çocukların %23,6'sı kız, %76,4'ü erkektir. Cinsiyet dağılımı açısından PPEYP ve kontrol grupları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p = 0.341$). Yaş ortalamaları değerlendirildiğinde, PPEYP grubundaki çocukların yaş ortalaması 53,12 ± 16,63 ay, kontrol grubundaki çocukların yaş ortalaması ise 54,13 ± 14,32 ay olarak bulunmuştur. Gruplar arasında yaş değişkeni açısından da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($p = 0.809$). Çocukların kardeş sayısı değerlendirildiğinde, PPEYP grubunun kardeş sayısı ortalaması 2,04 ± 1,17, kontrol grubunun ise 2,20 ± 1,09 olarak bulunmuştur. Gruplar arasında kardeş sayısı açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p = 0.603$). Kaçıncı çocuk olduklarına ilişkin dağılım incelendiğinde, PPEYP grubundaki çocukların %56'sının birinci çocuk, %8'inin ikinci çocuk, %24'ünün üçüncü çocuk ve %12'sinin dördüncü çocuk olduğu görülmektedir. Kontrol grubunun ise %36,7'si birinci çocukken, %43,3'ü ikinci, %10'si üçüncü, %3,3'ü dördüncü çocuk %6,7'si beşinci çocuk olarak yer almaktadır. Doğum sırası açısından gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p = 0.009$). Çocukların doğum şekli incelendiğinde, toplam örneklemde çocukların %41,8'i normal, %58,2'si sezaryen doğumla dünyaya gelmiştir. Doğum şekli açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p = 0.178$). Gebelik durumları incelendiğinde, PPEYP grubunda gebeliklerin %44,0'ının planlı, %36,0'ının plansız ancak istenen, %20,0'sinin ise plansız ve istenmeyen olduğu

görülmüştür. Kontrol grubunda ise gebeliklerin %80,0'ı planlı, %13,3'ü plansız/istenen ve %6,7'si plansız/istenmeyen olarak bildirilmiştir. Toplamda gebeliklerin %63,6'sı planlı, %23,6'sı plansız/istenen, %12,7'si ise plansız/istenmeyen niteliktedir. Gruplar arasında gebelik planlılığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (p = 0.021). Hamilelik sürecinde sorun yaşama durumları değerlendirildiğinde, PPEYP grubundaki gebeliklerin %40,0'ında sorun yaşandığı, %60.0'ında ise herhangi bir sorun bulunmadığı belirlenmiştir. Kontrol grubunda ise gebeliklerin yalnızca %13,3'ünde sorun yaşandığı, %86,7'sinde sorun olmadığı saptanmıştır. Hamilelikte sorun yaşama durumu açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur (p = 0.032). Gruplar arasında doğumda tıbbi sorun yaşama (p=0.609) ve doğum sonrası komplikasyon varlığı (p=0.082) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Ayrıca iki grup arasında anne sütü ile beslenme süresi(p=0.168) ve ek gıdaya başlama zamanı (p=0.311) açısından da istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Tablo 3. Çocuklara İlişkin Tanımlayıcı Özellikler

		PPEYP Grubu n=25		**Kontrol Grubu** n=30		**Genel** n=55		**p**
Değişken	**Grup**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
Cinsiyet								
	Kız	4	16	9	30	13	23.60	***0.341[a]***
	Erkek	21	84	21	70	42	76.40	
Kaçıncı Çocuk								
	1.	14	56	11	36.70	25	45.50	
	2.	2	8	13	43.30	15	27.30	***0.009[a]***
	3.	6	24	3	10	9	16.40	
	4.	3	12	1	3.30	4	7.30	
	5.	0	0	2	6.70	2	3.60	
Doğum Şekli								
	Normal	8	32	15	50	23	41.80	***0.178[c]***
	Sezaryen	17	68	15	50	32	58.20	
Doğumda Tıbbi Sorun								
	Var	10	40	10	33.30	20	36.40	***0.609[c]***
	Yok	15	60	20	66.70	35	63.60	

Tablo 3. (Devamı)

Doğumda Komplikasyon							***0.082[c]***
Var	6	24.0	14	46.70	20	36.40	
Yok	19	76.0	16	53.30	35	63.60	
Gebelik Durumu							
Planlı	11	44	24	80	35	63.60	***0.021[a]***
Plansız İstenen	9	36	4	13.30	13	23.60	
Plansız İstenmeyen	5	20	2	6.70	7	12.70	
Hamilelikte Sorun							
Var	10	40	4	13.30	14	25.50	***0.032[a]***
Yok	15	60	26	86.70	41	74.50	
	Ort. ± SS		**Ort. ± SS**				
Kardeş Sayısı							
	2.04 ± 1.17		2.20 ± 1.09				***0.603[b]***
Yaş							
	53.12 ± 16.63		54.13 ± 14.32				***0.809[b]***
Anne Sütü							
	16.75 ± 9.10		12.93 ± 10.62				***0.168[b]***
Ek Gıda							
	6.16 ± 2.85		5.50 ± 1.90				***0.311[b]***
Yürüme Ayı							
	16.24 ± 8.67		16.60 ± 6.59				***0.379[d]***

a. Fisher's Exact Test b. Bağımsız T Testi c. Pearson Chi-Square Test d. Mann-Whitney U

PPEYP grubundaki çocukların ilk başvuru yaşı ortalama 22,68 ± 8,07 ay, kontrol grubundaki çocukların ise 29,33 ± 8,88 ay olarak bulunmuştur. Gruplar karşılaştırıldığında, PPEYP grubunun kontrol grubuna kıyasla anlamlı derecede daha erken yaşta başvurduğu görülmektedir (p = 0.006). PPEYP grubundaki çocukların ortalama tanı yaşı 30.00 ± 9,64 ay, kontrol grubundakilerin ise 34,8 ± 10,68 ay olarak bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p = 0.089). PPEYP grubundaki çocukların %20'sinde konuşma olmadığı, %44'ünün kelime düzeyinde, %20'sinin iki kelimelik cümle, %12'sinin üç kelimelik cümle, %4'ünün ise yaşıtları düzeyinde konuşma becerisine sahip olduğu görülmektedir. Kontrol grubunda ise çocukların %26,7'sinde konuşma yokken, %46,7'sinin kelime düzeyinde, %23,3'ünün iki kelimelik cümle, %3,3'ünün üç kelimelik cümle düzeyinde ve %0,6'sının yaşıtları düzeyinde konuşma becerisine sahip olduğu belirlenmiştir.

Yapılan istatistiksel analiz sonucunda gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0.651). Gruplar arasında çocukların yürüme ayı ortalaması (p = 0.379), tuvalet eğitimi (p= 0.729) ve ameliyat öyküsü (p= 0.947) sonucunda iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Ayrıca gruplar arasında kreş ya da anaokuluna gitme durumları (p = 0.770), özel eğitim alma süreleri (p = 0.638) ve haftalık özel eğitim alma saatleri (p = 0.248) açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Tablo 4. PPEYP ve Kontrol Grubunda Yer Alan Çocukların Tanı ve Eğitim Özellikleri

	PPEYP Grubu n=25		**Kontrol Grubu** n=30		**Genel** n=55		**p**
Değişken Grup	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
Konuşma Düzeyi							
Yok	5	20	8	26.70	13	23.60	***0.651[a]***
Kelime Düzeyinde	11	44	14	46.70	25	45.50	
2 Kelimelik Cümle	5	20	7	23.30	12	21.80	
3 Kelimelik Cümle	3	12	1	3.30	4	7.30	
Yaşıtları Düzeyinde	1	4	0	0	1	1.80	
Tuvalet Eğitimi							
Var	12	48	13	43.30	25	45.50	***0.729[c]***
Yok	13	52	17	56.70	30	54.50	
Ameliyat Öyküsü							
Var	4	16	5	16.70	9	16.4	***0.947[a]***
Yok	21	84	25	83.30	46	83.60	
Kreş/Anaokulu							
Gitmiyor	10	40	11	36.70	21	38.20	***0.770[a]***
Önceden Gitmiş	5	20	4	13.30	9	16.40	
Gidiyor	10	40	15	50	25	45.50	
	Ort. ± SS		**Ort. ± SS**				
Özel Eğitim Süresi							
	20.20 ± 14.61		18.41 ± 12.71				***0.638[b]***
Özel Eğitim Saati							
	4.96 ± 1.90		4.37 ± 1.73				***0.248[d]***
Tanı Ayı							
	30 ± 9.64		34.80 ± 10.68				***0.089[b]***
İlk Başvuru							
	22.68 ± 8.07		29.33 ± 8.88				***0.006[b]***

a. Fisher's Exact Test b. Bağımsız T Testi c. Pearson Chi-Square Test d. Mann-Whitney U

PPEYP grubundaki çocukların %48'inde herhangi bir ek tanı bulunmazken, %44'ünde DEHB, %8'inde bilişsel gelişmede gecikme (BGG) saptanmıştır. PPEYP grubunda DEHB ve BGG birlikte gözlenmemiştir. Kontrol grubunda ise çocukların %53,3'ünde komorbidite bulunmazken, %33,3'ünde DEHB, %10'unda BGG ve %3,3'ünde hem DEHB hem de BGG birlikte görülmüştür. Her iki grup karşılaştırıldığında, komorbidite varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p = 0.958). PPEYP grubunda çocukların %20'sinin ilaç kullandığı, %80'inin ilaç kullanmadığı saptanmıştır. Kontrol grubunda ise çocukların %16,7'sinin ilaç kullandığı, %83,3'ünün ilaç kullanmadığı görülmüştür. Gruplar arasında ilaç kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,750).

Tablo 5. PPEYP ve Kontrol Grubunda Yer Alan Çocukların Komorbid Hastalıkları ve İlaç Kullanımı

		PPEYP Grubu n=25		**Kontrol Grubu** n=30		**Genel** n=55		**p**
Değişken	**Grup**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
Toplam Komorbidite								
	Yok	12	48	16	53.30	28	50.90	***0.958[a]***
	DEHB	11	44	10	33.30	21	38.20	
	BGG	2	8	3	10	5	9.10	
	DEHB+ BGG	0	0	1	3.30	1	1.80	
İlaç Kullanımı								
	Var	5	20	5	16.70	10	18.20	***0.750[a]***
	Yok	20	80	25	83.30	45	81.80	

a Fisher's Exact Test b. Bağımsız T Testi c. Pearson Chi-Square Test

PPEYP grubunda çocukların %60'ı hafif, %40'ı orta düzey OSB şiddetine sahiptir. Kontrol grubunda ise %53,3'ü hafif, %46,7'si orta düzeydedir. Genel toplamda çocukların %56,4'ü hafif, %43,6'sı orta düzey OSB şiddeti göstermektedir. Gruplar arasında klinik şiddet düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p = 0.620).

Tablo 6. PPEYP ve Kontrol Grubunda Yer Alan Çocukların OSB Klinik Şiddeti

		PPEYP Grubu n=25		Kontrol Grubu n=30		Genel n=55		p
Değişken	**Grup**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
OSB Klinik Şiddeti								
	Hafif	15	60	16	53.30	31	56.40	***0.620[c]***
	Orta	10	40	14	46.70	24	43.60	

a. Fisher's Exact Test b. Bağımsız T Testi c. Pearson Chi-Square Test

4.1.2. Anneye İlişkin Tanımlayıcı Özellikler

Çalışmaya dahil edilen annelerin yaş ortalamaları incelendiğinde, PPEYP grubundaki annelerin yaş ortalaması 34,36 ± 5,73 yıl, kontrol grubundaki annelerin yaş ortalaması ise 35,20 ± 7,28 yıl olarak bulunmuştur. Gruplar arasında anne yaşı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p = 0.642). Annelerin eğitim düzeyleri incelendiğinde, PPEYP grubunda %76,0 üniversite, %20,0 lise, %4,0 ortaokul mezunu olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunda ise %23,3 üniversite, %26,7 lise, %26,7 ortaokul ve %23,3 ilkokul mezunudur. İki grup karşılaştırıldığında annelerin eğitim düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur (p <0.001) Annelerin meslek durumları incelendiğinde, PPEYP grubunda annelerin %60.0'ının ev hanımı, %40.0'ının çalıştığı belirlenmiştir. Kontrol grubunda ise %86,7'si ev hanımı, %13,3'ü çalışmaktadır. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda annelerin meslek durumu açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur (p = 0.032).

Annelerin psikiyatrik hastalık öyküsü incelendiğinde, genel toplamda annelerin %89,1'inde psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmazken, %10,9'unda bulunmaktadır. Gruplar karşılaştırıldığında, anne psikiyatrik hastalık öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p = 0.394). Annelerin tıbbi hastalık öyküsü incelendiğinde, genel toplamda annelerin %90,9'unda tıbbi hastalık bulunmazken, %9,1'inde en az bir tıbbi hastalık öyküsü olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda, gruplar arasında anne tıbbi hastalık öyküsü açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p = 0.165). Annelerin sigara kullanma durumları incelendiğinde, genel toplamda annelerin %72,7'sinde sigara kullanımı olmadığı, %27,3'ünde ise sigara kullanımı bulunduğu görülmüştür. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda, gruplar arasında anne sigara kullanımı açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p = 0.472).

Tablo 7. Anneye İlişkin Tanımlayıcı Özellikler

		PPEYP Grubu n=25		Kontrol Grubu n=30		Genel n=55		*p*
Değişken	**Grup**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
Eğitim								
	İlkokul	0	0	7	23.30	7	12.70	***0.000[a]***
	Ortaokul	1	4	8	26.70	9	16.40	
	Lise	5	20	8	26.70	13	23.60	
	Üniversite	19	76	7	23.30	26	47.30	
Meslek								
	Ev Hanımı	15	60	26	86.70	41	74.50	***0.032[a]***
	Çalışıyor	10	40	4	13.30	14	25.50	
Psikiyatrik Hastalık								
	Var	4	16	2	6.70	6	10.90	***0.394[a]***
	Yok	21	84	28	93.30	49	89.10	
Tıbbi Hastalık								
	Var	4	16	1	3.30	5	9.10	***0.165[a]***
	Yok	21	84	29	96.70	50	90.90	
Sigara Kullanımı								
	Var	8	32	7	23.30	15	27.30	***0.472[c]***
	Yok	17	68	23	76.70	40	72.70	
		Ort. ± SS		**Ort. ± SS**				
Anne Yaşı								
		34.36 ± 5.73		35.20 ± 7.28				***0.642[b]***

a. Fisher's Exact Test b. Bağımsız T Testi c. Pearson Chi-Square Test

4.1.3. Babaya İlişkin Tanımlayıcı Özellikler

Çalışmaya katılan babaların yaş ortalamaları değerlendirildiğinde, PPEYP grubundaki babaların yaş ortalaması 38,72 ± 6,37 yıl, kontrol grubundaki babaların yaş ortalaması ise 38,50 ± 6,82 yıl olarak bulunmuştur. Gruplar arasında baba yaşı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p = 0.903). Babaların eğitim düzeyleri incelendiğinde, PPEYP grubundaki babaların %64'ünün üniversite, %32'sinin lise, %4'ünün ise ortaokul mezunu olduğu görülmüştür. Kontrol grubunda ise babaların %36,7'si üniversite, %43,3'ü lise, %10'u ortaokul ve %10'u ilkokul

mezunudur. Genel toplamda en yüksek oran %49,1 ile üniversite mezunlarıdır. Gruplar arasında baba eğitim düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p = 0.152). Çalışmaya katılan tüm babaların çalıştığı görülmüştür. Her iki grupta da babaların psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmamaktadır. Tıbbi hastalık varlığı PPEYP grubunda %8,0. kontrol grubunda %3,3 olup, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0.585). Sigara kullanım oranı PPEYP grubunda %68, kontrol grubunda %70 olup, iki grup arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p=0.873).

Tablo 8. Babaya İlişkin Tanımlayıcı Özellikler

		PPEYP Grubu n=25		**Kontrol Grubu** n=30		**Genel** n=55		**p**
Değişken	**Grup**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
Eğitim								
	İlkokul	0	0	3	10	3	5.50	***0.152[a]***
	Ortaokul	1	4	3	10	4	7.30	
	Lise	8	32	13	43.30	21	38.20	
	Üniversite	16	64	11	36.70	27	49.10	
Tıbbi Hastalık								
	Var	2	8	1	3.30	3	5.50	***0.585[a]***
	Yok	23	92	29	96.70	52	94.50	
Sigara Kullanımı								
	Var	17	68	21	70	38	69.10	***0.873[c]***
	Yok	8	32	9	30	17	30.90	
		Ort. ± SS		**Ort. ± SS**				
Baba Yaşı								
		38.72 ± 6.37		38.50 ± 6.82				***0.903[b]***

a. Fisher's Exact Test b. Bağımsız T Testi c. Pearson Chi-Square Test

4.1.4. Aileye İlişkin Tanımlayıcı Özellikler

PPEYP grubundaki ailelerin %96'sı çekirdek aile, %4'ü geniş aile iken; kontrol grubunda %93,3'ü çekirdek aile, %6,7'si geniş ailedir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p = 0.665). PPEYP grubundaki ailelerin

%36'sında, kontrol grubundaki ailelerin ise %26,7'sinde psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmaktadır. Ancak iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0.456). PPEYP grubunun %24'ü aile içinde hiç sorun yaşanmadığını, %72'si her ailede olduğu kadar sorun yaşandığını, %4'ü ise çok fazla sorun yaşandığını belirtmiştir. Kontrol grubunda ise %16,7'si hiç sorun yaşanmadığını, %80'i her ailede olduğu kadar sorun yaşandığını, %3,3'ü çok fazla sorun yaşandığını ifade etmiştir. Gruplar arasında anlamlı farklılık yoktur (p=0.756).

Sosyoekonomik düzey açısından değerlendirildiğinde PPEYP grubunda ailelerin %52'si orta gelir, %48'i yüksek gelir düzeyine sahiptir. Kontrol grubunda ise %16,7'si düşük gelir, %53,3'ü orta gelir, %30'u yüksek gelir düzeyindedir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p=0.070).

Tablo 9. Aileye İlişkin Tanımlayıcı Özellikler

		PPEYP Grubu n=25		**Kontrol Grubu** n=30		**Genel** n=55		**p**
Değişken	**Grup**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
Ailede Psikiyatrik Hastalık								
	Var	9	36	8	26.70	17	30.90	***0.456[c]***
	Yok	16	64	22	73.30	38	69.10	
Aile İçi Sorun								
	Hiç	6	24	5	16.70	11	20	
	Her Ailede Olduğu Kadar	18	72	24	80	42	76.40	***0.756[a]***
	Çok	1	4	1	3.30	2	3.60	
Aile Tipi								
	Çekirdek	24	96	28	93.30	52	94.50	***0.665 [c]***
	Geniş	1	4	2	6.70	3	5.50	
Toplam Gelir								
	Düşük	0	0	5	16.70	5	9.10	***0.070[a]***
	Orta	13	52	16	53.30	29	52.70	
	Yüksek	12	48	9	30	21	38.20	

a. Fisher's Exact Test b. Bağımsız T Testi c. Pearson Chi-Square Test

4.2. PPEYP'nin Otizm Spektrum Bozukluğu Belirtilerine Etkisine İlişkin Bulgular

Çalışmada CARS ölçeğine ilişkin ayrıntılı istatistiksel testler Tablo 9'da verilmiştir. Buna göre kontrol ve PPEYP gruplarına göre ayrı ayrı CARS ölçeği için ilk ölçümler ile son ölçümler arasındaki farklar p1 sütununda incelenmiştir. Hem kontrol grubunda hem de PPEYP grubunda CARS puanları açısından ilk ve son ölçümler arasında anlamlı farklılık olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Bu bulgu, her iki grupta da CARS puanlarında anlamlı bir düşüş yaşandığını göstermektedir. İlk ölçüm değerleri bakımından kontrol grubu ile PPEYP grubunun karşılaştırılması p2 sütununda değerlendirilmiştir. Analiz sonucunda, başlangıç ölçümlerinde iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Bu durum, çalışma başında grupların benzer CARS puanlarına sahip olduklarını ortaya koymaktadır. Son ölçüm değerleri bakımından gruplar arası karşılaştırma ise p3 sütununda yapılmıştır. Bulgulara göre her iki grupta da CARS puanları düşmüş olmakla birlikte PPEYP ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Dolayısıyla, her iki grupta da CARS puanlarında anlamlı bir azalma olmasına rağmen, bu azalmanın büyüklüğü açısından gruplar arasında farklılık olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 10. CARS Puanlarına İlişkin İstatistiksel Veriler

		İlk Değerlendirme	Son Değerlendirme	Son D. – İlk D.			
Değişken	**Sınıf**	**Ort. ± SS**	**Ort. ± SS**	**Ort. ± SS**	**p1**	**p2**	**p3**
Kontrol Grubu							
	CARS	37.13 ± 4.10	36.11 ± 3.90	-1.01 ± 0.48	***0.00*** [a]	0.583 [a]	0.604 [a]
PPEYP Grubu							
	CARS	36.44 ± 5.19	35.50 ± 4.86	-0.94 ± 0.56	***0.00*** [a]		

a. T Testi b. Wilcoxon Test c. Mann-Whitney U
(p1). Grup içi ölçüm farkları (p2). Gruplar arası ilk ölçüm farkları (p3).Gruplar arası son ölçüm farkları

4.3. PPEYP'nin ODKL Ölçeği Üzerine Etkisine Dair Bulgular

Çalışmadaki ODKL ölçeğine ilişkin ayrıntılı istatistiksel testler Tablo 11'de verilmiştir. Kontrol ve PPEYP gruplarına göre ayrı ayrı ODKL toplam puanı ve alt ölçekler için ilk ve son ölçümler arasındaki farklar p1 sütununda incelenmiştir. Analizler sonucunda hem kontrol grubunda hem de PPEYP grubunda ODKL toplam puanı ve tüm alt ölçeklerde (duyusal, ilişki, beden-nesne, dil, sosyal) ilk ölçümler ile son ölçümler arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

ODKL ölçeği için ilk ölçüm değerleri bakımından kontrol grubu ile PPEYP grubu arasındaki farklılık p2 sütununda değerlendirilmiştir. İlk ölçüm değerlerinde, ODKL toplam puanı ve tüm alt ölçekler açısından kontrol grubu ile PPEYP grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Bu durum, çalışma başında grupların benzer düzeyde olduklarını ortaya koymaktadır. Son ölçüm değerleri bakımından gruplar arası karşılaştırma ise p3 sütununda incelenmiştir. Uygulama sonrasında da ODKL toplam puanı ve alt ölçekler açısından kontrol ve PPEYP grupları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Bulgular genel olarak PPEYP'nin ODKL toplam puanı ve alt ölçekler üzerinde anlamlı bir etki yaratmadığını ortaya koymaktadır.

Tablo 11. ODKL Puanlarına İlişkin İstatistiksel Veriler

	İlk Değerlendirme	**Son Değerlendirme**	**Son D. – İlk D.**			
Değişken Sınıf	**Ort. ± SS**	**Ort. ± SS**	**Ort. ± SS**	**p1**	**p2**	**p3**
Kontrol Grubu						
ODKL Toplam	67.23 ± 18.14	67.23 ± 17.38	-0.00 ± 4.39	0.999[a]	0.69[a]	0.76[a]
Duyusal	7.97 ± 3.58	8.37 ± 3.99	0.40 ± 1.67	0.201[a]	0.14[a]	0.59[a]
İlişki	16.80 ± 7.02	16.30 ± 6.90	-0.50 ± 2.88	0.350[a]	0.72[a]	0.93[a]
Beden Nesne	15.63 ± 9.47	15.30 ± 8.82	-0.33 ± 3.06	0.556[a]	0.86[a]	0.96[a]
Dil	13.53 ± 5.39	13.50 ± 5.39	-0.03 ± 1.21	0.882[a]	0.41[a]	0.48[a]
Sosyal	13.30 ± 4.87	13.77 ± 5.07	0.46 ± 2.08	0.229[a]	0.87[a]	0.74[a]

Tablo 11. (Devamı)

PPEYP Grubu				
ODKL Toplam	69 ± 15.12	68.56 ± 14.19	-0.44 ± 5.89	0.712[a]
Duyusal	9.52 ± 4.18	8.96 ± 4.10	-0.56 ± 2.18	0.211[a]
İlişki	16.08 ± 7.79	16.44 ± 6.44	0.36 ± 4.49	0.692[a]
Beden Nesne	15.24 ± 7.45	15.40 ± 7.46	0.16 ± 3.97	0.842[a]
Dil	14.64 ± 4.41	14.44 ± 4.32	-0.20 ± 2.25	0.661[a]
Sosyal	13.52 ± 5.66	13.32 ± 4.96	-0.20 ± 4.34	0.820[a]

a. T Testi b. Wilcoxon Test c. Mann-Whitney U
(p1). Grup içi ölçüm farkları (p2). Gruplar arası ilk ölçüm farkları (p3).Gruplar arası son ölçüm farkları

4.4. PPEYP'nin Çocuklarda Davranışsal ve Duygusal Sorunlar Üzerine Etkilerine Dair Bulgular

4.4.1. GGA Puanlarına İlişkin İstatistiksel Veriler

Güçler ve Güçlükler Anketine (GGA) ilişkin veriler, beş alt başlıkta değerlendirilmiştir: (1) duygusal sorunlar, (2) davranış sorunları, (3) dikkat eksikliği ve hiperaktivite, (4) akran ilişkileri sorunları, (5) prososyal davranışlar. Ayrıca, ilk dört alt ölçeğin toplamı toplam güçlük skorunu, etkilenme ile ilgili soruların puanlarının toplamı etki skorunu vermektedir.

GGA için kontrol ve PPEYP gruplarında ilk ve son ölçümler arasındaki farklar p1 sütununda değerlendirilmiştir. Kontrol grubunda ilk ve son ölçümler karşılaştırıldığında, prososyal davranışlar, toplam etki skoru ve dışsallaştırma skorunda anlamlı farklılık bulunmuş, diğer alt ölçeklerde ise anlamlı değişim gözlenmemiştir ($p>0.05$).

PPEYP grubunda ilk ve son ölçümler karşılaştırıldığında, prososyal davranışlar toplam güçlük skoru açısından anlamlı farklılık bulunmuştur. Diğer alt ölçeklerinde anlamlı farklılık saptanmamıştır($p>0.05$)

GGA için kontrol ve PPEYP grubunun ilk ölçüm değerleri arasındaki farklar p2 sütununda değerlendirilmiştir, akran sorunları hariç tüm alt ölçeklerde PPEYP ve

kontrol grupları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p>0.05). Bu sonuç, çalışmanın başlangıcında iki grubun benzer özelliklere sahip olduğunu göstermektedir.

GGA için kontrol ve PPEYP grubunun son ölçüm değerleri arasındaki farklar p3 sütununda değerlendirilmiştir. Analiz sonuçlarına göre, GGA toplam skoru ve İçselleştirme alt skoru açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Bu bulgu, PPEYP grubunun kontrol grubuna kıyasla genel güçlükler ve içselleştirilmiş sorunlarda daha belirgin bir değişim gösterdiğini ortaya koymaktadır. Diğer tüm alt ölçeklerde (duygusal belirtiler, davranış sorunları, dikkat/hiperaktivite, akran sorunları, prososyal davranışlar, etki skoru ve dışsallaştırma skoru) ise iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0.05).

Tablo 12. GGA Puanlarına İlişkin İstatistiksel Veriler

	İlk Değerlendirme	**Son Değerlendirme**	**Son D. – İlk D.**			
Değişken Sınıf	**Ort. ± SS**	**Ort. ± SS**	**Ort. ± SS**	**p1**	**p2**	**p3**
Kontrol Grubu						
Duygusal Belirtiler	3.57 ± 2.19	3.43 ± 1.77	-0.13 ± 2.54	0.776[a]	0.420[a]	0.093[a]
Davranış Sorunları	2.40 ± 1.95	1.87 ± 1.25	-0.53 ± 2.38	0.231[b]	0.154[c]	0.319[c]
Dikkat/Hiperaktivite	6.80 ± 2.10	6.53 ± 1.87	-0.26 ± 2.25	0.523[a]	0.684[a]	0.417[a]
Akran İlişkileri Sorunları	4.80 ± 1.58	4.40 ± 2.02	-0.40 ± 2.26	0.342[a]	**0.042**[a]	0.051[a]
Prososyal Davranışlar	3.77 ± 2.20	5.03 ± 2.02	1.26 ± 2.66	**0.014**[a]	0.172[a]	0.083[a]
Toplam Güçlük Puanı	17.57 ± 5.25	16.23 ± 4.12	-1.33 ± 6.23	0.251[a]	0.088[a]	**0.043**[a]
Etki Skoru	1.90 ± 1.72	2.83 ± 1.20	0.93 ± 1.79	**0.008**[a]	0.252[a]	0.442[a]
İçselleştirme Skoru	8.37 ± 3.24	7.87 ± 2.88	-0.50 ± 3.91	0.490[a]	0.113[a]	**0.020**[a]
Dışsallaştırma Skoru	8.20 ± 3.01	5.83 ± 3.55	-3.36 ± 4.45	**0.000**[a]	0.241[a]	0.068[a]

Tablo 12. (Devamı)

PPEYP Grubu				
Duygusal Belirtiler	3.12 ± 1.81	2.64 ± 1.63	-0.48 ± 1.50	0.123[a]
Davranış Sorunları	1.76 ± 1.12	1.52 ± 1.29	-0.24 ± 1.45	0.417[b]
Dikkat/Hiperaktivite	6.56 ± 2.23	6.04 ± 2.59	-0.52 ± 1.78	0.158[a]
Akran İlişkileri Sorunları	3.88 ± 1.69	3.44 ± 1.41	-0.44 ± 1.19	0.078[a]
Prososyal Davranışlar	4.64 ± 2.46	5.96 ± 1.85	1.32 ± 2.26	**0.008**[a]
Toplam Güçlük Puanı	15.32 ± 4.12	13.64 ± 5.14	-1.68 ± 3.61	**0.029**[a]
Etki Skoru	2.48 ± 1.98	2.52 ± 1.78	0.04 ± 1.71	0.908[a]
İçselleştirme Skoru	7.00 ± 2.98	6.08 ± 2.58	-0.92 ± 2.23	0.051[a]
Dışsallaştırma Skoru	8.32 ± 2.49	7.56 ± 3.25	-0.76 ± 2.40	0.127[a]

a. T Testi b. Wilcoxon Test c. Mann-Whitney U
(p1). Grup içi ölçüm farkları (p2). Gruplar arası ilk ölçüm farkları (p3).Gruplar arası son ölçüm farkları

4.4.2. SDKL Puanlarına İlişkin İstatistiksel Veriler

Sorunlu Davranışlar Kontrol Listesi (SDKL) beş alt boyuttan oluşmaktadır: (1) aşırı hareketlilik, (2) atalet/içe kapanıklık/pasiflik, (3) yinelenen davranışlar, (4) zarar verici davranışlar ve (5) diğer davranışlar. Ölçekten elde edilen puanlar her bir alt boyut için ayrı ayrı değerlendirilmekte, ayrıca tüm alt boyutların toplamı genel sorunlu davranışlar skorunu vermektedir. SDKL için kontrol ve PPEYP grubunun ilk ölçüm değerleri arasındaki farklar p2 sütununda değerlendirilmiştir. Analiz sonuçlarına göre yalnızca atalet/içe kapanıklık/pasiflik alt ölçeğinde iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Diğer tüm alt ölçeklerde (aşırı hareketlilik, yinelenen davranışlar, zarar verici davranışlar, diğer davranışlar) ve toplam puanda ise kontrol ve PPEYP grupları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). SDKL için kontrol ve PPEYP grubunun son ölçüm değerleri arasındaki farklar p3 sütununda değerlendirilmiştir. Analiz sonuçlarına göre yalnızca atalet/içe kapanıklık/pasiflik alt ölçeğinde ve SDKL toplam puanında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Diğer tüm alt ölçeklerde (aşırı hareketlilik, yinelenen

davranışlar, zarar verici davranışlar, diğer davranışlar) ise kontrol ve PPEYP grupları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0.05).

SDKL ölçeği için kontrol ve PPEYP gruplarında ilk ve son ölçümler arasındaki farklar p1 sütununda değerlendirilmiştir. Analiz sonuçlarına göre her iki grupta da tüm alt ölçeklerde (aşırı hareketlilik, atalet/içe kapanıklık/pasiflik, yinelenen davranışlar, zarar verici davranışlar, diğer davranışlar) ve toplam puanda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 13. SDKL Puanlarına İlişkin İstatistiksel Veriler

Değişken	**İlk Değerlendirme**	**Son Değerlendirme**	**Son D.– İlk D.**			
Kontrol Grubu	**Ort. ± SS**	**Ort. ± SS**	**Ort. ± SS**	**p1**	**p2**	**p3**
Aşırı Hareketlilik	18.10 ± 10.01	17.73 ± 6.35	-0.37 ± 9.01	0.825[a]	0.592[a]	0.116[a]
Atalet / İçe kapanıklılık / Pasiflik	19.87 ± 10.36	16.80 ± 8.89	-3.07 ± 9.65	0.093[a]	**0.002[a]**	**0.023[a]**
Yinelenen Davranışlar	4.63 ± 4.67	5.13 ± 3.20	0.50 ± 3.44	0.433[a]	0.606[a]	0.215[a]
Zarar Verici Davranışlar	1.73 ± 2.62	2.33 ± 1.82	0.60 ± 2.83	0.256[b]	0.289[c]	0.135[c]
Diğer Davranışlar	5.20 ± 2.88	4.77 ± 2.17	-0.43 ± 2.64	0.375[a]	0.534[a]	0.094[a]
Toplam SDKL Puanı	49.53 ± 25.90	46.77 ± 17.48	-2.77 ± 21.69	0.490[a]	0.073[a]	**0.031[a]**
PPEYP Grubu						
Aşırı Hareketlilik	16.76 ± 8.03	14.28 ± 9.59	-2.48 ± 6.86	0.083[a]		
Atalet / İçe kapanıklılık / Pasiflik	11.64 ± 7.92	11.40 ± 8.19	-0.24 ± 6.45	0.854[a]		
Yinelenen Davranışlar	4.04 ± 3.59	3.84 ± 4.43	-0.20 ± 3.16	0.755[a]		
Zarar Verici Davranışlar	1.04 ± 2.07	1.48 ± 2.35	0.44 ± 2.36	0.361[b]		
Diğer Davranışlar	4.72 ± 2.77	3.68 ± 2.54	-1.04 ± 2.88	0.083[a]		
Toplam SDKL Puanı	38.20 ± 18.64	34.68 ± 22.98	-3.52 ± 13.58	0.207[a]		

a. T Testi b. Wilcoxon Test c. Mann-Whitney U
(p1). Grup içi ölçüm farkları (p2). Gruplar arası ilk ölçüm farkları (p3).Gruplar arası son ölçüm farkları

4.5. PPEYP'nin Ebeveynlerin Psikolojik Durumları Üzerine Etkilerine İlişkin Bulgular

4.5.1. Beck Depresyon Ölçeği Puanlarına İlişkin İstatistiksel Bulgular

BDÖ**,** bireylerin depresif duygu durumlarını ve depresyon belirtilerinin şiddetini değerlendirmeye yönelik öz-bildirim esaslı bir ölçektir. Ölçekten elde edilen yüksek puanlar, depresif belirtilerin daha yoğun yaşandığını göstermektedir. BDÖ için kontrol ve PPEYP programı grubunun ön test–son test farkları p1 sütununda incelendiğinde, PPEYP grubunda depresyon puanlarının anlamlı düzeyde azaldığı ($p<0.05$), kontrol grubunda ise anlamlı düzeyde arttığı bulunmuştur ($p<0.001$).Kontrol ve PPEYP grubunun ilk ölçüm değerleri arasındaki farklar p2 sütununda incelendiğinde, iki grup arasında Beck Depresyon puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).Kontrol ve PPEYP grubunun son ölçüm değerleri arasındaki farklar p3 sütununda incelendiğinde ise, iki grup arasında Beck Depresyon puanları açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 14. Beck Depresyon Puanlarına İlişkin İstatistiksel Veriler

	İlk Değerlendirme	**Son Değerlendirme**	**Son D. – İlk D.**			
Değişken Sınıf	**Ort. ± SS**	**Ort. ± SS**	**Ort. ± SS**	**p1**	**p2**	**p3**
Kontrol Grubu						
Beck Depresyon	10.17 ± 7.63	14.97 ± 7.02	4.80 ± 6.26	**0.000[a]**	**0.002[a]**	0.674[a]
PPEYP Grubu						
Beck Depresyon	17.52 ± 8.00	14.04 ± 8.24	-3.48 ± 7.77	**0.035[a]**		

a. T Testi b. Wilcoxon Test c. Mann-Whitney U
(p1). Grup içi ölçüm farkları (p2). Gruplar arası ilk ölçüm farkları (p3). Gruplar arası son ölçüm farkları

4.5.2. Beck Anksiyete Ölçeği Puanlarına İlişkin İstatistiksel Bulgular

Beck Anksiyete Ölçeği**,** bireylerin yaşadıkları anksiyete düzeyini ve anksiyete belirtilerinin şiddetini ölçmek amacıyla geliştirilmiş bir öz-bildirim aracıdır. Ölçekten alınan yüksek puanlar, bireyde daha yoğun kaygı yaşandığını göstermektedir. Beck Anksiyete Ölçeği için kontrol ve PPEYP grubunun öncesi–sonrası farkları p1 sütununda

değerlendirilmiştir. Analiz sonuçlarına göre gerek PPEYP grubunda gerekse kontrol grubunda ön test ve son test ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p>0.05). Kontrol ve PPEYP grubunun ilk ölçüm değerleri arasındaki farklar p2 sütununda değerlendirilmiştir. Buna göre iki grup arasında Beck Anksiyete Ölçeği toplam puanları açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0.05). Kontrol ve PPEYP grubunun son ölçüm değerleri arasındaki farklar p3 sütununda değerlendirilmiştir. Analiz sonuçlarına göre iki grup arasında Beck Anksiyete Ölçeği toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 15. Beck Anksiyete Puanlarına İlişkin İstatistiksel Veriler

	İlk Değerlendirme	**Son Değerlendirme**	**Son D. – İlk D.**			
Değişken Sınıf	**Ort. ± SS**	**Ort. ± SS**	**Ort. ± SS**	**p1**	**p2**	**p3**
Kontrol Grubu						
Beck Anksiyete	10.27 ± 10.31	11.17 ± 6.88	0.90 ± 8.03	0.589[b]	0.358[c]	0.676[c]
PPEYP Grubu						
Beck Anksiyete	12.92 ± 10.86	12.32 ± 13.03	-0.60 ± 10.86	0.785[b]		

a. T Testi b. Wilcoxon Test c. Mann-Whitney U
(p1). Grup içi ölçüm farkları (p2). Gruplar arası ilk ölçüm farkları (p3). Gruplar arası son ölçüm farkları

4.5.3. Maslach Tükenmişlik Ölçeği Puanlarına İlişkin İstatistiksel Bulgular

Maslach Tükenmişlik Ölçeği, bireylerin tükenmişlik düzeylerini değerlendirmek için kullanılan bir ölçektir. Çalışmamızda ebeveynlerin tükenmişlik düzeyleri duygusal tükenmişlik, kişisel başarı ve toplam tükenmişlik puanı üzerinden incelenmiştir. Ölçekten elde edilen yüksek puanlar, tükenmişlik belirtilerinin daha yoğun yaşandığına işaret etmektedir. Maslach Tükenmişlik Ölçeği için PPEYP ve kontrol gruplarının ön test–son test karşılaştırmaları p1 sütununda değerlendirilmiştir. Buna göre PPEYP grubunda öncesi ve sonrası arasında duygusal tükenmişlik, kişisel başarı ve toplam puan açısından azalma olsa da bu azalma da anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0.05). Kontrol grubunda ise duygusal tükenmişlik, kişisel başarı ve toplam puan boyutlarında artış olmuş bu artış anlamlı fark oluşturmuştur(p<0.05). Maslach Tükenmişlik Ölçeği grupların ön test puanları arasındaki farklar p2 sütununda incelendiğinde, PPEYP ve kontrol grupları

arasında yalnızca duygusal tükenmişlik ve toplam tükenmişlik puanlarında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Kişisel başarı puanlarında ise anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Maslach Tükenmişlik Ölçeği için kontrol ve PPEYP grubunun son ölçüm değerleri arasındaki farklar p3 sütununda incelendiğinde; duygusal tükenmişlik, kişisel başarı alt boyutları ve toplam tükenmişlik puanı açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (tüm $p>0.05$).

Tablo 16. Maslach Tükenmişlik Ölçeği Puanlarına İlişkin İstatistiksel Veriler

	İlk Değerlendirme	**Son Değerlendirme**	**Son D. – İlk D.**			
Değişken Sınıf	**Ort. ± SS**	**Ort. ± SS**	**Ort. ± SS**	**p1**	**p2**	**p3**
Kontrol Grubu						
Duygusal Tükenmişlik	10.47 ± 5.77	13.03 ± 3.12	2.57 ± 5.08	**0.010**[a]	**0.013**[a]	0.861[a]
Kişisel Başarı	6.77 ± 4.25	9.40 ± 2.95	2.63 ± 4.54	**0.04**[b]	0.138[c]	0.225[c]
Tükenmişlik Toplam	17.23 ± 8.48	23.30 ± 5.07	6.07 ± 8.15	**0.00**[b]	**0.010**[c]	0.508[c]
PPEYP Grubu						
Duygusal Tükenmişlik	15.12 ± 7.57	12.76 ± 7.78	-2.36 ± 7.15	0.112[a]		
Kişisel Başarı	8.48 ± 4.13	8.08 ± 4.93	-0.40 ± 5.10	0.698[b]		
Tükenmişlik Toplam	23.60 ± 9.04	21.76 ± 11.40	-1.84 ± 8.81	0.307[b]		

a. T Testi b. Wilcoxon Test c. Mann-Whitney U
(p1). Grup içi ölçüm farkları (p2). Gruplar arası ilk ölçüm farkları (p3). Gruplar arası son ölçüm farkları

4.5.4. Otizm Yaşam Kalitesi Anketi Puanlarına İlişkin İstatistiksel Bulgular

Otizm Yaşam Kalitesi Anketi – Ebeveyn Sürümü (OYKA-E), A ve B formlarından oluşmaktadır. A formunda yüksek puanlar ebeveynin yaşam kalitesinin yüksek olduğunu ve yaşamı olumlu deneyimlediğini göstermektedir. B formunda yüksek puanlar ebeveynlerin çocuklarıyla son dört hafta içinde yaşadıkları güçlüklerle daha iyi başa çıkabildiklerini ve bu durumun yaşam kalitesine olumlu yansıdığını göstermektedir. Ayrıca, anketten elde edilen yaşam kalitesi derecesi ebeveynlerin genel yaşam doyumunu ve iyi oluş düzeyini ortaya koymaktadır.

Grupların ilk ve son ölçüm değerleri arasındaki değişimlerin karşılaştırılması p1 sütununda değerlendirilmiştir. Analiz sonucunda, PPEYP grubunda Yaşam Kalitesi A ve B ölçeğinin ve yaşam kalitesi derecesinin arttığını bu artışın anlamlı olmadığını, kontrol grubunda ise yaşam Kalitesi A ölçeğinin puanında anlamlı bir düşüş olduğunu bu düşüşte gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Yaşam Kalitesi A ve B Ölçeği ve Yaşam Kalitesi Derecesi değerlendirilmesi için PPEYP ve kontrol gruplarının ilk ölçüm değerleri arasındaki farklar p2 sütununda değerlendirilmiştir. Buna göre, iki grup arasında yaşam kalitesi toplam puanları ve yaşam kalitesi derecesi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Yaşam Kalitesi A ve B Ölçeği ve Yaşam Kalitesi Derecesi kontrol ve PPEYP gruplarının son ölçüm değerleri arasındaki farklar p3 sütununda değerlendirilmiştir. Bu karşılaştırmada, her iki grup arasında yaşam kalitesi toplam puanları ve yaşam kalitesi derecesi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 17. Otizm Yaşam Kalitesi Puanlarına İlişkin İstatistiksel Veriler

	İlk Değerlendirme	**Son Değerlendirme**	**Son D. – İlk D.**			
Değişken Sınıf	**Ort. ± SS**	**Ort. ± SS**	**Ort. ± SS**	**p1**	**p2**	**p3**
Kontrol Grubu						
Yaşam Kalitesi A-Toplam	98.72 ± 20.60	91.67 ± 12.58	-6.75 ± 16.11	**0.032[a]**	0.153[a]	0.934[a]
Yaşam Kalitesi Derecesi	6.13 ± 2.29	6.13 ± 1.89	-0.00 ± 2.32	0.990[a]	0.213[a]	0.897[a]
Yaşam Kalitesi B-Toplam	68.28 ± 16.04	71.47 ± 11.64	2.07 ± 14.48	0.448[a]	0.296[a]	0.281[a]
PPEYP Grubu						
Yaşam Kalitesi A-Toplam	90.88 ± 18.81	91.28 ± 21.41	0.40 ± 16.23	0.903[a]		
Yaşam Kalitesi Derecesi	5.32 ± 2.46	6.20 ± 1.89	0.88 ± 2.62	0.106[a]		
Yaşam Kalitesi B-Toplam	73.56 ± 13.42	75.88 ± 18.17	2.32 ± 12.40	0.359[a]		

a. T Testi b. Wilcoxon Test c. Mann-Whitney U
(p1). Grup içi ölçüm farkları (p2). Gruplar arası ilk ölçüm farkları (p3). Gruplar arası son ölçüm farkları

4.6. PPEYP'nin Aile İşlevselliği Üzerine Etkilerine Dair Bulgular

4.6.1. PPEYP'nin Ebeveyn-Çocuk İlişkisi Üzerine Etkilerine Dair Bulgular

Çocuk-Anne Baba İlişki Ölçeği (ÇAİÖ)**,** ebeveynler ile çocukları arasındaki ilişki düzeyini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçekten elde edilen toplam puan, ebeveyn-çocuk ilişkisindeki sorunların düzeyini göstermektedir; puanların yüksekliği ilişkiyi olumsuz yönde, puanların düşmesi ise daha olumlu bir ebeveyn-çocuk ilişkisini işaret etmektedir.

ÇAİÖ için kontrol ve PPEYP grubunun kendi içlerindeki eğitim öncesi–sonrası karşılaştırmaları p1 sütununda incelendiğinde; PPEYP grubunda ÇAİÖ toplam puanında eğitim sonrasında anlamlı bir azalma saptanmıştır ($p<0.05$). Bu sonuç, eğitim programının çocuk-anne-baba ilişkisini olumlu yönde geliştirdiğini göstermektedir. Kontrol grubunda ise eğitim öncesi ve sonrası ÇAİÖ toplam puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). ÇAİÖ için kontrol ve PPEYP grubunun ilk ölçüm değerleri arasındaki farklar p2 sütununda incelendiğinde, iki grup arasında ÇAİÖ toplam puanı açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). ÇAİÖ için kontrol ve PPEYP grubunun son ölçüm değerleri arasındaki farklar p3 sütununda incelendiğinde, iki grup arasında ÇAİÖ toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 18.ÇAİÖ Puanlarına İlişkin İstatistiksel Veriler

	İlk Değerlendirme	**Son Değerlendirme**	**Son D. – İlk D.**			
Değişken Sınıf	**Ort. ± SS**	**Ort. ± SS**	**Ort. ± SS**	**p1**	**p2**	**p3**
Kontrol Grubu						
ÇAİÖ	55.83 ± 9.71	54.67 ± 7.30	1.17 ± 10.22	0.537[a]	0.766[a]	0.279[a]
PPEYP Grubu						
ÇAİÖ	56.60 ± 9.13	52.04 ± 10.46	4.56 ± 8.30	**0.011[a]**		

a. T Testi b. Wilcoxon Test c. Mann-Whitney U
(p1). Grup içi ölçüm farkları (p2). Gruplar arası ilk ölçüm farkları (p3). Gruplar arası son ölçüm farkları

4.6.2. PPEYP'nin Aile Uyum ve Tutumları Üzerine Etkilerine Dair Bulgular

Ebeveynlik destek programlarının çıktılarının izlenmesi amacıyla geliştirilen PAFAS, ebeveyn becerileri ve uyum göstergelerindeki değişimi değerlendiren kısa bir ölçme aracıdır. PAFAS ölçeğinin grupların ilk ve son ölçüm değerleri arasındaki değişimlerin karşılaştırılması p1 sütununda değerlendirilmiştir. Analiz sonuçlarına göre gerek PPEYP grubunda gerekse kontrol grubunda ön test ve son test ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). PAFAS ölçeği ve alt ölçeklerinin değerlendirilmesi için PPEYP ve kontrol gruplarının ilk ölçüm değerleri arasındaki farklar p2 sütununda değerlendirilmiştir. Analiz sonuçlarına göre, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). PAFAS ölçeği ve alt ölçeklerinin değerlendirilmesi kontrol ve PPEYP gruplarının son ölçüm değerleri arasındaki farklar p3 sütununda değerlendirilmiştir. Bu karşılaştırmada, her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 19. PAFAS Puanlarına İlişkin İstatistiksel Veriler

	İlk Değerlendirme	**Son Değerlendirme**	**Son D. – İlk D.**			
Değişken Sınıf	**Ort. ± SS**	**Ort. ± SS**	**Ort. ± SS**	**p1**	**p2**	**p3**
Kontrol Grubu						
Anne-Babalık Alt Ölçeği	12.57 ± 4.22	11.23 ± 3.37	-1.33 ± 4.05	0.086	0.969	0.628
Aile Uyumu Alt Ölçeği	8.93 ± 5.11	8.83 ± 3.97	-1.10 ± 4.59	0.200	0.249	0.069
PAFAS Toplam	22.63 ± 8.06	20.03 ± 5.38	-2.60 ± 6.50	0.061	0.383	0.142
PPEYP Grubu						
Anne-Babalık Alt Ölçeği	12.52 ± 4.67	11.84 ± 5.74	-0.68 ± 4.81	0.406		
Aile Uyumu Alt Ölçeği	11.60 ± 5.49	11.28 ± 5.78	-0.32 ± 4.95	0.749		
PAFAS Toplam	24.60 ± 8.49	23.16 ± 8.87	-1.44 ± 7.10	0.178		

a. T Testi b. Wilcoxon Test c. Mann-Whitney U
(p1). Grup içi ölçüm farkları (p2). Gruplar arası ilk ölçüm farkları (p3). Gruplar arası son ölçüm farkları

5. TARTIŞMA

Bildiğimiz kadarıyla Parents Plus Erken Yaşlar Programı (PPEYP), farklı tanı gruplarında uygulanmış olmakla birlikte, programın yalnızca OSB tanılı çocukların ebeveynlerine uygulandığı bir çalışma bulunmamaktadır. Bu nedenle çalışmamız, PPEYP'nin OSB'li çocukların ailelerine uygulanarak çok boyutlu sonuçlarla değerlendirildiği ilk çalışma niteliğindedir. Çalışmamız, PPEYP'nin çocukların davranış-belirti profili, ebeveynin psikolojik iyilik hali ve ebeveyn-çocuk etkileşimi üzerindeki etkisini incelemiştir. Bu alanların birlikte ele alınması, bulguların literatüre daha bütüncül bir katkı sunmasına olanak sağlamaktadır**.**

Çalışmaya katılan olguların sosyodemografik özellikleri, örneklemenin karşılaştırılabilirliğinin sağlandığını göstermektedir. PPEYP grubu ile kontrol grubu; cinsiyet, yaş, doğum, beslenme, gelişimsel basamaklar, eğitim, komorbidite, psikiyatrik ilaç kullanımı ve OSB klinik şiddeti açısından benzer bulunmuştur. Ebeveyn değişkenlerinde anne ve baba yaşları, baba eğitimi, anne babanın sağlık durumu ve sigara kullanımı, aile tipi, ailede psikiyatrik öykü, aile içi sorun algısı ve sosyoekonomik düzey de benzer seyretmiştir. Toplam örneklemde erkek/kız oranı 3,24:1 olup, yazındaki erkeklerde daha yüksek görülme sıklığıyla uyumludur; meta-analizler oranı yaklaşık 3:1 olarak bildirmektedir (188). Komorbiditelere bakıldığında örneklemimizde DEHB %36,4 ile en sık eş tanıdır; literatürde OSB içinde DEHB sıklığına ilişkin meta-analizler %38–40 civarında değerler bildirmektedir (189). Cinsiyet dağılımı ve komorbidite paterninin literatürle paralel seyretmesi örneklemimizin OSB literatüründe tanımlanan klinik profili temsil etme gücünü artırmaktadır.

Bununla birlikte, doğum sırası, gebeliğin planlı olup olmaması ve gebelikte sorun yaşanıp yaşanmadığı, anne eğitimi ve çalışma durumu gibi bazı değişkenlerde gruplar arasında farklılıklar ortaya çıkmıştır. Ayrıca ilk başvuru yaşı müdahale grubunda daha erkendir. Bu örüntü, özellikle daha yüksek eğitim ve çalışma oranına sahip annelerde erken farkındalık ve hizmete başvuru davranışının güçlenmesiyle uyumludur (190). Söz konusu değişkenler sonuçların yorumunda potansiyel

karıştırıcılar gibi gözükse de çok sayıdaki sosyodemografik temel parametrede dengenin korunmuş olması, grupların genel karşılaştırılabilirliğini güçlendirmiştir.

Çalışmamızda çocuklar, otizm belirti şiddeti ve otizme özgü davranış alanlarındaki değişimleri değerlendirmek üzere sırasıyla CARS ve ODKL ölçekleriyle izlenmiştir. PPEYP ve kontrol gruplarında, CARS puanlarında anlamlı düşüş saptanmıştır. Bu bulgu, her iki gruptaki çocukların da düzenli olarak devam ettikleri rutin özel eğitim hizmetlerinin ve gelişimsel ilerlemenin yaygın etkisiyle uyumludur. Bu tablo, grup × zaman etkileşiminin belirginleşmemesi nedeniyle CARS'ta gözlenen iyileşmenin esasen standart bakımın ortak etkisine atfedilebileceğini düşündürmektedir. Literatür de kısa süreli fakat yapılandırılmış müdahalelerin CARS ve ODKL üzerinde düşüşler bildirdiğini göstermektedir. Liu ve ark. (2025) tarafından 1,5–5 yaş arası OSB tanılı 319 çocuk üzerinde yürüttükleri çalışmada Erken Start Denver Model (ESDM) müdahalesi terapistler tarafından çocuklara uygulanmış ve ebeveynler de 10 seanslık bilgilendirme oturumlarıyla sürece dahil edilmiştir (191). 12 haftalık kısa bir sürenin sonunda CARS ve ODKL puanlarında anlamlı düşüşler rapor edilmiştir. Bu sonuç, kısa süreli fakat yapılandırılmış müdahalelerin OSB'de çok boyutlu fayda sağlayabileceğini göstermektedir. Özellikle ebeveyn aracılı, OSB semptom odaklı müdahaleler CARS ile değerlendirilmiş ve semptom şiddetinde azalmalar rapor edilmiştir. Örneğin Manohar ve ark. (2019), 12 haftalık, Naturalistic Developmental Behavioral Interventions (NDBI) temelli ebeveyn aracılı müdahaleyi rutin bakım ile karşılaştırmış; CARS puanlarında müdahale lehine anlamlı bir düşüş bildirmiştir (192). Müdahale bileşenleri ortak dikkat, taklit, sosyal katılım ve uyum becerilerini hedeflemiş; eğitim ebeveynlere ayaktan, bireysel beş ziyarette öğretilmiştir. Müdahale dışı hizmetlerin kollar arasında benzer seyretmesi, CARS'taki farkın müdahaleye özgü etkiden kaynaklandığı yorumunu güçlendirir. Müdahalenin doğrudan çekirdek OSB belirtilerine yönelmiş olması göz önüne alındığında, rutin bakıma kıyasla CARS'ta daha büyük bir iyileşme görülmesi beklenen bir sonuçtur. Bununla benzer, Bajracharya ve ark. (2024) tarafından OSB tanılı okul öncesi çocuklarda çevrim içi ve yüz yüze ebeveyn aracılı terapötik müdahalelerin karşılaştırıldığı çalışmada, her iki grupta da CARS puanlarında anlamlı düşüş gözlenmiş, bu düşüşün yüz yüze grupta daha belirgin olduğu bildirilmiştir (193).

Özetle, yukarıda bahsedilen çalışmalar ebeveyn aracılı ve çekirdek semptom odaklı müdahalelerdir. Buna karşılık PPEYP'nin kurgu ve hedefleri, çekirdek OSB belirtilerinden ziyade daha çok ebeveyn stresinin azalması, ebeveyn-çocuk ilişkilerinin güçlenmesi ve problem davranışların yönetimi gibi çıktılar üzerinden değerlendirilmiştir. Bu nedenle program etkileri, kısa vadede daha çok davranışsal, ilişkisel ve ebeveyn iyi oluşu göstergelerinde görünürken, CARS gibi çekirdek semptom şiddeti ölçümlerine gecikmeli yansıyabilir. Öte yandan, çalışmamızda ODKL ölçeği sonuçlarında hem PPEYP grubu hem de kontrol grubunda toplam puan ve alt ölçeklerde anlamlı bir değişiklik saptanmamıştır. Bu ayrışma, kullanılan ölçümlerin kapsadıkları alan ve ölçen kişi farklarıyla açıklanabilir: CARS, klinisyen gözlemlerine dayalı olarak çekirdek OSB belirtilerindeki nispeten genel değişimi yakalarken; ODKL, ebeveyn raporuyla günlük davranış örüntülerine ve ortama göre değişebilen durumlara duyarlıdır. Ayrıca toplam puan, küçük ama önemli değişimleri ayırt etmekte yeterince hassas olmayabilir. Zaman içinde ebeveynin beklentisi ve değerlendirme ölçütü de değişebileceğinden, puanlar durağan görünebilir. Literatürde CARS'ın kısa-orta vadede değişimi izlemeye daha uygun olduğu bildirilmiştir (194). Buna karşılık ODKL, tasarım olarak bir tarama kontrol listesi niteliğindedir. Bu nedenle kısa süredeki kazanımların klinisyen gözlemi temelli CARS'a daha erken, ebeveyn bildirimi temelli ODKL de ise daha gecikmeli ya da zayıf yansıması metodolojik olarak beklenebilir. Kısacası birlikte değerlendirildiğinde bu örüntü, kısa vadede CARS'taki iyileşmenin rutin hizmetler ve gelişimsel süreçle daha çok ilişkili olduğunu; ODKL'deki durağanlığın ise ebeveyn raporlarının zaman-ihtiyacı ve ölçek duyarlılığıyla bağlantılı olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda çocukların davranışsal-duygusal belirtilerini GGA ile, sorunlu davranış örüntülerini ise SDKL ölçeği ile değerlendirdik. GGA'nın PPEYP grubunda ön–son karşılaştırmada toplam güçlük ve prososyal puanlarında anlamlı iyileşme saptanırken, diğer alt boyutlarda değişim gözlenmedi. Kontrol grubunda ise prososyal, toplam etki ve dışsallaştırma skorlarında anlamlı değişim izlendi; kalan boyutlarda fark yoktu. Gruplar başlangıçta akran sorunları dışında benzer özellikteydi; son ölçümde ise toplam güçlük ve içselleştirme skorlarında PPEYP grubu lehine anlamlı farklılık bulundu. Bu desen, rutin özel eğitimin sağladığı genel yarara ek olarak,

ebeveynlik eğitiminin özellikle genel sorun yükünü azaltma ve içselleştirilmiş belirtileri hafifletme açısından ek katkı sunduğunu düşündürmektedir. Literatür bulguları bu tabloyla uyumludur. Whittingham ve ark. (2009) Stepping Stones Triple P (SSTP) ebeveynlik eğitiminde, 2–9 yaş aralığında OSB tanısı olan çocukların ebeveynleri incelenmiş ve çocukların davranış problemleri GGA'ya benzer Eyberg Çocuk Davranış Envanteri yoğunluk ve problem alt ölçekleri ile değerlendirilmiştir (195). Müdahale sonrasında her iki ölçekte de anlamlı azalma bulunmuş, ailelerin yaklaşık üçte birinde güvenilir ve klinik olarak anlamlı değişim saptanmıştır. Ayrıca bu kazanımların 6 aylık takipte de korunduğu gösterilmiştir.

Kasperzack ve ark. (2019) tarafından 3-12 yaş OSB tanısı olan çocukların ebeveynleriyle yürütülen SSTP eğitiminde, GGA toplam sorun puanı, davranış sorunları ve hiperaktivite alt ölçeklerinde anlamlı azalmalar bulunmuş, ancak bu etkilerin 6 ay sonraki takip ölçümünde ortaya çıktığı bildirilmiştir (196). Ayrıca ebeveyn raporlarına göre Eyberg Çocuk Davranış Envanteri yoğunluk ve problem ölçeklerinde de müdahale sonrasında anlamlı iyileşmeler saptanmıştır. Bizim çalışmamızda ise, farklı bir ebeveyn eğitimi modeli uygulanmasına rağmen, GGA toplam sorun puanı ve bazı alt ölçeklerdeki anlamlı azalmalar doğrudan son testte ortaya çıkmıştır. Bu durum, literatürdeki bazı bulguların aksine, çalışmamızdaki müdahalenin kısa vadede de etkili olduğunu göstermektedir.

Bildiğimiz kadarıyla, çalışmamız PPEYP'nin yalnızca OSB tanılı çocukların ebeveynleriyle sınandığı ilk uygulamadır. Bu nedenle, bulgularımız OSB'nin de yer aldığı karma örneklemler üzerinden yürütülen Parents Plus araştırmalarıyla karşılaştırılmıştır. Söz konusu çalışmalarda, GGA toplam güçlük başta olmak üzere belirli alt ölçeklerde müdahale lehine iyileşmeler rapor edilmiş; etkilerin kısa dönemde görünür olup izlemde korunduğu örnekler de bildirilmiştir. Sharry ve ark. (2005), PPEYP'nin değerlendirildiği ve örneklemin yaklaşık %20'sini OSB'li çocukların oluşturduğu tek grup çalışmasında, eğitim sonrasında GGA toplam güçlük, hiperaktivite ve davranış sorunları alt ölçeklerinde anlamlı düşüş bildirmiştir (197). Benzer şekilde, Quinn ve ark.(2006) önemli davranış sorunları olan ve gelişimsel engelleri olan veya olmayan okul öncesi çocukların aileleri için Parents Plus Programı (PPP) 'nın etkinliğini karşılaştırmış, GGA toplam güçlük skorlarında %70'in üzerinde

klinik düzelme oranları bildirmiştir (198). Her iki grupta da iyileşme gözlenmiş, gruplar arasında istatistiksel fark bulunmamıştır. Quinn ve ark. (2007) başka PPP, aralarında OSB grubunun da bulunduğu gelişimsel yetersizlik ve klinik düzeyde davranış sorunu olan okul öncesi çocuklarla yürütülen bekleme listeli karşılaştırmalı tasarımda müdahale grubundaki çocukların GGA toplam güçlük skorunda anlamlı bir azalma olduğunu, bu kazanımların 10 aylık takip süresinde de korunduğunu göstermiştir (199). Griffin ve ark. (2010) PPEYP, OSB dâhil gelişimsel güçlükleri olan ve olmayan okul öncesi çocukların yer aldığı çok merkezli bekleme listeli kontrollü tasarımda davranış sorunları GGA ile değerlendirilmiş; eğitim alan grup ile bekleme listesi grubu karşılaştırıldığında eğitim sonrasında toplam güçlük ve hiperaktivite alt ölçeklerinde anlamlı farklılık bulunurken, diğer alt ölçeklerde fark saptanmamıştır, PPEYP kolundaki kazanımlar 5 aylık izlemde korunmuştur (200). Bizim örneklemimizde hiperaktivite ve davranış alt boyutlarında gruplar arası farkın çıkmaması; grubun sadece OSB tanılı çocuklardan oluşması, belirti şiddeti, müdahale süresi ve yoğunluğu, programa uyum ve kısa izlem gibi örnekleme ve uygulamaya özgü etkenlerle ilişkili olabilir. Bununla birlikte, toplam güçlük ve içselleştirme eksenlerinde gözlenen iyileşme, ebeveynlik eğitiminin rutin özel eğitime ilave bir fayda sağlayabildiğini; prososyal alandaki iyileşme ise ebeveyn-çocuk etkileşimini güçlendiren çekirdek modüllerin işlevsel çıktılara yansıdığını göstermektedir.

Prososyal davranış puanlarının her iki grupta da artmış olması, literatürde OSB örneklemlerinde zaman ve maruziyete duyarlı bir iyileşme örüntüsünün görülebildiğini düşündürmektedir. Nitekim Tamil Nadu'da yürütülen çift-kör RKÇ'da oyuna dayalı davranışsal müdahale ABA ile karşılaştırılmış, çocukların davranışları GGA ebeveyn ve öğretmen formlarıyla 0., 4., 8. ve 12. haftalarda izlenmiş; her iki kolda da zaman etkisi anlamlı bulunarak prososyal davranışların arttığı gösterilmiştir (201). Bu desen, kontrol kolunda gözlenen artışın rutin hizmetler, okul temelli destekler, akranla etkileşim, olgunlaşma gibi etkenlerle açıklanabileceğini; buna karşılık, toplam güçlük ve içselleştirme eksenlerinde müdahale lehine saptanan üstünlüğün ebeveyn eğitimi kaynaklı ilave katkıyı işaret ettiğini göstermektedir.

SDKL sonuçlarımızda gruplar arasında geniş ölçekte anlamlı farklar gözlenmemekle birlikte, bu bulgu literatürdeki bazı çalışmalarla paralellik

göstermektedir. Dababnah ve ark. (2019), 2–6 yaş OSB'li çocukların ebeveynlerine uygulanan İnanılmaz Yıllar–OSB programının iki merkezdeki 13 ve 15 oturumluk pilot çalışmasında, çocuk davranışları SDKL ile değerlendirildiğinde eğitim sonrasında her iki merkezde de ölçek puanlarında değişim görülmemiştir; bu, programın uygulanabilir ve kabul edilebilir olduğunu, ancak kısa dönemde ölçülebilir etki yaratmayabileceğini düşündürmüştür (202).SDKL ölçek etkisinin izlem döneminde belirginleşebildiğini gösteren çalışmalara örnek olarak, Abid ve ark. (2024) tarafından yürütülen çalışmada 3–8 yaş arası 62 OSB tanılı çocuğun ebeveynleri müdahale ve kontrol gruplarına ayrılmıştır (203). Müdahale grubuna 8 oturumluk Blue Hope ebeveyn eğitimi verilmiş, kontrol grubu ise bu sürede herhangi bir eğitim almamıştır. Eğitim sonunda sonuçlar SDKL ölçeği ile değerlendirilmiş ve özellikle sosyal içine çekilme alt ölçeğinde hem post-testte hem de 6 aylık takipte anlamlı azalma saptanmıştır. Diğer alt ölçeklerde ise sadece takip ölçümünde anlamlı azalmalar görülmüştür. Bu bulgular, ebeveyn eğitiminin OSB'li çocuklarda özellikle sosyal geri çekilme davranışlarını azaltmada kısa vadede, diğer problem davranışlarda ise daha çok uzun vadede etkili olabileceğini göstermektedir. Çalışmamız kısa döneme odaklandığı için, raporladığımız sonuçlar erken dönem etkileriyle tutarlıdır; uzun vadeli etkiler hakkında yorum yapabilmek için izlem ölçümleri gerekmektedir. Davranış yönetimi bileşenlerinin ek yarar sağladığını, ancak iyileşmenin yalnızca müdahaleye değil, zamana ve rutin hizmetlere de bağlı olabileceğini düşündüren çalışmalar görülmüştür. Bearss ve ark. (2015) çalışmasında 3-7 yaş arası OSB tanılı 180 çocuğun ebeveynlerini 24 hafta boyunca davranış yönetimi öğretilen ebeveynlik eğitimi ve sadece OSB hakkında bilgilendirilen ebeveyn eğitimine ayırmıştır (204). Eğitim sonunda sonuçlar SDKL'nin sinirlilik alt ölçeği ile ölçülmüştür, her iki grupta da SDKL sinirlilik alt ölçeğinde düşüş olmakla beraber davranış yönetimi öğretilen ebeveynlik eğitimi olumsuz davranışı azaltmada daha üstün bulunmuştur. Kısa süreli programlarda etkinin post-testte sınırlı, izlemde daha görünür olabildiğini destekleyen bulgular kısa süreli davranışsal ebeveyn eğitimi çalışmalarında da rapor edilmiştir. Rohacek ve ark. (2022), OSB tanılı 5–9 yaş çocukların ebeveynlerinde 6 oturumluk grup davranışsal ebeveyn eğitimini, yalnızca psikoeğitim ve destek alan grupla 6 haftalık süreçte karşılaştırmış ve 6. ayda yeniden değerlendirmiştir (205). Zorlayıcı davranışlar SDKL toplam puanıyla izlenmiş; kısa vadede her iki grupta da benzer

yönde düşüş gözlenmiş, yazarlar 6. ay izlemede başlangıca göre azalmanın mevcut olduğunu raporlamıştır. Bu desen, kısa program etkilerinin izlemde belirginleşebileceğini düşündürür; dolayısıyla izlem ölçümü içermeyen mevcut çalışmamızda SDKL ile kısa vadede fark görmememiz beklenebilir. Bazı çalışmalarda SDKL ölçeklerinde bizim çalışmamıza benzer şekilde anlamlı değişim gözlenmemiştir. Charman ve ark. (2021),4-8 yaş OSB tanılı çocuklarda 12 oturumluk grup temelli davranışsal ebeveynlik müdahalesini sadece psikoeğitim alan grupla değerlendirdikleri çalışmada hem öğretmen hem ebeveyn bildirimli SDKL ölçeklerinde müdahaleye özgü ek bir değişim saptamamışlardır; bu desen kısa müdahale süresi, aktif kontrol ve düşük başlangıç şiddeti gibi etkenlerle açıklanabilir (206). Toplu olarak değerlendirildiğinde, SDKL'de kısa vadede sınırlı değişim görülmesi; izlem süresinin kısalığı, başlangıç sorun düzeyinin görece düşük oluşu, ev-okul ortamları arasında genellenme gereksinimi ve SDKL'nin değişime duyarlılığı ile ilişkili olabilir. Dolayısıyla, çalışmamızda SDKL'nin tüm alt ölçeklerinde tutarlı bir değişim saptanmaması, kısa izlem süresi ve başlangıç problem düzeyinin görece düşük olmasıyla ilişkili olabilir.

Çocuklardaki değişimlerin yanı sıra, ebeveynlerin psikolojik iyilik hali de programın önemli çıktılarından biridir. Bu bağlamda çalışmamızda ebeveynlerin ruhsal belirtileri ve yaşam kalitesi Beck Anksiyete ve Beck Depresyon Ölçekleri (BDÖ), Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Otizmde Yaşam Kalitesi Anketi ile değerlendirilmiştir. Bulgular, ebeveynlik eğitiminin yalnızca çocukların davranışsal ve duygusal alanlarına değil, ebeveynlerin duygusal yükü ve yaşam doyumu üzerine de etkiler yaratabileceğini göstermektedir. PPEYP grubunda depresyon puanlarında anlamlı azalma olurken anksiyete puanlarında kısa vadede anlamlı değişim izlenmemiştir. Tükenmişlik ve yaşam kalitesinde ise iyileşme eğilimi görülmesine rağmen istatistiksel olarak anlamlı boyuta gelmemiştir. Bu örüntü, programın grup temelli ve beceri odaklı yapısının duygusal yükü azaltabileceğini; diğer ölçütlerde ise klinik açıdan anlamlılığa yaklaşan bir iyileşmeye işaret ettiğini düşündürmektedir.

Kontrol grubunda ise depresyon puanları anlamlı biçimde artış olurken anksiyete puanlarında anlamlı değişim görülmemiştir, tükenmişlik puanlarında anlamlı artış olup, Otizmde Yaşam Kalitesi Anketi'nin ebeveynlerin yaşam kalitesinin

değerlendirildiği Yaşam Kalitesi A ölçeğinde anlamlı azalma görülmüştür. Bu desen, destek almayan ebeveynlerde bakım yükü ve günlük stresörlerin kısa vadede birikme eğilimi gösterdiğine işaret eder.

OSB'li çocukların bakımında ebeveyn stresi, depresyon, anksiyete ve tükenmişliğin artması ile yaşam kalitesinin azalması, çoğunlukla birikimli bir risk örüntüsünün sonucudur. En güçlü belirleyiciler çocuğun davranış sorunları, semptom şiddeti ve duyusal güçlükleridir; bu alanlar ebeveyn stresini doğrudan yükseltir ve etkisi zaman içinde kalıcı olabilir (207). Ailede sosyal desteğin zayıf olması ve ebeveynin başa çıkma becerilerindeki yetersizlik stresi artırır; destek ağlarının güçlenmesi ise stresi azaltır ve yaşam kalitesini yükseltir (208). Zihinsel veya diğer gelişimsel engelleri olan çocukların ebeveynleriyle karşılaştırıldığında, yapılan çalışmalar, OSB'li çocukların ebeveynlerinin depresyon, anksiyete ve aile uyumunun azalması ve somatik semptomların artması gibi stres bileşenleri de dahil olmak üzere daha fazla psikolojik sıkıntı yaşadığını ortaya koymaktadır (209). Yine ülkemizde yapılan çalışmalarda OSB'li çocukların ebeveynlerinde depresyon ve tükenmişlik düzeyleri sağlıklı kontrol ebeveynlerine kıyasla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (210).

Araştırmalar, ülke ve kültür etkilerinden arındırıldığında dahi, OSB'li çocukların ebeveynlerinin yaşam kalitesinin tipik gelişim gösteren çocukların ebeveynlerine kıyasla daha olumsuz seyrettiğini ortaya koymaktadır (211). Birlikte değerlendirildiğinde, bu riskler kronik stresin sürmesine ve tükenmişliğin artmasına yol açarak yaşam kalitesini düşürebilir; kontrol grubunda gözlenen depresyon ve tükenmişlik artışı ile yaşam kalitesindeki azalma da bu beklentiyle uyumludur. Bu bulgular, ebeveynlere yönelik destek stratejilerinin geliştirilmesini zorunlu kılmış; bu kapsamda ruhsal belirtileri hedefleyen doğrudan ebeveynlere yönelik müdahaleler tasarlanmıştır. Güncel sentezler, ebeveyn odaklı müdahalelerin ebeveynlerin ruhsal iyilik hâlini, çocukların davranışsal ve duygusal çıktılarının bir bölümünü müdahale sonrası iyileştirebildiğini de belirtmektedir (212). Ebeveyn odaklı müdahalelerden Kabul ve Kararlılık Terapisi (ACT) temelli kısa süreli grup uygulamaları, OSB'li çocukların ebeveynlerinde ruh sağlığı göstergelerinde iyileşme ve psikolojik esneklikte artış bildirmiştir (213). Mindfulness temelli grup müdahalesi, annelerin

stres, depresyon ve anksiyete düzeylerini düşürmüş ve uyku/yaşam doyumunu iyileştirmiş; OSB'li çocuk annelerinde anksiyete iyileşmesi görece daha sınırlı kalmıştır (214). Ayrıca ebeveynlere belirli ebeveynlik becerileri ve stratejileri öğretmeye yoğunlaşan ebeveyn aracılı müdahaleler de ebeveynler üzerinde belirgin etkilere sahiptir. Bu etkilerden bazıları bizim çalışma bulgularımızla da uyumludur. Çalışmamızda, kontrol grubuna göre daha yüksek depresyon puanları olan PPEYP grubunda, depresyon puanları düşmüştür.Bu bulgular, Tonge ve ark. (2006) yürüttüğü randomize kontrollü çalışmanın sonuçlarıyla tutarlıdır (13). Tonge ve ekibi, 20 haftalık iki farklı ebeveyn müdahalesini bir bekleme grubuyla karşılaştırmış ve ebeveynlerin ruh sağlığını Genel Sağlık Anketi–28 (General Health Questionnaire; GHQ-28) ile izlemiştir. Söz konusu çalışmanın bulguları, müdahalenin etkisinin başlangıçtaki semptom düzeyleriyle ilişkili olduğunu ve özellikle yüksek semptom seviyelerine sahip ebeveynlerdeki iyileşmenin takip sürecinde daha belirgin hale geldiğini göstermiştir.6 aylık izlemde her iki aktif kol, toplam ruhsal belirti, somatik yakınmalar, anksiyete-uykusuzluk ve ağır depresyon alanlarında kontrole üstün bulunmuştur. İki aktif müdahale birbiriyle anlamlı biçimde ayrışmamıştır. Bu desen, etkinin zaman içinde pekiştiğini ve başlangıç sıkıntısı yüksek ebeveynlerin daha fazla yarar gördüğünü düşündürür. Çalışmamızda PPEYP grubunda depresyonun anlamlı biçimde azalması ve tükenmişlikte azalma ile yaşam kalitesinde artışın ise anlamlılığa yaklaşan bir iyileşme eğilimi göstermesi, etkinin başlangıç semptom şiddetine ve izlem süresine duyarlı olabileceğine işaret etmektedir. Çalışmamıza benzer biçimde, eğitim almayan grupta ebeveynlik stresinin arttığını bildiren çalışmalar vardır. Estes et ark. (2014), Early Start Denver Model (ESDM) temelli ebeveyn koçluğu alan grupta ebeveynlik stresinin 3 ayda artmadığını, toplum hizmeti alan grupta ise stresin arttığını göstermiştir; üstelik negatif yaşam olayları için düzeltme yapıldığında bile grup farkı korunmuştur (215). Bizim çalışmamızda kontrol grubunda depresyon ve tükenmişliğin artması ile yaşam kalitesinin düşmesi; ebeveyn odaklı müdahalelerin bakım verenin ruhsal yükünü azaltıcı ve koruyucu etkisine işaret eden bu çalışmanın bulgularıyla yönsel olarak tutarlıdır. Bu çerçevede, PPEYP'nin kısa dönemde depresif belirtileri azaltıcı ve koruyucu bir etki oluşturabileceği; destek yokluğunda ise ruhsal yükün artma eğiliminde olduğu değerlendirilebilir. Bu çalışmalar yanında ebeveynlik eğitimi alan gruplarında ebeveynler üzerindeki etkisi çeşitli ölçeklerle değerlendirilmiştir.

Örneğin, Lida ve ark. (2018) tarafından yürütülen bir çalışmada, OSB tanılı 4–11 yaş aralığındaki 30 çocuğun anneleri çalışmaya dahil edilmiştir (216). Katılımcılara Japonya'da geliştirilen Hizen Ebeveynlik Becerileri Eğitimi (Hizen Parenting Skills Training) temelinde 7 oturumluk bir program uygulanmıştır. Programda davranış terapisi ilkeleri, bireysel danışmanlık ve küçük grup atölyeleri yer almıştır. Eğitim sonrasında annelerin depresyon puanlarında anlamlı düşüş ve sürekli kaygı puanlarında azalma saptanmış; durumluk kaygı puanlarında ise anlamlı değişim görülmemiştir. Bu tablo, ebeveynlik eğitiminin ebeveynlerde özellikle depresif belirtileri azaltmada etkili olabileceğini, ancak anksiyete üzerindeki etkisinin daha sınırlı kalabileceğini düşündürmektedir. Elde edilen sonuçlar, ebeveynlerin ruhsal iyilik halinin desteklenmesinde yapılandırılmış ebeveyn eğitim programlarının önemini vurgulamaktadır. Ancak depresyon ve anksiyete üzerindeki sınırlı etki, bazı çalışmalarda gözlenmiştir. Schrott ve ark. (2019) OSB tanılı 3-12 yaş çocukların 23 ebeveynine 10 seanslık SSTP eğitimi uygulamış; etkileri Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeği (Depression Anxiety Stress Scales-DASS) ile değerlendirmiş ve sonuçta puanlarda anlamlı değişim saptanmamıştır (217). Bu durum, başlangıçtaki depresyon ve anksiyeteye ilişkin psikopatolojik belirti düzeylerinin düşük olmasına bağlanmıştır. Bizim çalışmamızda, ebeveynlik eğitimi alan grubun başlangıçtaki BDÖ puanlarının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu durum, müdahale sonrasında eğitim alan grupta depresyon puanlarında anlamlı bir düşüş saptanmasını kısmen açıklayabilir; zira yüksek başlangıç düzeyleri iyileşme için daha geniş bir alan sunmuş olabilir. Aynı şekilde başlangıç anksiyete düzeylerinin her iki grupta da düşük olması, anksiyetede anlamlı değişim görülmemesini açıklayabilir. Benzer şekilde, Williams ve arkadaşları (2020) tarafından yürütülen Incredible Years Autism Spectrum and Language Delays (IY-ASLD) programının müdahale ve kontrol gruplarının karşılaştırıldığı randomize kontrollü fizibilite çalışmasında, ebeveynlerin depresyon düzeyleri Beck Depresyon Ölçeği-II (BDI-II) ile değerlendirilmiş, ancak gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (218). Yazarlar bu sonucu, çalışmanın küçük örneklem büyüklüğü, takip süresinin görece kısa olması ve özellikle ebeveynlerin başlangıçtaki depresyon düzeylerinin düşük olması ile açıklamışlardır. Dolayısıyla, bizim çalışmamızdaki bulgular, başlangıç düzeylerinin önemine işaret

etmekte ve ebeveynlik eğitiminin depresyon belirtilerini azaltıcı ve koruyucu etkisini desteklemektedir.

Başka bir çalışmada ise, 2016'da İran'da OSB'li 22 çocuğun ebeveynine, Triple P ilkeleri ve otizmde davranış eğitimi yöntemleri temelinde 8 oturumluk bir ebeveynlik becerileri programı uygulanmış; müdahale sonunda depresyon puanlarında anlamlı bir düşüş, anksiyete puanlarında istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir azalma, ebeveynlerin yaşam kalitesi puanlarında ise anlamlı bir değişim saptanmamıştır (219). Araştırmacılar, ebeveyn eğitiminin özellikle ebeveyn depresyonunu azaltmada olumlu bir etkiye sahip olduğunu vurgulamışlardır

Ebeveynlik eğitim programlarının etkileri sadece ruhsal belirtilerle sınırlı kalmayıp, ebeveynlerin yaşam kalitesi ve öz-yeterlik algıları üzerinde de önemli sonuçlar doğurabilmektedir. Roberts ve ark. (2011) okul öncesi OSB'li çocukların ebeveynlerinde iki erken müdahale modelini (bireyselleştirilmiş ev temelli program ve küçük grup merkez temelli + ebeveyn eğitim programı) karşılaştıran randomize kontrollü çalışmada, aile yaşam kalitesi sonuç değişkenleri olarak izlenmiştir (220). Merkez temelli program kolunda eşzamanlı ebeveyn eğitim ve destek grubu bulunması, ebeveyn çıktılarında fark yaratmış; araştırmacılar ebeveynlerde "yeterlik algısı ve yaşam kalitesi" açısından en fazla kazanımın bu kolda görüldüğünü bildirmişlerdir. Bu kolda ebeveynlik alanı ve toplam yaşam kalitesi puanı anlamlı artış göstermiştir. Bireyselleştirilmiş ev temelli program grubunda anlamlı değişim görülmemiş, bekleme grubunda yalnızca ebeveynlik alanında artış raporlanmıştır. Bu desen, ebeveyn eğitim ve destek bileşenlerinin kısa-orta vadede ebeveynin öz-yeterlik ve iyi oluş algısını güçlendirdiğini düşündürmektedir. Bizim çalışmamızda 9 haftalık PPEYP sonrasında ebeveynlerde depresyon puanlarının azalması ve Otizm Yaşam Kalitesi Anketi Ebeveyn Formu'nda kısa vadeli iyileşme, Roberts ve arkadaşlarının 12 aylık merkez temelli + ebeveyn programında gördüğü yaşam kalitesi kazanımlarıyla yönsel olarak uyumludur. Aradaki süre ve yoğunluk farkı dikkate alındığında, ebeveyn odaklı yapılandırılmış bileşenlerin ebeveyn iyi oluşuna katkısının kısa sürede görünür olabildiğine işaret etmektedir. Çalışmamızdaki 9 haftalık PPEYP sonrasındaki yaşam kalitesindeki iyileşme eğilimi, Roberts ve ark. (2011) 12 aylık merkez temelli ve ebeveyn eğitim programında gördüğü yaşam kalitesi kazanımlarıyla paralellik

göstermektedir. Bu benzerlik, programın süresi ve yoğunluğundaki farklılıklara rağmen, ebeveyn odaklı programların ebeveyn iyilik hali üzerindeki olumlu etkilerinin kısa dönemde bile gözlemlenebileceğini desteklemektedir.

PPP, ebeveynlerin psikolojik iyi oluşlarını desteklemeyi ve ebeveynlik becerilerini güçlendirmeyi amaçlayan çok boyutlu müdahaleler sunmaktadır. Literatürde PPEYP'nin ebeveyn stresini azaltmada etkili olduğu gösterilmiştir. Örneğin, Gerber ve ark.(2016) yürüttüğü çalışmada, okul öncesi çocukların ebeveynlerine uygulanan PPEYP'nin, ebeveyn stres düzeylerini anlamlı şekilde azalttığı ve ebeveyn memnuniyetini artırdığı bulunmuştur (18). Yine Sharry ve ark.(2005) PPEYP sonrasında ebeveynlerin stresini ebeveyn stres ölçeği (Parent Stress Scale) ile değerlendirilmiş ve ebeveyn stresinde anlamlı azalma görülmüştür (221).Çok merkezli kontrollü PPEYP'nda da, ebeveyn stresinde azalma ve gözlemsel ölçümlerde iyileşmeler saptanmıştır. Bu kazanımlar 5 ay sonunda korunmuştur (200). Benzer şekilde, Lonergan ve ark. (2015) gerçekleştirdiği çalışmada, PPEYP'nin ebeveyn stresi üzerindeki etkileri, iki farklı müdahale yoğunluğu temelinde karşılaştırılmıştır (222). Çalışmada bir grup ebeveyne tek oturumluk kısa bir bilgilendirme atölyesi, diğer gruba ise yedi hafta süren tam kapsamlı PPEYP uygulanmıştır. Elde edilen sonuçlar, her iki grubun da ebeveyn stresinde azalma gösterdiğini, ancak yedi haftalık müdahale grubunda bu azalmanın istatistiksel olarak anlamlı ve etki büyüklüğünün yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Bu bulgular, müdahalenin süresi ve yoğunluğunun, ebeveynin psikolojik yükünü azaltma açısından belirleyici olabileceğini göstermektedir. Elde edilen bütünsel sonuçlar, PPEYP alan grupta gözlenen olumlu gelişimleri desteklemekte ve ebeveynlik eğitiminin, ebeveynlerin psikolojik iyi oluşu üzerinde -özellikle depresif belirtileri azaltmada ve iyi oluşun korunmasında- koruyucu ve iyileştirici bir etki yarattığını göstermektedir. Bu olumlu etkiler, PPEYP'nin grup halinde yürütülme şekliyle açıklanabilir. Grup ortamı, OSB tanılı çocuk sahibi ebeveynlerde sık görülen yalnızlaşma ve içe çekilme eğilimini kırmaya yardımcı olabilir. Oturumlar süresince ebeveynler, yalnızca uzmandan değil, aynı zamanda benzer deneyimlere sahip diğer ebeveynlerden de geri bildirim ve duygu desteği alma fırsatı bulur. Ortak yaşantıların paylaşılması, sorunların "yalnızca bana özgü" olduğu hissiyatını azaltarak ebeveynlerde aidiyet duygusunu

güçlendirir. Bu destekleyici iklim, ebeveynlerin kaçış tarzı başa çıkma stratejileri yerine, sorunla yüzleşme, bilgi edinme ve istişare etme gibi daha işlevsel stratejileri benimsemesini kolaylaştırır. Diğer ebeveynlerden öğrenilen pratik ve uygulanabilir teknikler, ebeveynin öz-yeterlik ve kontrol algısını artırır. Bu da olumsuz duygu durumunun hafiflemesine ve daha olumlu bir tutum geliştirilmesine zemin hazırlar. Sonuç olarak, programın ilişki ve iyi oluş göstergelerindeki iyileştirici etkisinin önemli bir bölümü, grup ebeveyn desteği ve güçlü aidiyet duygusu üzerinden açıklanabilir.

Çocuk ve ebeveyn düzeyindeki değişimlere ek olarak, çalışmamızın odağında ebeveyn–çocuk ilişkisinin niteliği, ebeveynlik uygulamaları ve aile uyumu da yer alır. Bu bağlamda, çalışmamızda elde edilen bulgular PPEYP grubunda ÇAİÖ puanlarında anlamlı bir azalma olduğunu göstererek ilişkinin güçlendiğine işaret etmektedir. Ancak aynı grupta Ebeveynlik ve Aile Uyum Ölçeği (PAFAS) toplam puanı ve alt ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı bir değişim saptanmamıştır. Bu bulgular, programın ebeveyn-çocuk ilişkisini doğrudan iyileştirmede başarılı olduğunu, ancak aile sistem düzeyindeki daha geniş uyum ve işlevsellik değişimlerinin kısa vadede tam olarak yansımadığını düşündürmektedir.

Buna karşılık, kontrol grubunda hem ÇAİÖ hem de PAFAS toplam puanı ve alt ölçeklerinde anlamlı bir değişim izlenmemiştir.

OSB tanılı çocukların ebeveynleri, ebeveyn-çocuk ilişkisinin niteliğini olumsuz etkileyebilen güçlüklerle karşılaşmaktadır. Yüksek düzeyde stres yaşayan ebeveynler, ebeveyn-çocuk ilişkilerinde daha düşük sıcaklık ve daha yüksek çatışma bildirme eğilimindedir (223). Bu risk profilinin ışığında, ebeveynlik temelli müdahaleler ilişki kalitesini hedefleyen kısa vadeli kazanımlar üretebilmektedir. Örneğin, Gong ve ark. (2025) çalışmasında OSB tanılı 3-6 yaş çocukların ebeveynlerine yönelik kültürel olarak uyarlanmış, ilişki temelli bir ebeveyn eğitim programı olan Heart-Mind-Behavior (HMB) eğitimi uygulanmıştır (224). Eğitimin etkisi ÇAİÖ ile değerlendirildiğinde programın ebeveyn-çocuk ilişkisinde anlamlı bir iyileşme sağladığı saptanmıştır.81 ebeveyn ile yürütülen bu çalışmada, 4 ay sonraki takipte de etkinin sürdüğü görülmüştür. Ginn ve ark. (2017) rastgele kontrollü çalışmasında, ilişki odaklı kısa Ebeveyn-Çocuk Etkileşimi Terapisi (PCIT)

paketlerinden Çocuğun Yönlendirdiği Etkileşim Eğitimi (CDIT)'nin, ebeveyn becerilerini iyileştirdiğini ve ebeveyn-çocuk etkileşimini güçlendirdiğini göstermiştir (225). Bu değişimler 6 haftalık izlemde korunmuştur. Bu bulgular, ilişki göstergelerinin erken dönemde değişime duyarlı olduğunu destekler. Benzer şekilde,2021 yılında İran'da yürütülen yarı deneysel bir çalışmada, Triple P temelli ebeveynlik programı 7–12 yaş OSB'li çocukların annelerine 8 oturum halinde uygulanmış; ÇAİÖ ile değerlendirilen anne–çocuk ilişkisi müdahale lehine anlamlı biçimde iyileşmiştir (226).Yazarlar, programın anne–çocuk etkileşim kalitesini artırdığını ve davranış sorunlarını azaltmaya katkı verebileceğini bildirmiştir.

PPEYP literatüründe ebeveyn–çocuk ilişkisi çoğunlukla özbildirim yerine nitel görüşmeler ve bağımsız gözlemsel kodlamalarla değerlendirilmiştir. Sharry ve ark. (2005) tarafından yapılan niteliksel değerlendirmede, ebeveynlerin program sonrasında çocuklarının iletişim ve davranışlarında iyileşme algıladıklarını, daha olumlu ebeveynlik stratejileri kullandıklarını ve ebeveyn-çocuk ilişkisinin kalitesinde artış yaşadıklarını ifade etmişlerdir (197). Griffin ve ark. (2010) ise yapılandırılmış etkileşimlerin bağımsız video gözlemi öncesi-sonrası karşılaştırıldığında, programı tamamlayan ebeveynlerin çocuk merkezli olumlu davranışları daha sık sergilediği ve etkisiz ya da uygunsuz talimatları daha az kullandığı doğrulanmıştır (200). Bu değişim, ebeveyn-çocuk etkileşiminin kalitesinde gözleme dayalı bir iyileşmeyi ortaya koymaktadır. Mevcut çalışmamızdaki ÇAİÖ puanlarındaki azalma, PPEYP çalışmalarının bu nitel ve gözlemsel bulgularıyla yönsel olarak tutarlıdır. Programların kısa vadede özellikle etkileşim kalitesini hedefleyen ve görünür kılan değişimler üretebildiği anlaşılmaktadır.

Ebeveynlik programlarının aile sistemleri üzerindeki daha geniş etkileri ve uyum süreçleri, müdahalenin yoğunluğuna ve takip süresine bağlı olarak farklılık gösterebilmektedir. Lee ve ark.(2022) tarafından Kore'de OSB dahil gelişimsel yetersizliği olan çocukların ebeveynleriyle yürütülen bir randomize kontrollü çalışmada, SSTP eğitimi uygulanmıştır (227). Çocuk güçlükleri ve işlevsiz ebeveynlikte kısa vadeli iyileşme görülürken, PAFAS aile uyumu ve aile ilişkileri alt ölçeklerinde post-testte anlamlı bir fark bulunmamış, 4 aylık izlemde de ek kazanım gösterilmemiştir. Bu desen, kısa ve düşük yoğunluklu programların önce ebeveynlik

pratiklerinde değişim ürettiğini, aile uyumu ve ilişkilerindeki daha geniş düzenlemelerin ise daha uzun izlem ya da daha yüksek doz gerektirebileceğini düşündürmektedir.

McMahon ve ark. (2023), zihinsel yetersizliği olan ergenlerin ebeveynleriyle yürüttükleri Parents Plus Special Needs programının kümelenmiş randomize kontrollü çalışmasında, PAFAS-ebeveynlik uygulamaları alanında post-testte müdahale lehine anlamlı iyileşme bildirmiştir (228). PAFAS-aile uyumunda ise post-testte fark yokken, 3 aylık izlemede anlamlı iyileşme saptanmıştır. Yazarlar bu deseni, önce ebeveynlik pratiklerindeki değişimlerin ortaya çıkması, aile düzeyi uyumunun ise programdan bir süre sonra olgunlaşması olarak yorumlamaktadır.

Quinn ve ark. (2007) PPP'ında OSB ve zihinsel yetersizlik tanılarına sahip çocukların Family Assessment Device (FAD) ile aile işlevselliğini değerlendirmiş ve aile düzeyinde anlamlı değişim bulamamışlardır (199). Bu desenler, bizim çalışmamızda PAFAS ölçeği için kısa vadede anlamlı fark çıkmamasını yönsel olarak desteklemektedir. Programların öncelikle ebeveynlik becerileri ve çocuk çıktılarını etkilediği, aile sistemi düzeyindeki daha derin ve kapsamlı uyum değişimlerinin ise daha geç bir dönemde veya daha yoğun müdahale gereksiniminde ortaya çıkabileceği düşünülmektedir.

Tüm bulgularla beraber, çalışmamızda PPEYP ile OSB'li çocuklarda kısa vadede davranışsal–duygusal sorun yükünde azalma ve prososyal davranışlarda artış gözlenirken, ebeveynlerde depresif duygu durum azalmış ve koruyucu bir etki örüntüsü ortaya çıkmış, ebeveyn–çocuk ilişkisi ise güçlenmiştir. Aile düzeyi uyum göstergeleri kısa vadede stabil kalmıştır; bu da bu alandaki etkilerin belirginleşmesi için daha uzun süre ya da daha yoğun bir desteğin gerekli olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamız, birtakım sınırlılıklar çerçevesinde yorumlanmalıdır. İlk olarak, örneklem büyüklüğünün görece sınırlı ve tek merkezden seçilmiş olması, istatistiksel gücü azaltmakta ve bulguların farklı sosyokültürel bağlamlara genellenebilirliğini kısıtlamaktadır. Örneklemin klinik şiddetinin ağırlıkla hafif–orta düzeyde olması,

bulguların daha ağır OSB tablolarına genellenebilirliğini sınırlar. Gruplar arasında anne eğitimi/çalışma durumu, doğum sırası ya da başvuru yaşı gibi bazı başlangıç farklılıklarının bulunması olası karıştırıcı etkilerin tamamen dışlanmasını güçleştirebilir.

İkinci olarak, değerlendirmelerin önemli bir kısmı ebeveyn öz-bildirimine dayanmaktadır. Değerlendiricinin tedavi durumuna kör olmaması; beklenti etkileri, raporlayıcı yanlılığı ve anlık duygu durumunun puanlamaya yansıması gibi riskleri artırabilir. Klinik gözleme dayalı ölçütler bu riski kısmen azaltmış olsa da tüm değerlendirmelerde tam körlük sağlanamamış olma olasılığı ölçüm yanlılığını bütünüyle ortadan kaldırmamaktadır. Gelecek çalışmalarda, ebeveyn raporlarını doğrulamak üzere tedavi durumuna kör bağımsız değerlendiricilerle yapılan gözlemsel ölçümler, öğretmen raporları ve birden fazla bilgi kaynağının birlikte kullanımı önerilir.

Üçüncü olarak, müdahale yoğunluğu ve süresi kısadır; iki zaman noktasına dayalı tasarım, gecikmeli etkilerin yakalanmasını zorlaştırabilir. Ayrıca çocuklardaki komorbid tanılar, aldıkları medikal tedaviler ile rutin özel eğitim ve diğer eşzamanlı hizmetleri sürdürmüş olmaları; bu hizmetlerin yoğunluk ve içeriğinin standart biçimde kaydedilmemesi, gözlenen etkilerin yalnızca programa atfedilmesini güçleştirmektedir.

Son olarak, eğitimde kullanılan görsel materyallerin çoğu tipik gelişim örneklerinden derlenen kısa videolardır; oysa ebeveynler, gelişimsel yetersizlikleri içeren ve kendi çocuklarının gereksinimlerine uyarlanmış içerikleri daha işlevsel bulabilmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma, bildiğimiz kadarıyla PPEYP'nin yalnızca OSB tanılı çocukların ebeveynlerinden oluşan bir örneklemde ve çok boyutlu çıktılarla değerlendirildiği ilk klinik araştırmadır.

Günlük pratikte OSB'li çocuk ailelerine verilen destek çoğunlukla kısa süreli kontrol görüşmeleri ve bireysel danışmanlıkla sınırlı kalmaktadır. Ebeveynlerin bakım yükünden dolayı sosyal izolasyona maruz kalması da sıkça karşılaşılan bir durumdur. Benzer güçlükleri yaşayan ebeveynlerin bir araya gelebildiği ortamlar ise çoğu kez kısa sürelidir. Bu boşluğu, akran etkileşimini sistematik biçimde içeren ve beceri öğretimini yapılandırılmış bir çerçevede sunan grup temelli programlar doldurabilir. Bu bağlamda, klinik uygulamada PPEYP'nin, rutin özel eğitime ek ve grup temelli bir ebeveyn eğitimi olarak yaygınlaştırılması; kısa sürede ilişki ve duygu durum alanlarında somut kazanımlar üretmesinden dolayı özellikle depresif belirti düzeyi yüksek ya da ilişki kalitesinde zorluk bildiren ailelerde önceliklendirilmesi önerilir. Program sonrasında belirli aralıklarla izlem oturumları planlanması, öğrenilen becerilerin gündelik rutine yerleşmesini ve olası gerilemenin önlenmesini destekleyebilir. Ayrıca OSB'ye özgü, kültürel ve tanısal açıdan uyarlanmış görsel materyallerin kullanılması ve babaların etkin katılımının teşvik edilmesi, programın katılımı ve müdahale etkisini artıracaktır.

Gelecek araştırmalarda çok merkezli ve daha büyük örneklemlerle çalışılması, daha uzun takip süreleri, kör bağımsız gözlemsel ölçümler ve öğretmen raporları ile bulguların teyit edilmesi önerilir.

Bu çerçevede PPEYP, erken çocukluk döneminde çocuğun davranışsal-duygusal yükünü hafifleten, ebeveynin ruhsal yükünü azaltan ve iyi oluşunu destekleyen, ebeveyn çocuk ilişkisini güçlendiren uygulanabilir, ölçeklenebilir ve klinik pratikte yaygınlaştırılma potansiyeli yüksek bir seçenek olarak değerlendirilmektedir.

KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. American Psychiatric Association; 2013.
2. Maenner MJ, Warren Z, Williams AR, Amoakohene E, Bakian A V., Bilder DA, et al. Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2020. MMWR Surveillance Summaries. 2023 Mar 3;72(2):1.
3. Fuller EA, Kaiser AP. The Effects of Early Intervention on Social Communication Outcomes for Children with Autism Spectrum Disorder: A Meta-analysis. J Autism Dev Disord. 2020 May;50(5):1683-1700. doi: 10.1007/s10803-019-03927-z. PMID: 30805766; PMCID: PMC7350882.
4. Rojas-Torres LP, Alonso-Esteban Y, Alcantud-Marín F. Early Intervention with Parents of Children with Autism Spectrum Disorders: A Review of Programs. Children (Basel). 2020 Dec 15;7(12):294. doi: 10.3390/children7120294. PMID: 33333900; PMCID: PMC7765314.
5. Bearss K, Johnson C, Smith T, Lecavalier L, Swiezy N, Aman M, McAdam DB, Butter E, Stillitano C, Minshawi N, Sukhodolsky DG, Mruzek DW, Turner K, Neal T, Hallett V, Mulick JA, Green B, Handen B, Deng Y, Dziura J, Scahill L. Effect of parent training vs parent education on behavioral problems in children with autism spectrum disorder: a randomized clinical trial.
6. McConachie H, Diggle T. Parent implemented early intervention for young children with autism spectrum disorder: a systematic review. J Eval Clin Pract. 2007 Feb;13(1):120-9. doi: 10.1111/j.1365-2753.2006674.x. PMID: 17286734.
7. Gray, D. E. (2006). Coping over time: The parents of children with autism. Journal of intellectual disability research, 50(12), 970-976.
8. Sharpe, D. L., & Baker, D. L. (2007). Financial issues associated with having a child with autism. Journal of family and economic issues, 28, 247-264.
9. Singer, G. H., Ethridge, B. L., & Aldana, S. I. (2007). Primary and secondary effects of parenting and stress management interventions for parents of children with developmental disabilities: A meta-analysis. Mental retardation and developmental disabilities research reviews, 13(4), 357-369.
10. Dawson, G., Rogers, S., Munson, J., Smith, M., Winter, J., Greenson, J., ... & Varley, J. (2010). Randomized, controlled trial of an intervention for toddlers with autism: the Early Start Denver Model. Pediatrics, 125(1), e17-e23.
11. Ingersoll, B., & Dvortcsak, A. (2006). Including parent training in the early childhood special education curriculum for children with autism spectrum disorders. Topics in Early Childhood Special Education, 26(3), 179-187.
12. Carr A. The handbook of child and adolescent clinical psychology: A contextual approach: Routledge; 2015.
13. Tonge, B., Brereton, A., Kiomall, M., Mackinnon, A. N. D. R. E. W., King, N., & Rinehart, N. (2006). Effects on parental mental health of an education and skills

training program for parents of young children with autism: A randomized controlled trial. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 45(5), 561-569.

14. Lecavalier, L., Smith, T., Johnson, C., Bearss, K., Swiezy, N., Aman, M. G., ... & Scahill, L. (2017). Moderators of parent training for disruptive behaviors in young children with autism spectrum disorder. Journal of abnormal child psychology, 45, 1235-1245.
15. Sharry J, Fitzpatrick C. Parents Plus Programme: A practical and positive video-based course for managing and solving discipline problems in children. Manual and videos Dublin: Mater Hospital. 1998.
16. Carr A, Hartnett D, Brosnan E, Sharry J. Parents Plus Systemic, Solution- Focused Parent Training Programs: Description, Review of the Evidence Base, and Meta-Analysis. Fam Process. 2017;56(3):652-68.
17. Sharry J. Solution-focused groupwork: Sage; 2007.
18. Gerber, S. J., Sharry, J., & Streek, A. (2016). Parent training: effectiveness of the Parents Plus Early Years programme in community preschool settings. European Early Childhood Education Research Journal, 24(4), 602-614.
19. Quinn, M., Carr, A., Carroll, L., & O'Sullivan, D. (2007). Parents Plus Programme 1: Evaluation of its effectiveness for pre-school children with developmental disabilities and behavioural problems. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 20(4), 345-359.
20. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
21. Frith U. Autism: Explaining the Enigma. Oxford, UK: Blackwell Publishers; 1989.
22. Kanner L. Autistic disturbances of affective contact. Nerv Child. 1943;2(217):250.
23. Frith, U. (1991). Autism and Asperger syndrome. Cambridge University Press.
24. Wing, L., & Gould, J. (1979). Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: Epidemiology and classification. Journal of Autism and Developmental Disorders, 9(1), 11-29.
25. American Psychiatric Association. (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
26. American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
27. World Health Organization. (2018). International classification of diseases (11th ed.). Geneva: World Health Organization..
28. Wang J, Ma B, Wang J, Zhang Z, Chen O. Global prevalence of autism spectrum disorder and its gastrointestinal symptoms: A systematic review and meta-analysis. Front Psychiatry. 2022 Aug 23;13:963102. doi: 10.3389/fpsyt.2022.963102. PMID: 36081466; PMCID: PMC9445193.
29. Fombonne, E. (2009). The epidemiology of autism: A review. Psychological Medicine, 39(2), 136-146.

30. Maenner, M. J., Warren, Z., Williams, A. R., Amoakohene, E., Bakian, A. V., Bilder, D. A., & others. (2020). Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 8 years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2020. MMWR Surveillance Summaries, 72(2), 1.

31. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2018). Prevalence of autism spectrum disorder among 8-year-old children — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 sites, United States, 2014. MMWR Surveillance Summaries, 67(6), 1-23.

32. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2020). Prevalence of autism spectrum disorder among 8-year-old children — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 sites, United States, 2016. MMWR Surveillance Summaries, 69(4), 1-12.

33. Fombonne, E. (2018). Epidemiology of autism spectrum disorder. Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders, 1, 127-149.

34. Zeidan J, Fombonne E, Scorah J, Ibrahim A, Durkin MS, Saxena S, Yusuf A, Shih A, Elsabbagh M. Global prevalence of autism: A systematic review update. Autism Res. 2022 May;15(5):778-790. doi: 10.1002/aur.2696. Epub 2022 Mar 3. PMID: 35238171; PMCID: PMC9310578.

35. Charman, T., & Baird, G. (2002). Practitioner review: Diagnosis of autism spectrum disorder in 2- to 3-year-old children. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 43(4), 313-326.

36. Robins, D. L., & Dumont-Mathieu, T. (2006). The importance of early identification of autism spectrum disorders. Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 27(4), 291-295.

37. Baron-Cohen, S., & Lombardo, M. V. (2017). The relationship between autism and sex differences. Current Opinion in Neurology, 30(1), 1-6.

38. Wing, L., Lord, C. Some questions on sex differences. J Autism Dev Disord 14, 211–214 (1984).

39. Lai MC, Lombardo MV, Auyeung B, Chakrabarti B, Baron-Cohen S. Sex/gender differences and autism: setting the scene for future research. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2015 Jan;54(1):11-24. doi: 10.1016/j.jaac.2014.103. Epub 2014 Oct 16. PMID: 25524786; PMCID: PMC4284309.

40. Oner O, Munir KM. Modified checklist for autism in toddlers revised (MCHAT-R/F) in an urban metropolitan sample of young children in Turkey. J Autism Dev Disord. 2020;50:3312- 9.

41. Nahit Motavalli Mukaddes. Otizm Spektrum Bozuklukları. 2.baskı. Nobel Tıp Kitapevleri; 2017.

42. Bourgeron T. From the genetic architecture to synaptic plasticity in autism spectrum disorder. Nat Rev Neurosci. 2015;16(9):551–563.

43. Hallmayer, J., et al., Genetic heritability and shared environmental factors among twin pairs with autism. Arch Gen Psychiatry, 2011. 68(11): p. 1095-102.

44. Bai D, Yip BHK, Windham GC, Sourander A, Francis R, Yoffe R, Glasson E, Mahjani B, Suominen A, Leonard H, Gissler M, Buxbaum JD, Wong K, Schendel D, Kodesh A, Breshnahan M, Levine SZ, Parner ET, Hansen SN, Hultman C, Reichenberg A, Sandin S. Association of Genetic and Environmental Factors With Autism in a 5-Country Cohort. JAMA Psychiatry. 2019 Oct 1;76(10):1035-1043. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2019.1411. PMID: 31314057; PMCID: PMC6646998.

45. Satterstrom FK, Kosmicki JA, Wang J, Breen MS, De Rubeis S, An JY, Peng M, Collins R, Grove J, Klei L, Stevens C, Reichert J, Mulhern MS, Artomov M, Gerges S, Sheppard B, Xu X, Bhaduri A, Norman U, Brand H, Schwartz G, Nguyen R, Guerrero EE, Dias C; Autism Sequencing Consortium; iPSYCH-Broad Consortium; Betancur C, Cook EH, Gallagher L, Gill M, Sutcliffe JS, Thurm A, Zwick ME, Børglum AD, State MW, Cicek AE, Talkowski ME, Cutler DJ, Devlin B, Sanders SJ, Roeder K, Daly MJ, Buxbaum JD. Large-Scale Exome Sequencing Study Implicates Both Developmental and Functional Changes in the Neurobiology of Autism. Cell. 2020 Feb 6;180(3):568-584.e23. doi: 10.1016/j.cell.2019.12.036. Epub 2020 Jan 23. PMID: 31981491; PMCID: PMC7250485.

46. Demirkaya SK. Otizm Spektrum Bozukluklarında Etiyopatogenez. In: Mukaddes NM, Ercan ES, eds. Nörogelişimsel Bozukluklar; 2018:317- 334.

47. Losh M, Klusek J, Martin GE, Sideris J, Parlier M, Piven J. Defining genetically meaningful language and personality traits in relatives of individuals with fragile X syndrome and relatives of individuals with autism. Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet. 2012 Sep;159B(6):660-8. doi: 10.1002/ajmg.b.32070. Epub 2012 Jun 12. PMID: 22693142; PMCID: PMC3740587.

48. Lo-Castro, A., Benvenuto, A., Galasso, C., Porfirio, C., & Curatolo, P. (2010). Autism spectrum disorders associated with chromosomal abnormalities. Research in Autism Spectrum Disorders, 4(3), 319-327.

49. Duan K, Eyler L, Pierce K, Lombardo MV, Datko M, Hagler DJ, Taluja V, Zahiri J, Campbell K, Barnes CC, Arias S, Nalabolu S, Troxel J, Ji P, Courchesne E. Differences in regional brain structure in toddlers with autism are related to future language outcomes. Nat Commun. 2024 Jun 13;15(1):5075. doi: 10.1038/s41467-024-48952-4. PMID: 38871689; PMCID: PMC11176156.

50. Nickl-Jockschat T, Habel U, Michel TM, et al. Brain structure anomalies in autism spectrum disorder–a meta-analysis of VBM studies using anatomic likelihood estimation. Hum Brain Mapp. 2012;33(6):1470–1489.

51. Philip RC, Dauvermann MR, Whalley HC, Baynham K, Lawrie SM, Stanfield AC. A systematic review and meta-analysis of the fMRI investigation of autism spectrum disorders. Neurosci Biobehav Rev. 2012;36(2):901–942.

52. Stoner R, Chow ML, Boyle MP, et al. Patches of disorganization in the neocortex of children with autism. N Engl J Med. 2014;370(13):1209–1219.

53. Casanova MF. The neuropathology of autism. In: Volkmar FR, Rogers SJ, Paul R, Pelphrey KA, eds. Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders, 4th ed, Vol 1. Hoboken, NJ: Wiley & Sons; 2014:346–531.

54. Marotta R, Risoleo MC, Messina G, Parisi L, Carotenuto M, Vetri L, Roccella M. The Neurochemistry of Autism. Brain Sci. 2020 Mar 13;10(3):163. doi: 10.3390/brainsci10030163. PMID: 32182969; PMCID: PMC7139720.

55. Abdulamir HA, Abdul-Rasheed OF, Abdulghani EA. Serotonin and serotonin transporter levels in autistic children. Saudi Med J. 2018;39(5):487.

56. Tidey JW, Miczek KA. Social defeat stress selectively alters mesocorticolimbic dopamine release: an in vivo microdialysis study. Brain Res. 1996;721(1-2):140-9.

57. Al-Otaish H., Al-Ayadhi L., Bjørklund G., Chirumbolo S., Urbina M.A., El-Ansary A. Relationship between absolute and relative ratios of glutamate, glutamine and GABA and severity of autism spectrum disorder. Metab. Brain Dis. 2018;33:843–854. doi: 10.1007/s11011-018-0186-6.

58. Ford T.C., Nibbs R., Crewther D.P. Glutamate/GABA+ ratio is associated with the psychosocial domain of autistic and schizotypal traits. PLoS ONE. 2017;12:e0181961. doi: 10.1371/journal.pone.018196.

59. Husarova V.M., Lakatosova S., Pivovarciova A., Babinska K., Bakos J., Durdiakova J., Kubranska A., Ondrejka I., Ostatnikova D. Plasma oxytocin in children with autism and its correlations with behavioral parameters in children and parents. Psychiatry Investig. 2016;13:174. doi: 10.4306/pi.2016.13.2.174.

60. Zhao H, Zhang H, Liu S, Luo W, Jiang Y, Gao J. Association of Peripheral Blood Levels of Cytokines With Autism Spectrum Disorder: A Meta-Analysis. Front Psychiatry. 2021 Jul 2;12:670200. doi: 10.3389/fpsyt.2021.670200. PMID: 34276441; PMCID: PMC8283413.

61. Nelson SB, Valakh V. Excitatory/inhibitory balance and circuit homeostasis in autism spectrum disorders. Neuron. (2015) 87:684–98. doi: 10.1016/j.neuron.2015.07.033.

62. Choi G.B., Yim Y.S., Wong H., Kim S., Kim H., Kim S.V., Hoeffer C.A., Littman D.R., Huh J.R. The maternal interleukin-17a pathway in mice promotes autism-like phenotypes in offspring. Science. 2016;351:933–939. doi: 10.1126/science.aad0314.

63. Comi, A. M., Zimmerman, A. W., Frye, V. H., Law, P. A., and Peeden, J. N. (1999). Familial clustering of autoimmune disorders and evaluation of medical risk factors in autism. J. Child Neurol. 14, 388–394. doi: 10.1177/088307389901400608.

64. Atladottir, H. O., Pedersen, M. G., Thorsen, P., Mortensen, P. B., Deleuran, B., Eaton, W. W., et al. (2009). Association of family history of autoimmune diseases and autism spectrum disorders. Pediatrics 124, 687–694. doi: 10.1542/peds.2008-2445.

65. Suprunowicz M, Tomaszek N, Urbaniak A, Zackiewicz K, Modzelewski S, Waszkiewicz N. Between Dysbiosis, Maternal Immune Activation and Autism: Is There a Common Pathway? Nutrients. 2024 Feb 16;16(4):549. doi: 10.3390/nu16040549. PMID: 38398873; PMCID: PMC10891846.

66. Gardener H, Spiegelman D, Buka SL. Perinatal and neonatal risk factors for autism: a comprehensive meta-analysis. Pediatrics. 2011;128(2):344–355.

67. Hisle-Gorman E, Susi A, Stokes T, Gorman G, Erdie-Lalena C, Nylund CM. Prenatal, perinatal, and neonatal risk factors of autism spectrum disorder. Pediatr Res. 2018 Aug;84(2):190-198. doi: 10.1038/pr.2018.23. Epub 2018 Apr 18. PMID: 29538366.

68. Wu S, Wu F, Ding Y, Hou J, Bi J, Zhang Z. Advanced parental age and autism risk in children: a systematic review and meta-analysis. Acta Psychiatr Scand. 2017 Jan;135(1):29-41. doi: 10.1111/acps.12666. Epub 2016 Nov 14. PMID: 27858958.

69. Jain A, Marshall J, Buikema A, Bancroft T, Kelly JP, Newschaffer CJ. Autism occurrence by MMR vaccine status among US children with older siblings with and without autism. JAMA. 2015;313(15):1534–1540.

70. Dutheil F, Comptour A, Morlon R, Mermillod M, Pereira B, Baker JS, Charkhabi M, Clinchamps M, Bourdel N. Autism spectrum disorder and air pollution: A systematic review and meta-analysis. Environ Pollut. 2021 Jun 1;278:116856. doi: 10.1016/j.envpol.2021.116856. Epub 2021 Mar 2. PMID: 33714060.

71. Chang Z, Di Martino JM, Aiello R, Baker J, Carpenter K, Compton S, Davis N, Eichner B, Espinosa S, Flowers J, Franz L, Harris A, Howard J, Perochon S, Perrin EM, Krishnappa Babu PR, Spanos M, Sullivan C, Walter BK, Kollins SH, Dawson G, Sapiro G. Computational Methods to Measure Patterns of Gaze in Toddlers With Autism Spectrum Disorder. JAMA Pediatr. 2021 Aug 1;175(8):827-836. doi: 10.1001/jamapediatrics.2021.0530. PMID: 33900383; PMCID: PMC8077044.

72. Jones W, Klin A. Attention to eyes is present but in decline in 2-6-month-old infants later diagnosed with autism. Nature. 2013 Dec 19;504(7480):427-31. doi: 10.1038/nature12715. Epub 2013 Nov 6. PMID: 24196715; PMCID: PMC4035120.

73. Baron-Cohen S, Cox A, Baird G, et al. Psychological Markers in the Detection of Autism in Infancy in a Large Population. British Journal of Psychiatry. 1996;168(2):158-163. doi:10.1192/bjp.168.2.158.

74. Watson LR, Crais ER, Baranek GT, Dykstra JR, Wilson KP. Communicative gesture use in infants with and without autism: a retrospective home video study. Am J Speech Lang Pathol. 2013 Feb;22(1):25-39. doi: 10.1044/1058-0360(2012/11-0145). Epub 2012 Jul 30. PMID: 22846878; PMCID: PMC3574175.

75. Warlaumont AS, Richards JA, Gilkerson J, Oller DK. A social feedback loop for speech development and its reduction in autism. Psychol Sci. 2014 Jul;25(7):1314-24. doi: 10.1177/0956797614531023. Epub 2014 May 19. PMID: 24840717; PMCID: PMC4237681.

76. McDuffie AS, Lieberman RG, Yoder PJ. Object interest in autism spectrum disorder: a treatment comparison. Autism. 2012 Jul;16(4):398-405. doi: 10.1177/1362361309360983. Epub 2011 Dec 1. PMID: 22133872; PMCID: PMC4106682.

77. Foss-Feig JH, Heacock JL, Cascio CJ. TACTILE RESPONSIVENESS PATTERNS AND THEIR ASSOCIATION WITH CORE FEATURES IN AUTISM SPECTRUM DISORDERS. Res Autism Spectr Disord. 2012 Winter;6(1):337-344. doi: 10.1016/j.rasd.2011.067. PMID: 22059092; PMCID: PMC3207504.

78. Schreibman, L., Heyser, L., Stahmer, A., Wieseler, N. A., Hanson, R. H., & Siperstein, G. N. (1999). Challenging behavior of persons with mental health disorders and severe disabilities.(Eds.), Autistic disorder: characteristics and behavioral treatment.(pp 39-63). American Association of Mental Retardation.

79. Baron-Cohen S, Ashwin E, Ashwin C, Tavassoli T, Chakrabarti B. Talent in autism: hyper-systemizing, hyper-attention to detail and sensory hypersensitivity. Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci. 2009 May 27;364(1522):1377-83. doi: 10.1098/rstb.2008.0337. PMID: 19528020; PMCID: PMC2677592.

80. Westman Andersson G, Miniscalco C, Gillberg C. Autism in preschoolers: does individual clinician's first visit diagnosis agree with final comprehensive diagnosis? ScientificWorldJournal. 2013 Sep 4;2013:716267. doi: 10.1155/2013/716267. PMID: 24082856; PMCID: PMC3777121.

81. Desha L, Ziviani J, Rodger S. Play preferences and behavior of preschool children with autistic spectrum disorder in the clinical environment. Phys Occup Ther Pediatr. 2003;23(1):21-42. PMID: 12703383.

82. Molnar-Szakacs I, Wang MJ, Laugeson EA, Overy K, Wu WL, Piggot J. Autism, emotion recognition and the mirror neuron system: the case of music. Mcgill J Med. 2009 Nov 16;12(2):87. PMID: 21264050; PMCID: PMC2997252.

83. Watt N, Wetherby AM, Barber A, Morgan L. Repetitive and stereotyped behaviors in children with autism spectrum disorders in the second year of life. J Autism Dev Disord. 2008 Sep;38(8):1518-33. doi: 10.1007/s10803-007-0532-8. Epub 2008 Feb 12. PMID: 18266099; PMCID: PMC2637365.

84. Szatmari P, Georgiades S, Bryson S, Zwaigenbaum L, Roberts W, Mahoney W, Goldberg J, Tuff L. Investigating the structure of the restricted, repetitive behaviours and interests domain of autism. J Child Psychol Psychiatry. 2006 Jun;47(6):582-90. doi: 10.1111/j.1469-7610.2005.01537.x. PMID: 16712635.

85. Cascio CJ, Woynaroski T, Baranek GT, Wallace MT. Toward an interdisciplinary approach to understanding sensory function in autism spectrum disorder. Autism Res. 2016 Sep;9(9):920-5. doi: 10.1002/aur.1612. Epub 2016 Apr 19. PMID: 27090878; PMCID: PMC5564205.

86. Mawhood L, Howlin P, Rutter M. Autism and developmental receptive language disorder— A comparative follow-up in early adult life. I: Cognitive and language outcomes. Journal of Child Psychology and Psychiatry 2000;41(5): 547-59.

87. Vinen Z, Clark M, Dissanayake C. Social and Behavioural Outcomes of School Aged Autistic Children Who Received Community-Based Early Interventions. J Autism Dev Disord. 2023 May;53(5):1809-1820. doi: 10.1007/s10803-022-05477-3. Epub 2022 Feb 19. PMID: 35182258; PMCID: PMC10123039.

88. Ashburner, J., Ziviani, J., & Rodger, S. (2010). Surviving in the mainstream: Capacity of children with autism spectrum disorders to perform academically and regulate their emotions and behavior at school. Research in Autism Spectrum Disorders, 4(1), 18-27.

89. Seltzer MM, Shattuck P, Abbeduto L, Greenberg, JS. Trajectory of development in adolescents and adults with autism. Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews 2004;10(4):234-47.

90. Smith LE, Maenner MJ, Seltzer MM. Developmental trajectories in adolescents and adults with autism: the case of daily living skills. J Am Acad ChildAdolesc Psychiatry. 2012 Jun;51(6):622-31. doi: 10.1016/j.jaac.2012.031. Epub 2012 Apr 24. PMID: 22632621; PMCID: PMC3361701.

91. Lecavalier, L., Leone, S., & Wiltz, J. (2006). The impact of behaviour problems on caregiver stress in young people with autism spectrum disorders.Journal of intellectual disability research, 50(3), 172-183.

92. Spackman E, Smillie LD, Frazier TW, Hardan AY, Alvares GA, Whitehouse A, Uljarević M. Profiles of circumscribed interests in autistic youth. Front Behav Neurosci. 2023 Feb 9;17:1037967. doi: 10.3389/fnbeh.2023.1037967. PMID: 36844650; PMCID: PMC9947294.

93. Ghaziuddin M, Ghaziuddin N, Greden J. Depression in persons with autism: Implications for research and clinical care. J Autism Dev Disorder 2002;32:299-306.

94. Simonoff, E., Pickles, A., Charman, T., Chandler, S., Loucas, T., & Baird, G. (2008). Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 47(8), 921–929.

95. Micai M, Fatta LM, Gila L, Caruso A, Salvitti T, Fulceri F, Ciaramella A, D'Amico R, Del Giovane C, Bertelli M, Romano G, Schünemann HJ, Scattoni ML. Prevalence of co-occurring conditions in children and adults with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. Neurosci Biobehav Rev. 2023 Dec;155:105436. doi: 10.1016/j.neubiorev.2023.105436. Epub 2023 Oct 31. PMID: 37913872.

96. Lai, M.-C., Kassee, C., Besney, R., Bonato, S., Hull, L., Mandy, W., ... & Ameis, S. H. (2019). Prevalence of co-occurring mental health diagnoses in the autism population: a systematic review and meta-analysis. The Lancet Psychiatry, 6(10), 819–829.

97. Eaton C, Roarty K, Doval N, Shetty S, Goodall K, Rhodes SM. The Prevalence of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms in Children and Adolescents With Autism Spectrum Disorder Without Intellectual Disability: A Systematic Review. J Atten Disord. 2023 Oct;27(12):1360-1376. doi: 10.1177/10870547231177466. Epub 2023 Jun 7. PMID: 37287320; PMCID: PMC10498659.

98. Rao PA, Landa RJ. Association between severity of behavioral phenotype and comorbid attention deficit hyperactivity disorder symptoms in children with

autism spectrum disorders. Autism. 2014 Apr;18(3):272-80. doi: 10.1177/1362361312470494. Epub 2013 Jun 5. PMID: 23739542; PMCID: PMC4103643.

99. Martinez S, Stoyanov K, Carcache L. Unraveling the spectrum: overlap, distinctions, and nuances of ADHD and ASD in children. Front Psychiatry. 2024 Sep 13;15:1387179. doi: 10.3389/fpsyt.2024.1387179. PMID: 39345916; PMCID: PMC11427400.

100. van Steensel FJ, Bögels SM, Perrin S. Anxiety disorders in children and adolescents with autistic spectrum disorders: a meta-analysis. Clin Child Fam Psychol Rev. 2011 Sep;14(3):302-17. doi: 10.1007/s10567-011-0097-0. PMID: 21735077; PMCID: PMC3162631.

101. Hallett V, Lecavalier L, Sukhodolsky DG, Cipriano N, Aman MG, McCracken JT, vd. Exploring the manifestations of anxiety in children with autism spectrum disorders. J Autism Dev Disord. 2013;43:2341-52.

102. Hudson CC, Hall L, Harkness KL. Prevalence of Depressive Disorders in Individuals with Autism Spectrum Disorder: a Meta-Analysis. J Abnorm Child Psychol. 2019 Jan;47(1):165-175. doi: 10.1007/s10802-018-0402-1. PMID: 29497980.

103. Karakoç Demirkaya, S., Tutkunkardaş, M. D., & Mukaddes, N. M. (2016). Assessment of suicidality in children and adolescents with diagnosis of high functioning autism spectrum disorder in a Turkish clinical sample. Neuropsychiatric disease and treatment, 2921-2926.

104. Pezzimenti F, Han GT, Vasa RA, Gotham K. Depression in Youth with Autism Spectrum Disorder. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2019 Jul;28(3):397-409. doi: 10.1016/j.chc.2019.029. Epub 2019 Apr 4. PMID: 31076116; PMCID: PMC6512853.

105. Muskett, A., Capriola-Hall, N. N., Radtke, S. R., Factor, R., & Scarpa, A. (2019). Repetitive behaviors in Autism Spectrum Disorder: Associations with depression and anxiety symptoms. Research in Autism Spectrum Disorders, 68, 101449.

106. Aymerich C, Pacho M, Catalan A, Yousaf N, Pérez-Rodríguez V, Hollocks MJ, Parellada M, Krebs G, Clark B, Salazar de Pablo G. Prevalence and Correlates of the Concurrence of Autism Spectrum Disorder and Obsessive Compulsive Disorder in Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis. Brain Sci. 2024 Apr 13;14(4):379. doi: 10.3390/brainsci14040379. PMID: 38672028; PMCID: PMC11048346.

107. Martin AF, Jassi A, Cullen AE, Broadbent M, Downs J, Krebs G. Co-occurring obsessive-compulsive disorder and autism spectrum disorder in young people: prevalence, clinical characteristics and outcomes. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2020 Nov;29(11):1603-1611. doi: 10.1007/s00787-020-01478-8. Epub 2020 Feb 1. PMID: 32008168; PMCID: PMC7595977.

108. Richdale AL, Schreck KA. Sleep problems in autism spectrum disorders: prevalence, nature, & possible biopsychosocial aetiologies. Sleep Med Rev.

2009 Dec;13(6):403-11. doi: 10.1016/j.smrv.2009.023. Epub 2009 Apr 24. PMID: 19398354.

109. McElhanon BO, McCracken C, Karpen S, Sharp WG. Gastrointestinal symptoms in autism spectrum disorder: a meta-analysis. Pediatrics. 2014 May;133(5):872-83. doi: 10.1542/peds.2013-3995. PMID: 24777214.

110. G. Stores, L. Wiggs (Eds.), Sleep disturbances in disorders of development: its significance and management, MacKeith Press, London (2001), pp. 181-191.

111. Hartley SL, Sikora DM, McCoy R. Prevalence and risk factors of maladaptive behaviour in young children with autistic disorder. J Intellect Disabil Res. 2008;52(10):819-829.

112. Lecavalier L, Leone S, Wiltz J. The impact of behaviour problems on caregiver stress in young people with autism spectrum disorders. J Intellect Disabil Res. 2006;50(pt 3):172-183.

113. Hyman SL, Levy SE, Myers SM; COUNCIL ON CHILDREN WITH DISABILITIES, SECTION ON DEVELOPMENTAL AND BEHAVIORAL PEDIATRICS. Identification, Evaluation, and Management of Children With Autism Spectrum Disorder. Pediatrics. 2020 Jan;145(1):e20193447. doi: 10.1542/peds.2019-3447. Epub 2019 Dec 16. PMID: 31843864.

114. Smith T, Iadarola S. Evidence base update for autism spectrum disorder. J Clin Child Adolesc Psychol. 2015;44(6):897–922.

115. Smith T, Eikeseth S. O. Ivar lovaas: pioneer of applied behavior analysis and intervention for children with autism. J Autism Dev Disord. 2011;41(3):375–37.

116. Odom SL, Boyd BA, Hall LJ, Hume K. Evaluation of comprehensive treatment models for individuals with autism spectrum disorders. J Autism Dev Disord. 2010;40(4):425–436.

117. Schreibman L, Stahmer AC. A randomized trial comparison of the effects of verbal and pictorial naturalistic communication strategies on spoken language for young children with autism. J Autism Dev Disord. 2014;44(5):1244–1251.

118. Leaf JB, Leaf JA, Milne C, et al. An evaluation of a behaviorally based social skills group for individuals diagnosed with autism spectrum disorder. J Autism Dev Disord. 2017;47(2):243–259.

119. Linstead E, Dixon DR, French R, et al. Intensity and learning outcomes in the treatment of children with autism spectrum disorder. Behav Modif. 2017;41(2):229–252.

120. Schreibman L, Dawson G, Stahmer AC, et al. Naturalistic developmental behavioral interventions: empirically validated treatments for autism spectrum disorder. J Autism Dev Disord. 2015;45(8):2411–2428.

121. Rogers SJ, Estes A, Lord C, et al. Effects of a brief Early Start Denver model (ESDM)-based parent intervention on toddlers at risk for autism spectrum disorders: a randomized controlled trial. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2012;51(10):1052–1065.

122. Dawson G, Jones EJ, Merkle K, et al. Early behavioral intervention is associated with normalized brain activity in young children with autism. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2012;51(11):1150–1159.

123. Spencer D, Marshall J, Post B, et al. Psychotropic medication use and polypharmacy in children with autism spectrum disorders. Pediatrics. 2013;132(5):833–840.

124. Volkmar F, Siegel M, Woodbury-Smith M, King B, McCracken J, State M. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with autism spectrum disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2014;53(2):237-57.

125. LeClerc, S. · Easley, D.Pharmacological therapies for autism spectrum disorder: a review P T. 2015; 40:389-397.

126. Barlow, J., & Coren, E. (2018). The effectiveness of parenting programs: A review of Campbell reviews. Research on Social Work Practice, 28(1), 99–102.

127. Wyatt Kaminski, J., Valle, L.A., Filene, J.H. et al. A Meta-analytic Review of Components Associated with Parent Training Program Effectiveness. J Abnorm Child Psychol 36, 567–589 (2008).

128. Barlow J, Smailagic N, Huband N, Roloff V, Bennett C. Group-based parent training programmes for improving parental psychosocial health. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2014 doi: 10.1002/14651858.CD002020.pub4.

129. Bandura, A. (1969). Principles of behavior modification. New York: Holt, Rinehart, and Winston.

130. Cicchetti, D., Rogosch, F. A., & Toth, S. L. (2000). The efficacy of Toddler–Parent Psychotherapy for fostering cognitive development of offspring in depressed mothers. Journal of Abnormal Child Psychology, 28, 135–148.

131. Gardner F, Leijten P. Incredible Years parenting interventions: current effectiveness research and future directions. Curr Opin Psychol. 2017 Jun;15:99-104. doi: 10.1016/j.copsyc.2017.02.023. Epub 2017 Mar 2. PMID: 28813277.

132. Sanders MR. Development, evaluation, and multinational dissemination of the triple P-Positive Parenting Program. Annu Rev Clin Psychol. 2012;8:345-79. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032511-143104. Epub 2011 Dec 6. PMID: 22149480.

133. Carr A, Hartnett D, Brosnan E, Sharry J. Parents Plus Systemic, Solution-Focused Parent Training Programs: Description, Review of the Evidence Base, and Meta-Analysis. Fam Process. 2017 Sep;56(3):652-668. doi: 10.1111/famp.12225. Epub 2016 May 27. PMID: 27232287.

134. Dembo HM, Sweitzer M, Lauritzen P. An Evaluation of Group Parent Education: Behavirol, PET, And Adlerian Programs. Review of Educational Research 1985; 55 (2): 155–200.

135. Gross D, Grady J. Group-Based Parent Training For Preventing Mental Health Disorders In Children. Mental Health Nursing 2002; 23: 367–383.

136. Pinsker M, Geoffroy K. A Comprasion of Parent Effectiveness Training And Bahavior Modification Parent Training, Family Relations 1981; January:61–68.

137. Assemany EA. Negative Treatment Outcomes of Behavioral Parent Training Programs. Psychology In The Scholls 2002; 39 (2): 209–217.

138. Bearss, K., Burrell, T.L., Stewart, L. et al. Parent Training in Autism Spectrum Disorder: What's in a Name?. Clin Child Fam Psychol Rev 18, 170–182 (2015).

139.Bearss K, Johnson C, Smith T, et al. Effect of parent training vs parent education on behavioral problems in children with autism spectrum disorder: a randomized clinical trial. JAMA. 2015;313(15):1524–1533.

140. Kasari C, Gulsrud A, Paparella T, Hellemann G, Berry K. Randomized comparative efficacy study of parent-mediated interventions for toddlers with autism. J Consult Clin Psychol. 2015;83(3):554–563.

141. Farmer, J., & Reupert, A. (2013). Understanding autism and understanding my child with autism: An evaluation of a group parent education program in rural Australia. Australian Journal of Rural Health, 21(1), 20–27.

142. Smith, L. E., Greenberg, J. S., & Mailick, M. R. (2014). The family context of autism spectrum disorders: Influence on the behavioral phenotype and quality of life. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 23(1), 143–155.

143. Bearss, K., Lecavalier, L., Minshawi, N., Johnson, C., Smith, T., Handen, B., et al. (2013b). Toward an exportable parent training program for disruptive behaviors in autism spectrum disorders. Neuropsychiatry, 3, 169–180.

144. Oono, I. P., Honey, E. J., & McConachie, H. (2013). Parent-mediated early intervention for young children with autism spectrum disorders. Cochrane Database of Systematic Reviews.

145. Kasari, C., Lawton, K., Shih, W., Barker, T. V., Landa, R., Lord, C., et al. (2014).Caregiver-mediated intervention for low-resourced preschoolers with autism: An RCT. Pediatrics.

146. Dawson, G., Rogers, S., Munson, J., Smith, M., Winter, J., Greenson, J., et al. (2010). Randomized, controlled trial of an intervention for toddlers with autism: The early start Denver model. Pediatrics, 125, 17–23.

147. Tonge, B., Brereton, A., Kiomall, M., Mackinnon, A., King, N., & Rinehart, N. (2006). Effects on parental mental health of an education and skills training program for parents of young children with autism: A randomized controlled trial. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 45(5), 561–569.

148. Perry, A., Flanagan, H. E., Geier, J. D., & Freeman, N. L. (2009). Brief report: The Vineland Adaptive Behavior Scales in young children with autism spectrum disorders at different cognitive levels. Journal of Autism and Developmental Disorders, 39, 1066–1078.

149. Odom, S. L., Boyd, B. A., Hall, L. J., & Hume, K. (2010). Evaluation of comprehensive treatment models for individuals with autism spectrum disorders. Journal of Autism and Developmental Disorders, 40, 425–436.

150. Sofronoff, K., Leslie, A., & Brown, W. (2004). Parent management training and Asperger syndrome: A randomized controlled trial to evaluate a parent based intervention. Autism, 8(3), 301–317.

151. Whittingham, K., Sofronoff, K., Sheffield, J., & Sanders, M. R. (2009). Stepping stones triple P: An RCT of a parenting program with parents of a child diagnosed with an autism spectrum disorder. Journal of Abnormal Child Psychology, 37(4), 469–480.

152. Harrop C. Evidence-based, parent-mediated interventions for young children with autism spectrum disorder: the case of restricted and repetitive behaviors. Autism. 2015;19(6):662–672.

153. Dattilio, F. 2010. Cognitive-Behavioral Therapy With Couples and Families: A Comprehensive Guide for Clinicians. Guilford.

154. Sharry, J. 2007. Solution Focused Groupwork. 2nd ed. Sage.

155. Fisher, R. , Ury W., and Patton B.. 1981. Getting to Yes: Negotiating Agreement Without Giving in. 2nd ed. Penguin.

156. O'Dwyer, C. , Davis B. Á., O'Connor M., et al. 2025. "A Cluster Randomized Controlled Trial of the Effectiveness of a Parents Plus Group-Based Parenting Program to Promote Healthy Lifestyles Among Children and Their Families." Archives of Public Health 83: 111. 10.1186/s13690-025-01555-x.

157. Bond C, Woods K, Humphrey N, Symes W, Green L. Practitioner review: The effectiveness of solution focused brief therapy with children and families: A systematic and critical evaluation of the literature from 1990–2010. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2013;54(7):707-23.

158. Carr A, Hartnett D, Brosnan E, Sharry J. Parents Plus parenting programmes: Description, review of evidence base and meta-analysis. Irish Journal of Psychology. 2016;37(1–2):1–19.

159. Sexton TL, Lebow J. Handbook of family therapy: Routledge; 2015 .

160. Franklin C, Trepper T, Gingerich W, McCollum E. Solution-focused brief therapy: From practice to evidence-informed practice. New York, NY: Oxford University Press; 2011.

161. Fisher R, Ury W, Patton B. Getting to yes. 2nd. Business Books, London, UK; 1981.

162. Bandura, A. (1985). Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. New York: Prentice Hall.

163. Aarts, M. (2000). Marte Meo: Basic manual. Harderwijk, The Netherlands: Aarts Productions.

164. Lamb, M., & Lerner, R. (Eds.) (2015). Handbook of child psychology and developmental science, Volume 3: Socioemotional processes, 7th ed. Hoboken, NJ: Wiley.

165. Sharry, J., Hampson, G., & Fanning, M. (2003). Parents plus early years programme: A video-based parenting guide to promoting young children's development and to preventing and managing behaviour problems. Parents Plus.

166. Serketich, W. J., & Dumas, J. E. (1996). The effectiveness of behavioural parent training to modify antisocial behaviour in children: A meta-analysis. Behaviour Therapy, 27(2), 171–186.

167. Sharry, J. (2004). Counselling children, adolescents and families: A strengths-based collaborative approach. SAGE Publications Ltd. https://doi.org/10.4135/9781446216873.

168. Mannion, L. (2023). How effective is the Parents Plus Early Years Programme in promoting positive outcomes? Educational Psychology in Practice, 39(4), 389–402. https://doi.org/10.1080/02667363.2023.2222580.

169. Schopler, E., Reichler, R. J., DeVellis, R. F., & Daly, K. (1980). Toward objective classification of childhood autism: Childhood Autism Rating Scale (CARS). Journal of Autism and Developmental Disorders, 10(1), 91–103. doi: 10.1007/bf02408436.

170. İncekaş-Gassaloğlu, S., Baykara, B., Avcil, S., & Demiral, Y. (2016). Çocukluk Otizmi Derecelendirme Ölçeği Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi, 27(4), 266-274.

171. Irmak, T. Y., Sütçü, S. T., Aydın, A. ve Sorias, O. (2007). Otizm Davranış Kontrol Listesi. Erişim Adresi: https://toad.halileksi.net/wpcontent/uploads/2022/07/otizm-davranis-kontrol-listesi-abc-toad.pdf.

172. Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. Journal of child psychology and psychiatry. 1997;38(5):581-6.

173. Güvenir T, Özbek A, Baykara B, Arkar H, Şentürk B, İncekaş S. Güçler Ve Güçlükler Anketi'nin (Gga) Türkçe Uyarlamasinin Psikometrik Özellikleri. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağliği Dergisi (Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health). 2008;15:65-74.

174. Aman MG, Singh NN, Stewart AW, Field C. The aberrant behavior checklist: a behavior rating scale for the assessment of treatment effects. American journal of mental deficiency. 1985;89(5):485-91.

175. Karabekiroglu K, Aman MG. Validity of the aberrant behavior checklist in a clinical sample of toddlers. Child psychiatry and human development. 2009;40:99-110.

176. Maslach, C. ve Jackson, S.E. (1981). The measurement of experienced burnout. Journal of Occupational Behavior, 2, 99-113.

177. Ergin, C. (1992). Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin uyarlanması, VII. Ulusal Psikoloji Kongresi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

178. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An Inventory for Measuring Depression. Arch Gen Psychiatry. 1961;(4):561–71.

179. Hisli N. Beck Depresyon Envanteri"nin Geçerliği Üzerine Bir ÇalıĢma. Psikol Derg. 1988;7(23):3–13.

180. Beck, A.T., et al., An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. Journal of consulting and clinical psychology, 1988. 56(6): p. 893.

181. 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.

182. 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.

183. 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 Fakülstesi Aydın.

184. Sanders M R, Morawska A. Parenting and Family Adjustment Scale. Parenting and Family Support Centre, The University of Queensland. 2010.

185. Güller, B., Güvenir, T., Seyda Buran, B., Aydemir, Ö., Varol, F., Özbek, A. & Gencer Kıdak, Ö. (2020). Klinik ve toplum örneklemlerinde Anne Babalık ve Aile Uyum Ölçeği'nin, 2-12 yaş aralığındaki çocukların anne babaları için Türkçe geçerlik ve güvenirlik özelliklerinin değerlendirilmesi. Klinik Psikiyatri Dergisi, 23(4), 464-475.

186. Pianta, R. C. (1992). Child–Parent Relationship Scale. Curry School of Education, University of Virginia.

187. Akgün, E., Yeşilyaprak, B. (2010), „Çocuk Anababa İlişki Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması, Balıkesir Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Sayı: 24: 44-53.

188. Loomes R, Hull L, Mandy WPL. What Is the Male-to-Female Ratio in Autism Spectrum Disorder? A Systematic Review and Meta-Analysis. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2017 Jun;56(6):466-474. doi: 10.1016/j.jaac.2017.03.013. Epub 2017 Apr 5. PMID: 28545751.

189. Rong, Y., Yang, C. J., Jin, Y., & Wang, Y. (2021). Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder in individuals with autism spectrum disorder: A meta-analysis. Research in Autism Spectrum Disorders, 83, 101759.

190. Sicherman, N., Charite, J., Eyal, G., Janecka, M., Loewenstein, G., Law, K., ... & Buxbaum, J. D. (2021). Clinical signs associated with earlier diagnosis of children with autism Spectrum disorder. BMC pediatrics, 21(1), 96.

191. Liu, W., Chen, Y., & Zhao, Y. (2025). Effects of Early Start Denver Model on emotional regulation and autism symptoms in preschool children. BMC Pediatrics, 25(1), 44.

192. Manohar, H., Kandasamy, P., & Chandrasekaran, V. (2019). Feasibility and acceptability of a parent-mediated intervention for children with autism in South India. Journal of Autism and Developmental Disorders, 49(3), 938–948.

193. Bajracharya, A., Singh, P., & Shrestha, R. (2024). Parent-mediated naturalistic developmental behavioral interventions for children with autism: A comparison of in-person and telehealth delivery. Autism Research.

194. Ridout, S., Eldevik, S. Measures Used to Assess Treatment Outcomes in Children with Autism Receiving Early and Intensive Behavioral Interventions: A Review. Rev J Autism Dev Disord 11, 607–619 (2024).

195. Whittingham K, Sofronoff K, Sheffield J, Sanders MR. Stepping Stones Triple P: an RCT of a parenting program with parents of a child diagnosed with an autism spectrum disorder. J Abnorm Child Psychol. 2009 May;37(4):469-80. doi: 10.1007/s10802-008-9285-x. Erratum in: J Abnorm Child Psychol. 2014 Oct;42(7):1249. PMID: 19023654.

196. Kasperzack, D., Schrott, B., Mingebach, T., Becker, K., Burghardt, R., & Kamp-Becker, I. (2020). Effectiveness of the Stepping Stones Triple P group parenting program in reducing comorbid behavioral problems in children with autism. Autism, 24(2), 423-436.

197. Sharry, J., Guerin, S., Griffin, C., & Drumm, M. (2005). An evaluation of the Parents Plus Early Years Programme: A video-based early intervention for parents of pre-school children with behavioural and developmental difficulties. Clinical child psychology and psychiatry, 10(3), 319-336.

198. Quinn, M., Carr, A., Carroll, L., & O'Sullivan, D. (2006). An evaluation of the Parents Plus Programme for pre-school children with conduct problems: A comparison of those with and without developmental disabilities. The Irish Journal of Psychology, 27(3-4), 168-182.

199. Quinn, M., Carr, A., Carroll, L., & O'Sullivan, D. (2007). Parents Plus Programme 1: Evaluation of its effectiveness for pre-school children with developmental disabilities and behavioural problems. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 20(4), 345-359.

200. Griffin, C., Guerin, S., Sharry, J., & Drumm, M. (2010). A multicentre controlled study of an early intervention parenting programme for young children with behavioural and developmental difficulties. International Journal of Clinical and Health Psychology, 10(2), 279-294.

201. Thirumalai, J., Sekar, M., Ramalingam, V., Bhuvaneshwar, S., Gajendran, K., & Jeslin, G. N. (2025). Culturally Adapted Play-based Behavioral Intervention among Children with Autism Spectrum Disorder in Semi-rural Tamil Nadu: A Randomized Controlled Trial. Journal of Mental Health and Human Behaviour, 10-4103.

202. Dababnah, S., Olson, E. M., & Nichols, H. M. (2019). Feasibility of the incredible years parent program for preschool children on the autism spectrum in two US sites. Research in Autism Spectrum Disorders, 57, 120-131.

203. Abid, N., Gaddour, N., & Hmissa, S. (2024). Effectiveness of a training program among parents of preschool children with ASD in Tunisia: a randomized controlled trial. Humanities and Social Sciences Communications, 11(1), 1-9.

204. Bearss, K., Johnson, C., Smith, T., Lecavalier, L., Swiezy, N., Aman, M., ... & Scahill, L. (2015). Effect of parent training vs parent education on behavioral problems in children with autism spectrum disorder: A randomized clinical trial. Jama, 313(15), 1524-1533.

205. Rohacek, A., Baxter, E. L., Sullivan, W. E., Roane, H. S., & Antshel, K. M. (2023). A preliminary evaluation of a brief behavioral parent training for challenging behavior in autism spectrum disorder. Journal of autism and developmental disorders, 53(8), 2964-2974.

206. Charman, T., Palmer, M., Stringer, D., Hallett, V., Mueller, J., Romeo, R., ... & Simonoff, E. (2021). A novel group parenting intervention for emotional and behavioral difficulties in young autistic children: Autism spectrum treatment and resilience (ASTAR): A randomized controlled trial. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 60(11), 1404-1418.

207. Enea, V., & Rusu, D. M. (2020). Raising a Child with Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review of the Literature Investigating Parenting Stress. Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities, 13(4), 283–321.

208. Wang Z, Wang L, Chang S, Wang H. The Mediating Effect of Parenting Stress on the Relationship Between Social Support and Quality of Life in Parents of Children With Autistic Spectrum Disorder: A Meta-Analytic Structural Equation Modeling. Front Psychiatry. 2022 Feb 17;13:713620. doi: 10.3389/fpsyt.2022.713620. PMID: 35250654; PMCID: PMC8891381.

209. Martins Rosa, Bonito Inês, Andrade Ana, Albuquerque Carlos, Chaves Claudia. The impact of the diagnosis of autism in parents of children. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2015;171:121–25. doi: 10.1016/j.sbspro.2015.01.097 .

210. Kütük, M.Ö., Tufan, A.E., Kılıçaslan, F. et al. High Depression Symptoms and Burnout Levels Among Parents of Children with Autism Spectrum Disorders: A Multi-Center, Cross-Sectional, Case–Control Study. J Autism Dev Disord 51, 4086–4099 (2021).

211. Eapen, V., & Guan, J. (2016). Parental quality of life in autism spectrum disorder: current status and future directions. Acta Psychopathologica, 2(5).

212. Li, S. N., Chien, W. T., Lam, S. K. K., Chen, Z. Y., & Ma, X. (2024). Effectiveness of parent-focused interventions for improving the mental health of parents and their children with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. Research in Autism Spectrum Disorders, 114, 102389.

213. Maughan AL, Lunsky Y, Lake J, Mills JS, Fung K, Steel L, Weiss JA. Parent, child, and family outcomes following Acceptance And Commitment Therapy for parents of autistic children: A randomized controlled trial. Autism. 2024 Feb;28(2):367-380. doi: 10.1177/13623613231172241. Epub 2023 May 11. PMID: 37165863; PMCID: PMC10851654.

214. Dykens EM, Fisher MH, Taylor JL, Lambert W, Miodrag N. Reducing distress in mothers of children with autism and other disabilities: a randomized trial. Pediatrics. 2014 Aug;134(2):e454-63. doi: 10.1542/peds.2013-3164. Epub 2014 Jul 21. PMID: 25049350; PMCID: PMC4187227.

215. Estes, A., Vismara, L., Mercado, C., Fitzpatrick, A., Elder, L., Greenson, J., ... & Rogers, S. (2014). The impact of parent-delivered intervention on parents of very young children with autism. Journal of autism and developmental disorders, 44(2), 353-365.

216. Iida, N., Wada, Y., Yamashita, T., Aoyama, M., Hirai, K., & Narumoto, J. (2018). Effectiveness of parent training in improving stress-coping capability, anxiety, and depression in mothers raising children with autism spectrum disorder. Neuropsychiatric Disease and Treatment, 3355-3362.

217. Schrott, B., Kasperzack, D., Weber, L. et al. Effectiveness of the Stepping Stones Triple P Group Parenting Program as an Additional Intervention in the Treatment of Autism Spectrum Disorders: Effects on Parenting Variables. J Autism Dev Disord 49, 913–923 (2019).

218. Williams, M. E., Hastings, R. P., & Hutchings, J. (2020). The incredible years autism spectrum and language delays parent program: A pragmatic, feasibility randomized controlled trial. Autism Research, 13(6), 1011-1022.

219. Eslami Shahrbabaki, M., Mazhari, S., & Kamiab, H. (2016). Effectiveness of parenting skills training on depression, anxiety and quality of life of parents of children with autism spectrum disorders. Afzalipour Journal of Clinical Research, 1(1), 44-53.

220. Roberts, J., Williams, K., Carter, M., Evans, D., Parmenter, T., Silove, N., ... & Warren, A. (2011). A randomised controlled trial of two early intervention programs for young children with autism: Centre-based with parent program and home-based. Research in Autism Spectrum Disorders, 5(4), 1553-1566.

221. Sharry, J., Guerin, S., Griffin, C., & Drumm, M. (2005). An evaluation of the Parents Plus Early Years Programme: A video-based early intervention for parent of pre-school children with behavioural and developmental disabilities. Clinical Child Psychology and Psychiatry, 10(3), 319–336.

222. Lonergan, A., Gerber, S. J., Streek, A., & Sharry, J. (2015). Parenting groups, how long is enough? The efficacy of a community-run Parents Plus Early Years Program as a preschool parenting intervention of modifiable duration. Global Journal of Community Psychology Practice, 6(1).

223. Hickey, E. J., Hartley, S. L., & Papp, L. (2020). Psychological well-being and parent–child relationship quality in relation to child autism: An actor–partner modeling approach. Family Process, 59(2), 636–650.

224. Gong, A. T., Wang, L., Keung, A. Y. C., Li, J., Kong, M. M. Y., Yao, X., ... & Shum, K. K. M. (2025). Heart-Mind-Behavior Parent Training: Randomized controlled trial for Chinese parents of young children with ASD. Behaviour Research and Therapy, 104800.

225. Ginn, N. C., Clionsky, L. N., Eyberg, S. M., Warner-Metzger, C., & Abner, J. P. (2017). Child-directed interaction training for young children with autism spectrum disorders: Parent and child outcomes. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 46(1), 101-109.

226. Hassanzadeh, S., & Masah Bavani, A. (2021). The Effectiveness of a Positive Parenting Program on the Relationship between Mothers and Children with Autism Spectrum Disorder. Journal of Applied Psychological Research, 12(2), 43-58.

227. Lee Y, Keown LJ, Sanders MR. The effectiveness of the Stepping Stones Triple P seminars for Korean families of a child with a developmental disability. Heliyon. 2022 Jun 7;8(6):e09686. doi: 10.1016/j.heliyon.2022.e09686. PMID: 35756135; PMCID: PMC9214801.

228. McMahon, S. M., Wilson, C. E., & Sharry, J. (2023). Parents Plus parenting programme for parents of adolescents with intellectual disabilities: A cluster randomised controlled trial. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 36(4), 871-880.

EKLER

EK-1. Sosyodemografik Veri Formu

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU- EBEVEYN

1. **İsim Soyisim: Tarih :**
2. Hastanın Cinsiyeti: Erkek ( ) Kız ( )
3. Doğum Tarihi:
4. Hastanın Yaşı:
5. Doğum Yeri:
6. Aile Tipi: Çekirdek Aile ( ) Geniş Aile ( )

Annenin:

7. Yaşı:
8. Eğitim Düzeyi: Okuryazar değil ( ) İlkokul ( ) Ortaokul ( ) Lise ( ) Üniversite ( )
9. Mesleği: Ev Hanımı ( ) Memur ( ) İşçi ( ) Serbest meslek ( ) Diğer:
10. Tedavi Gördüğü Psikiyatrik Rahatsızlık: Depresyon ( ) Anksiyete ( ) Bipolar Boz ( ) Şizofreni ( ) Diğer:
11. Bedensel Hastalık: Var ( ) Yok ( ) Varsa belirtiniz:
12. Sigara: İçmiyor ( ) Ara sıra içiyor ( ) Alışkanlık düzeyinde içiyor ( )

Babanın:

13. Yaşı:
14. Eğitim Düzeyi: Okuryazar değil ( ) İlkokul ( ) Ortaokul ( ) Lise ( ) Üniversite ( )
15. Mesleği: İşsiz ( ) Memur ( ) İşçi ( ) Serbest meslek ( ) Diğer:
16. Tedavi Gördüğü Psikiyatrik Rahatsızlık: Depresyon ( ) Anksiyete ( ) Bipolar Boz ( ) Şizofreni ( ) Diğer:
17. Bedensel Hastalık: Var ( ) Yok ( ) Varsa belirtiniz:
18. Sigara: İçmiyor ( ) Ara sıra içiyor ( ) Alışkanlık düzeyinde içiyor ( )
19. Ailede Psikiyatrik Hastalık öyküsü: Var ( ) Yok ( ) Varsa Tanıyı ve Tedaviyi Belirtin:
20. Aile içinde sorunlar yaşanır mı? Hiç ( ) Her evde olduğu kadar ( ) Çok ( )
21. Ailenin toplam geliri: 17000TL ve altı ( ) 17000-27000tl ( ) 27000TL üstü ( )
22. Oturulan yerin özelliği: İl Merkezi ( ) İlçe Merkezi ( ) Kasaba ( ) Köy ( )
23. Gebelik: Planlı ( ) Plansız ( )
24. Gebelik: İstenen ( ) İstenmeyen ( )
25. Hamilelik boyunca tıbbi veya psikiyatrik bir sorun yaşandı mı? Var ( ) Yok ( ) Var ise:
26. Doğum: Normal ( ) Sezaryen ( )
    Doğumda tıbbi sorun yaşandı mı? : Yok, ( ) Erken Doğum ( ) Zor ya da Uzamış Doğum ( ) Suni Sancı ( ) Makat Gelişi ( ) Kordon dolanması ( ) Diğer:

27. Doğum sonrasında çocuğunuz tıbbi bir sorun yaşadı mı? :Yok, ( ) Sarılık ( ) Morarma ( ) Kaka Yutma ( ) Kuvöz Bakımı ( ) Düşük doğum ağırlığı ( ) Yeni doğan Enfeksiyonu ( ) Solunum Yetmezliği ( ) Havale ( ) Diğer:
28. Çocuğun bakımıyla daha çok kim ilgilenir? Anne ( ) Baba ( ) Diğer:
29. Kreş-Okul: Gitmiyor ( ) Kreş ( ) ….. sene Anaokulu( ) …….. sene
30. Özel Eğitim: Gidiyor( ) Önceden gitmiş ( ) Gitmiyor ( ) Kaç yıldır: ……
31. Özel eğitim saatleri:
32. Toplam kardeş sayısı: Kaçıncı sırada olduğu:
33. Anne sütü aldı mı : ek gıdaya kaçıncı ayda geçti:
34. Yürüme : Var ( ) Yok ( ) yaş:
35. Konuşma: Var ( ) kelime: ….. cümle …… yok( )
36. Tuvalet eğitimi: Var ( ) Yok ( )
37. Ameliyat öyküsü: Var ( ) Yok ( )
38. OSB şiddeti: Genel: Hafif ( ) Orta ( ) Ağır ( )
39. Belirtileri İlk Farkeden: Anne ( ) Baba ( ) Anne-baba ( ) Öğretmen ( ) Doktor()Diğer……
40. Tanı yaşı:
41. İlk Başvuru Yaşı:.....
42. İlk Farkedilen Belirti: Konuşma gecikmesi ( ) Göz teması kurmama ( ) İsme bakmama ( ) Tekrarlayıcı hareketler ( )Hareketlilik ( ) Davranım sorunları ( ) Yeme sorunları ( )Uyku sorunları ( ) Fark edilen belirti yok ( ) Diğer……..
43. Zihinsel yetersizlik: Var ( ) Yok ( ) Varsa derecesini belirtiniz:
44. Regresyon öyküsü: Var( ) Yok( )
45. Psikiyatrik ilaç kullanımı: Var ( ) Yok ( )
46. Non-psikiyatrik ilaç kullanımı: Var ( ) Yok( )
47. İşitme değerlendirmesi: Yok ( ) Normal ( ) İşitme kaybı ……
48. Çocuk Nöroloji Değerlendirmesi : Yok ( ) EEG normal ( ) EEG bozuk nöbet yok ( )Nöbet öyküsü var
49. Genetik Test Yok ( ) Normal ( ) Tanılı Genetik bozukluk .....
50. Çocuğun Şu An Aldığı Tedaviler (Birden Çok İşaretleyiniz) :

Özel eğitim (devletin verdiği) ( ) Özel eğitim (ailenin ekstra aldırdığı) ( ) Konuşma Terapisi ( ) Duyu bütünleme( ) Diğer (…….)

48.Kanıta Dayalı Uygulamalar Dışında Tedavi Denemesi:Yok ( )Var( ) (Belirtiniz.....)

49. Değişiklik Gözlenmiş mi: Hayır ( ) Çok Az ( ) Kısmen ( ) Evet( )

Kardeşler:

50)Yaşı: Cinsiyeti: Eğitim Durumu: Psikiyatrik veya Tıbbi Rahatsızlığı:
Yok ( )Var ( ) Belirtiniz:
51.Yaşı: Cinsiyeti: Eğitim Durumu: Psikiyatrik veya Tıbbi Rahatsızlığı:
Yok ( ) Var ( ) Belirtiniz:
52)Yaşı: Cinsiyeti: Eğitim Durumu: Psikiyatrik veya Tıbbi Rahatsızlığı
Yok( ) Var( ) Belirtiniz:

Aynı evde yaşayan diğer bireyler:

53). Yakınlık Derecesi: Eğitim Durumu: Rahatsızlığı: Yok ( ) Var ( ) Belirtiniz:

EK-2. Çocukluk Otizmi Derecelendirme Ölçeği

ÇOCUKLUK OTİZMİ PUANLAMA ÖLÇEĞİ (CARS)

Yönergeler: ölçeğin her bir maddesi ile ilişkili davranışları puanlayın. 15 puan ekleyin ve sondaki ölçeği kullanın.

I. İNSANLARLA İLİŞKİ

1 1,5 2 2,5 3 3,5 4

II. TAKLİT

1 1,5 2 2,5 3 3,5 4

III. DUYGUSAL TEPKİ

1 1,5 2 2,5 3 3,5 4

IV. VÜCUT KULLANIMI

1 1,5 2 2,5 3 3,5 4

V. NESNE KULLANIMI

1 1,5 2 2,5 3 3,5 4

VI. DEĞİŞİKLİKLERE UYUM SAĞLAMA

1 1,5 2 2,5 3 3,5 4

VII. GÖRSEL TEPKİ

1 1,5 2 2,5 3 3,5 4

VIII. DİNLEME TEPKİSİ

1 1,5 2 2,5 3 3,5 4

IX. TAD, KOKU VE DOKUNMA TEPKİLERİ VE KULLANIMI

1 1,5 2 2,5 3 3,5 4

X. KORKU VEYA ÜRKEKLİK

1 1,5 2 2,5 3 3,5 4

XI. SÖZEL İLETİŞİM

1 1,5 2 2,5 3 3,5 4

XII. SÖZEL OLMAYAN İLETİŞİM

1 1,5 2 2,5 3 3,5 4

XIII. ETKİNLİK DÜZEYİ

1 1,5 2 2,5 3 3,5 4

XIV. ENTELLEKTÜEL YANITIN DÜZEYİ VE UYGUNLUĞU

1 1,5 2 2,5 3 3,5 4

XV. GENEL İZLENİMLER

1 1,5 2 2,5 3 3,5 4

Hastanın puanı ……

15-29 Otizm yok / 30-37 Hafif-Orta Derecede Otizm / 38-60 Ağır Derecede Otizm

EK-3. Otizm Davranış Kontrol Listesi

ABC KAYIT FORMU

Yönerge: Çocuğu en iyi tanımlayan ifadenin karşısındaki sayıyı daire içine alınız. İfade çocuğu tanımlamıyorsa boş bırakınız.

	Duyusal	İlişki Kurma	Beden ve Nesne Kullanımı	Dil Becerileri	Sosyal ve Öz Bakım
Kendi etrafında uzun süre döner.			4		
Basit bir işi öğrenir fakat çabucak unutur.					2
Sosyal/çevresel uyaranlara çoğu zaman dikkat etmez.		4			
Basit emirleri bir kere söylendiğinde yerine getirmez. (otur, buraya gel gibi)				1	
Oyuncakları uygun şekilde kullanmaz. (örneğin tekerlekleri döndürür)			2		
Öğrenme sırasında görsel ayırt etmesi zayıftır. (büyüklük, renk ya da pozisyon gibi bir özelliğe takılır kalır)	2				
Sosyal gülümsemesi yoktur.		2			
Zamirleri ters kullanır. (ben yerine sen der)				3	
Belirli nesneleri bırakmamak için ısrar eder.			3		
İşitmiyor gibi görünür, bu nedenle bir işitme kaybı olduğu kuşkusu uyandırır.	3				
Konuşması detone ve aritmiktir.				4	
Kendi kendine uzun süre sallanır.			4		
Kendine uzanıldığında kollarını uzatmaz. (ya da bebekken uzatmazdı)		2			
Günlük programındaki/çevredeki değişiklere aşırı tepkiler verir.					3
Başka insanların arasındayken çağrıldığında kendi ismine tepki vermez. (Ayşe, Can)				2	
Kendi etrafında dönme, parmak ucunda yürüme, el çırpma gibi davranışları keserek birden bağırır ve ani hareketler yapar.			4		
Başka insanların yüz ifadelerine ve duygularına tepkisizdir.		3			
‘‘evet’’ veya ‘‘ben’’ sözcüklerini nadiren kullanır.				2	
Gelişimin bir alanındaki özel yetenekleri zekâ geriliği kuşkusunu dışlar niteliktedir.					4
Yer bildiren sözcükleri içeren basit emirleri yerine getirmez. (‘‘topu kutunun üstüne koy’’ ya da ‘‘topu kutunun içine koy’’ gibi.)				1	
Bazen yüksek bir sese sağır olduğunu düşündürürcesine ‘‘irkilme’’ tepkisi göstermez.	3				
Ellerini amaçsızca sallar.			4		
Büyük öfke nöbetleri ya da sık sık küçük öfke nöbetleri geçirir.					3
Göz temasından aktif bir şekilde kaçınır.		4			
Dokunulmaya ya da tutulmaya karşı koyar.		4			
Bazen çürükler, kesikler ve iğne yapılma gibi acı verici uyaranlara hiç tepki vermez.	3				
Gergin ve kucaklanması güçtür. (şimdi ya da bebekken)		3			
Kucaklandığında pelte gibidir. (sarılmaz, tutunmaz)		2			
İstediği şeyleri göstererek elde eder.				2	
Parmak uçlarında yürür.			2		
Başkalarını ısırarak, vurarak, tekmeleyerek incitir.					2
Cümleleri defalarca tekrarlar.				3	
Oyun oynarken başka çocukları taklit etmez.		3			
Gözlerine parlak bir ışık tutulduğunda genellikle gözlerini kırpmaz.	1				
Başına vurarak, ellerini ısırarak kendine zarar verir.			3		

İhtiyaçlarının hemen yerine getirilmesini ister, bekleyemez.					2
İsmi söylenen beş nesneden daha fazlasını işaret ederek gösteremez.				1	
Hiç arkadaşlık ilişkisi geliştiremez.		4			
Birçok ses kulaklarını kapatır.	4				
Sık sık nesneleri döndürür, çevirir ve çarpar.			4		
Tuvalet eğitimine ilişkin sorunları vardır.					1
İsteklerini ve ihtiyaçlarını belirtmek için ya hiç konuşmaz ya da bir günde kendiliğinden kullandığı sözcük sayısı beşi geçmez.				2	
Çoğunlukla korkar ya da çok kaygılanır.		3			
Gün ışığı karşısında gözlerini kısar, kaşlarını çatar ya da gözlerini kapatır.	3				
Yardımsız kendisi giyinemez.					1
Sesleri ya da sözcükleri sürekli tekrar eder.				3	
Bakışları insanı ‘‘delip geçer’’.		4			
Başkalarının cümlelerini ya da sorularını tekrarlar.				4	
Çoğunlukla çevresindekilerin ve tehlikeli durumların farkında değildir.					2
Cansız şeylerle oynamayı ve zaman geçirmeyi tercih eder.					4
Çevresindeki nesnelere dokunur, koklar veya tadar.			3		
Yeni bir kişiyle karşılaştığında sıklıkla hiçbir görsel tepki vermez.	3				
Nesneleri sıralama gibi karmaşık ritüeller içine girer.			4		
Çok zarar vericidir, oyuncaklarını ve ev eşyalarını kısa zamanda kırar.			2		
Gelişimsel gecikme belirtileri 30. Ayda ya da daha önce ortaya çıkmıştır.					1
Gün içinde kendiliğinden, iletişimi başlatmak için kullandığı ifadelerin sayısı otuzu geçmez.				3	
Uzun süreler boşluğa bakar.	4				
TOPLAM:					

EK-4. Güçler ve Güçlükler Anketi

GÜÇLER VE GÜÇLÜKLER ANKETİ (SDQ-Tur) AB 4-16

Her cümle için, Doğru Değil, Kısmen Doğru, Tamamen Doğru kutularından birini işaretleyiniz. Kesinlikle emin olamasanız ya da size anlamsız görünse de elinizden geldiğince tüm cümleleri yanıtlamanız bize yardımcı olacaktır. Lütfen yanıtlarınızı çocuğunuzun son 6 ay içindeki davranışlarını göz önüne alarak veriniz.

Çocuğunuzun Adı: ..... Kız / Erkek

Doğum Tarihi: .....

	Doğru Değil	Kısmen Doğru	Kesinlikle Doğru
Diğer insanların duygularını önemser.	☐	☐	☐
Huzursuz, aşırı hareketli, uzun süre kıpırdamadan duramaz.	☐	☐	☐
Sıkça baş ağrısı, karın ağrısı ve bulantıdan yakınır.	☐	☐	☐
Diğer çocuklarla kolayca paylaşır. (yiyecek, oyuncak, kalem v.s.)	☐	☐	☐
Sıkça öfke nöbetleri olur yada aşırı sinirlidir.	☐	☐	☐
Daha çok tek başınadır, yalnız oynama eğilimindedir.	☐	☐	☐
Genellikle söz dinler, erişkinlerin isteklerini yapar.	☐	☐	☐
Birçok kaygısı vardır. Sıkça endişeli görünür.	☐	☐	☐
Eğer birisi incinmiş, morali bozulmuş yada kendini kötü hissediyor ise ona yardımcı olur.	☐	☐	☐
Sürekli elleri ayakları kıpır kıpırdır yada oturduğu yerde kıpırdanıp durur.	☐	☐	☐
En az bir yakın arkadaşı vardır.	☐	☐	☐
Sıkça diğer çocuklarla kavga eder yada onlarla alay eder.	☐	☐	☐
Sıkça mutsuz, kederli yada ağlamaklıdır.	☐	☐	☐
Genellikle diğer çocuklar tarafından sevilir.	☐	☐	☐
Dikkati kolayca dağılır. Yoğunlaşmakta güçlük çeker.	☐	☐	☐
Yeni ortamlarda gergin yada huysuzdur. Kendine güvenini kolayca kaybeder.	☐	☐	☐
Kendinden küçükler iyi davranır.	☐	☐	☐
Sıkça yalan söyler yada hile yapar.	☐	☐	☐
Diğer çocuklar ona takarlar yada onunla alay ederler.	☐	☐	☐
Sıkça başkalarına (anne baba, öğretmen, diğer çocuklar) yardım etmeye istekli olur.	☐	☐	☐
Bir şeyi yapmadan önce düşünür.	☐	☐	☐
Ev,okul yada başka yerlerden çalar.	☐	☐	☐
Erişkinlerle çocuklardan daha iyi geçinir.	☐	☐	☐
Pek çok korkusu var. Kolayca ürker.	☐	☐	☐
Başladığı işi bitirir, dikkat süresi iyidir.	☐	☐	☐

Belirtmek istediğiniz başka düşünce ya da duygunuz var mı?

Genel olarak, çocuğunuzun aşağıdaki alanların birinde ya da daha fazlasında güçlükleri olduğunu düşünüyor musunuz: Duygular, dikkati toplama, davranış yada başkaları ile geçinebilme?

Hayır	Evet-Biraz	Evet-Oldukça Ciddi	Evet-Çok Ciddi
☐	☐	☐	☐

Eğer yanıtınız "evet" ise, lütfen aşağıdaki bu güçlüklere ilişkin soruları yanıtlayınız.

- Bu güçlükler ne zamandır var?

1 aydan az	1 - 5 ay	6 - 12 ay	Bir yıldan fazla
☐	☐	☐	☐

- Bu güçlükler çocuğunuzu sıkıntıya sokuyor yada moralini bozuyor mu?

Kesinlikle Hayır	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla
☐	☐	☐	☐

- Bu güçlükler aşağıdaki alanlarda, çocuğunuzun günlük yaşamını etkiliyor mu?

	Kesinlikle Hayır	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla
Ev yaşamı	☐	☐	☐	☐
Arkadaş ilişkileri	☐	☐	☐	☐
Sınıf içi öğrenme	☐	☐	☐	☐
Boş zaman etkinlikleri	☐	☐	☐	☐

- Bu güçlükler size ya da ailenize zorluk yaşatıyor mu?

Kesinlikle Hayır	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla
☐	☐	☐	☐

İmza: ..... Tarih: .....

Anne / Baba / Diğer (lütfen belirtiniz):

EK-5. Sorun Davranışlar Kontrol Listesi

Sorun Davranışlar Kontrol Listesi

İsim Soyisim;

Aşağıdaki soruları, çocuğunuzun son 1 aydır davranışlarını göz önünde bulundurarak doldurunuz.

0.... Davranış problem oluşturmaz.
1.... Davranış hafif şiddette bir problem oluşturur.
2.... Davranış orta derecede bir problem oluşturur.
3.... Davranış şiddetli probleme yol açar.

1	Atılgandır (düşünmeden hareket eder.)	0	1	2	3
2	İtaatsizdir, kontrol etmek güçtür.	0	1	2	3
3	Sakin oturmaz.	0	1	2	3
4	Aşırı hareketli olmaya eğilimlidir.	0	1	2	3
5	Grup etkinliklerini bozar.	0	1	2	3
6	Odada sürekli olarak koşar ya da zıplar	0	1	2	3
7	Aşırı derecede hareketlidir.	0	1	2	3
8	Diğerlerini rahatsız eder.	0	1	2	3
9	Taşkındır (uygun olmayan şekilde gürültülü, hoyrat)	0	1	2	3
10	Ders sırasında yerinde oturmaz	0	1	2	3
11	Nesneleri bir yere vururken ayaklarını yere vurur ya da kapıları çarpar.	0	1	2	3
12	Diğer çocuklara ve yetişkinlere karşı saldırgandır.	0	1	2	3
13	Garip, tuhaf davranışları vardır.	0	1	2	3
14	Yönergeleri kasıtlı olarak duymamazlıktan gelir.	0	1	2	3
15	Huzursuz, sakin oturmaz.	0	1	2	3
16	Sınıf etkinliklerinde tepki vermez.	0	1	2	3
17	Diğerlerine çok az sosyal tepki verir.	0	1	2	3
18	Sözcükler ya da jestlerle iletişim kurmaya çalışmaz.	0	1	2	3
19	İlişki kurmak ya da ulaşmak güçtür.	0	1	2	3
20	Kendisi ile konuşulduğunda dikkatini vermez.	0	1	2	3
21	Sabit yüz ifadesi, duygusal tepkilerinde yetersizlik vardır.	0	1	2	3
22	Hiçbir şey yapmaz, oturup etrafı seyreder.	0	1	2	3
23	İş birliği yapmaz.	0	1	2	3
24	Yönergelere dikkatini vermez.	0	1	2	3
25	Bir pozisyonda uzun zaman oturur ya da durur.	0	1	2	3
26	Yalnız kalmayı tercih eder.	0	1	2	3
27	İçe kapanıktır, yalnız etkinlikleri tercih eder.	0	1	2	3
28	Kendisini diğerlerinden uzak tutar.	0	1	2	3
29	Dalgın, boşluğa bakar.	0	1	2	3
30	Kayıtsız, tembel /miskin, hareketsizdir.	0	1	2	3
31	Kolayca dikkati başka tarafa çekilir.	0	1	2	3
32	Sevgiye/ şefkate olumsuz tepki verir.	0	1	2	3
33	Hareketsizdir, asla kendiliğinden hareket etmez.	0	1	2	3
34	Anlamsız, tekrarlanan vücut hareketleri vardır.	0	1	2	3
35	Yinelenen el, baş ve vücut hareketleri vardır.	0	1	2	3
36	Öne arkaya sallanır.	0	1	2	3
37	Kollarını, bacaklarını sürekli olarak sallar.	0	1	2	3
38	Yinelenen, tekrar edilen hareketleri vardır.	0	1	2	3
39	Hareket eder ya da başını öne arkaya sallar.	0	1	2	3
40	Kasıtlı olarak kendini incitir.	0	1	2	3
41	Kendine fiziksel zarar verir.	0	1	2	3
42	Kendisine zarar verir.	0	1	2	3
43	İstekleri hemen yerine getirilmelidir.	0	1	2	3
44	Tekrarlanan konuşmaları vardır.	0	1	2	3
45	Duygu durumu çabuk değişir.	0	1	2	3
46	Diğerlerinden ayrı olmayı ister.	0	1	2	3

EK-6. Beck depresyon ölçeği

Beck Depresyon Ölçeği

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

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

1
(0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.

2
(0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekten beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

3
(0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.

4
(0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Herşeyden sıkılıyorum.

5
(0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

6
(0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgınım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.

7
(0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Herşeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.

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.

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.

10
(0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkan şeylere bile artık kızamıyorum.

11
(0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum.

12
(0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.

13
(0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamanklinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.

14
(0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.

15
(0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.

16
(0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.

17
(0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.

18
(0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.

19
(0) Sağlığımla ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.

20
(0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.

21
(0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımdan dolayı cezalandırılabileceğimi düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Toplam BECK-D skoru:.....

designed by Emrah SONGUR M.D.

EK-7. Beck Anksiyete Ölçeği

BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Adı Soyadı:.....

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 kayarak belirleyiniz

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek etkilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama katlanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zorlandım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2. Sıcak / ateş basmaları				
3.Bacaklada halsizlik, titreme				
4.Gevşememe				
5.Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6.Baş dönemsi veya sersemlik				
7.Kalp çarpıntısı				
8.Dengeyi kaybetme duygusu				
9.Dehşete kapılma				
10.Sinirlik				
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)				

EK-8. Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Elinizdeki ankette anne/babaların yaşamlarındaki sıkıntılar, stresler ve yorgunlukları yansıtan İfadelere yer verilmiştir. Sizden istenen **her bir ifadenin örneklediği durumu ne kadar sıklıkla yaşadığınızı uygun yanıt aralığına (x) işareti** koyarak belirtmenizdir.

	Hiçbir zaman	Çok nadir	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1. Çocuğumdan soğuduğumu hissediyorum.					
2. Gün sonunda kendimi ruhen tükenmiş hissediyorum.					
3. Sabah kalktığımda bir gün daha bu isi kaldıramayacağımı hissediyorum.					
4. Çocuğumun ne hissettiğini hemen anlarım.					
5. Çocuğuma sanki insan değilmisgibi davrandığımı farkediyorum.					
6. Bütün gün çocuğumla uğraşmak için gerçekten çok yıpratıcı.					
7. Çocuğumun sorunlarına en uygun çözüm yollarını bulurum.					
8. Çocuğumun bakımına yönelik olarak yaptığım işlerden tükendiğimi hissediyorum.					
9. Yaptığım şeylerle çocuğumun yaşamına katkıda bulunduğuma inanıyorum.					
10. Çocuğumla birlikte olmaya başladığımdan beri insanlara karşı sertleştim.					
11. Çocuğumun / çocuklarımın bakımının beni giderek katılaştırmasından korkuyorum.					
12. Çok şeyler yapabilecek güçteyim.					
13. Çocuğumun beni kısıtladığını hissediyorum.					
14. Çocuğumun bakımı konusunda çok fazla çalıştığımı hissediyorum.					
15. Çocuğuma ne olduğu umurumda değil.					
16. Doğrudan doğruya çocuğumla ilgilenmek bende çok fazla stres yaratıyor.					
17. Çocuğumla aramda rahat bir hava yaratırım.					
18. Çocuğumla birlikte olduktan sonra kendimi canlanmış hissederim.					
19. Çocuğumun bakımına yönelik olarak bir çok kayda değer başarı elde ettim.					
20. Yolun sonuna geldiğimi hissediyorum.					
21. Çocuğumla ilgili duygusal sorunlara serinkanlılıkla yaklaşırım.					
22. Çocuğumun kendisinin bazı problemlerini sanki ben yaratmışım gibi davrandığını hissediyorum.					

EK-9. Otizm Yaşam Kalitesi Anket-Ebeveyn Sürümü

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 tanılı çocuğunuzun yaşı (yıl olarak):
OSB tanılı 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.Başardıklarımdan dolayı memnunum							
14. Genel sağlığımdan memnunum							
15. Sağlıklı bir yaşam biçimim var							
16. Boş zamanlarımda yaptıklarımdan memnunum							
17. Sağlık sorunlarım 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 hissederim							
23. Bir topluluğun parçasıyım							
24. Toplumdan ihtiyacım olan desteği alabilirim							
25. İhtiyacım olan yere gidebilirim							
26. Günlük yaşamımda kendimi güvende hissederim							
27.Günlük yaşamımda saygı duyulduğumu hissederim							
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?**

OSB'li çocukların yaşayabileceği zorluklar:	**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, alışılagelmiş bir düzene bağlı kalma ihtiyacı							
9. Belirli bir konuya aşırı ilgili olma							
10. Özel bir durumda veya değişiklikler sırasında endişeli olma							
11.Belirli duyulara (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 memnunum

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

EK-10. Çocuk-Anababa İlişki Ölçeği

Adı Soyadı:

ÇOCUK-ANABABA İLİŞKİ ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki her bir ifadenin çocuğunuz ile ilişkinizi hangi derecede yansıttığını değerlendiriniz. Aşağıdaki dereceleri düşünerek, her bir ifade için uygun rakamı yuvarlak içine alınız.

(1) Kesinlikle uygun değil (2) Pek uygun değil (3) Kararsızım (4) Oldukça uygun (5) Kesinlikle uygun

		Kesinlikle uygun Değil	Pek Uygun Değil	Kararsızım	Oldukça Uygun	Kesinlikle Uygun
1	Çocuğumla sıcak ve şefkatli bir ilişki paylaşırım	1	2	3	4	5
2	Çocuğumla ben sürekli olarak birbirimizle çatışma halinde gibiyiz	1	2	3	4	5
3	Çocuğum iyi hissetmediğinde benim kendisini rahatlatmamı bekler	1	2	3	4	5
5	Çocuğum benimle olan ilişkisine değer verir	1	2	3	4	5
7	Çocuğum ihtiyaç duyduğunda yardım kabul etmek istemez	1	2	3	4	5
8	Çocuğumu övdüğümde, gururla gözlerinin içi güler	1	2	3	4	5
10	Çocuğum kendisi hakkındaki bilgileri içinden geldiği gibi paylaşır	1	2	3	4	5
12	Çocuğum bana kolaylıkla öfkelenebilir	1	2	3	4	5
13	Çocuğum beni memnun etmeye çalışır	1	2	3	4	5
14	Çocuğum kendisine adaletsizce davranıyorum gibi hisseder	1	2	3	4	5
15	Çocuğum gerçekten ihtiyaç duymadığı zamanlarda bile benim yardımımı ister	1	2	3	4	5
16	Çocuğumun ne hissettiğini anlamak benim için kolaydır	1	2	3	4	5
17	Çocuğum beni bir ceza ve eleştiri kaynağı olarak görür	1	2	3	4	5
18	Ben başka çocuklarla zaman geçirdiğimde çocuğum incinir ya da kıskançlık gösterir	1	2	3	4	5
19	Çocuğum cezalandırıldıktan sonra bile kızgınlığını veya karşı koymasını sürdürür	1	2	3	4	5
20	Çocuğum yanlış bir davranışta bulunduğunda, bakışımdan ya da ses tonumdan benim tepkimi anlamaya çalışır	1	2	3	4	5
21	Çocuğumla ilgilenmek enerjimi tüketiyor	1	2	3	4	5
23	Çocuğum kötü bir ruh hali içinde olduğunda, bizi uzun ve zor bir günün beklediğini biliyorum	1	2	3	4	5

24	Çocuğumun bana karşı duygularının ne olacağı önceden kestirilemez ya da her an değişebilir	1	2	3	4	5
25	Tüm çabalarıma rağmen çocuğum ile anlaşma biçimimizden hiç memnun değilim	1	2	3	4	5
27	Çocuğum benden bir şey istediğinde sızlanır ya da ağlar	1	2	3	4	5
28	Çocuğum bana karşı sinsice davranır ya da beni kullanır	1	2	3	4	5
29	Çocuğum duygularını ve yaşantılarını benimle açıkça paylaşır	1	2	3	4	5
30	Çocuğumla etkileşimim, benim bir ebeveyn olarak kendimi etkili ve özgüvenli hissetmemi sağlar	1	2	3	4	5

EK-11. Anne Babalık ve Aile Uyum Ölçeği

ANNEBABALIK VE AİLE UYUM ÖLÇEĞİ (PAFAS-TR)

Lütfen her cümleyi okuyunuz ve son 4 haftadır sizin için bu durumun ne kadar doğru olduğunu gösteren 0, 1, 2 veya 3 sayılarından birini seçin.

Yanlış ya da doğru cevap yoktur. Cümleler üzerinde çok fazla zaman harcamayın.

ÖRNEK:

Eğer çocuğum ona söyleneni yapmıyorsa, durumu kabullenip kendim yapıyorum. 0 2 3 (1)

Ölçeğin puanlaması şu şekildedir

0. Benim için hiç bir zaman doğru değildir.
1. Benim için biraz veya bazı zamanlarda doğrudur.
2. Benim için sıkça veya çoğu zaman doğrudur.
3. Benim için çok fazla veya hemen her zaman doğrudur.

	Bu durum sizin için ne kadar doğru? Hiç	Biraz	Sıkça	Çok Fazla
1. Eğer çocuğum ona söyleneni yapmıyorsa, durumu kabullenip kendim yapıyorum.	0	1	2	3
2. Çocuğum iyi bir davranışta bulunduğu zaman, ona hoşuna giden bir şey, bir ödül verir ya da eğlenceli bir aktivite ile ödüllendiririm.	0	1	2	3
3. Çocuğum uygun davranmadığı zaman bunun bir yaptırımı olur. (Örneğin oyuncağını alırım)	0	1	2	3
4. Çocuğum uygun davranmadığı zaman onu bir şeyle tehdit ederim. (Örneğin televizyonu kapatmak) ama bunu yerine getirmem.	0	1	2	3
5. Uygun davranmadığı zaman çocuğuma kızarım ya da bağırırım.	0	1	2	3
6. Çocuğum iyi davrandığı zaman onu takdir ederim.	0	1	2	3
7. Çocuğum uygun davranmadığı zaman, ona ders vermek için, kendisini kötü hissetmesini sağlamaya çalışırım (Örneğin suçlu ya da utanmış)	0	1	2	3
8. İyi bir davranışta bulunduğunda çocuğuma ilgi gösteririm. (Kucaklama, göz kırpma, gülümseme ya da öpme gibi)	0	1	2	3
9. Çocuğum uygun davranmadığı zaman poposuna bir şaplak (ya da bir tokat) atarım.	0	1	2	3

10. Davranışları ya da tutumları ile ilgili çocuğumla tartışırım.	0	1	2	3
11. Çocuğumun uygun olmayan davranışları ile her zaman aynı şekilde başa çıkarım.	0	1	2	3
12. Çocuğum kızdığı ya da morali bozuk olduğu zaman, ne istiyorsa onu yaparım.	0	1	2	3
13. Çocuğum beni kızdırır/sinir eder.	0	1	2	3
14. Çocuğumla konuşurum/sohbet ederim.	0	1	2	3
15. Çocuğuma sarılmak, onu kucaklamak ya da öpmek hoşuma gider.	0	1	2	3
16. Çocuğumla gurur duyarım.	0	1	2	3
17. Çocuğumla zaman geçirmekten keyif alırım.	0	1	2	3
18. Çocuğumla güzel bir ilişkim var.	0	1	2	3
19. Kendimi stresli ya da kaygılı hissederim.	0	1	2	3
20. Kendimi mutlu hissederim.	0	1	2	3
21. Kendimi üzgün ya da mutsuz hissederim.	0	1	2	3
22. Hayatımdan memnunum.	0	1	2	3
23. Annebaba olmanın duygusal zorlukları/yükü ile başa çıkabilirim.	0	1	2	3
24. Aile üyelerimiz birbirini destekler ya da birbirine yardım eder.	0	1	2	3
25. Aile üyelerimiz birbiriyle iyi geçinir.	0	1	2	3
26. Aile üyelerimiz birbirleriyle kavga eder ya da tartışırlar.	0	1	2	3
27. Aile üyelerimiz birbirini eleştirir ya da aşağılarlar.	0	1	2	3

Eğer eşinizle birlikte yaşıyorsanız lütfen aşağıdaki üç soruyu cevaplandırın	**Bu durum sizin için ne kadar doğru?**			
	Hiç	Biraz	Sıkça	Çok Fazla
28. Annebabalık konusunda eşimle bir takım gibi çalışırım.	0	1	2	3
29. Annebabalık konusunda eşimle aynı fikirleri paylaşmıyorum.	0	1	2	3
30. Eşimle iyi bir ilişkimiz var.	0	1	2	3