


<http://kefad.ahievran.edu.tr>

Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi

ISSN: 2147 - 1037

Investigation of Knowledge and Awareness of Family Physicians on Autism Spectrum Disorder in Turkey

Yusuf Alpdoğan
Elif Sazak
Semra Omak

Article Information



CrossMark

DOI: 10.29299/kefad.1268914

Received: 21.03.2022

Revised: 18.06.2023

Accepted: 19.07.2023

Keywords:

Autism Spectrum Disorder,
Family Medicine,
Knowledge Level,
Awareness

Abstract

The purpose of the current study is to examine the level of knowledge and awareness of family physicians on Autism Spectrum Disorder (ASD) and to reveal the opinions of family physicians about the recognition, orientation and follow-up processes of individuals with ASD. This study was designed in a mixed method. The participants involved in the qualitative dimension of the study are twelve family physicians and the participants involved in the quantitative dimension of the study are one-hundred family physicians. Qualitative data in the study were collected with a semi-structured interview form developed by the researchers. The quantitative data of the study were collected through a questionnaire. In the study, descriptive analysis technique was used in order to analyse the qualitative data and SPSS 26 package program was also used to analyse the quantitative data. The results of the study are that the family physicians do not have sufficient information about ASD, that they should be informed about ASD, studies should be carried out to raise their awareness, that they frequently make evaluations based on the opinions of the parents during diagnosis, that they are insufficient in directing the parents to special education and in understanding the importance of such education after the diagnosis and finally that they mostly ignore the follow-up processes after diagnosis.

Türkiye’de Aile Hekimlerinin Otizm Spektrum Bozukluğuna İlişkin Bilgi Düzeyi ve Farkındalıklarının İncelenmesi

Makale Bilgileri



CrossMark

DOI: 10.29299/kefad.1268914

Yükleme: 21.03.2022

Düzeltilme: 18.06.2023

Kabul: 19.07.2023

Anahtar Kelimeler:

Otizm Spektrum Bozukluğu,
Aile Hekimliği,
Bilgi Düzeyi,
Farkındalık

Öz

Bu araştırmanın amacı, Türkiye’de aile hekimlerinin OSB’ye ilişkin bilgi düzeyi ve farkındalıklarının incelenmesi ile aile hekimlerinin, OSB olan bireylerin fark edilmesi, yönlendirilmesi ve takip süreçleri hakkında görüşlerini ortaya koymaktır. Bu araştırma, karma yöntem şeklinde desenlenmiştir. Araştırmanın nitel boyutunun çalışma grubu on iki ile hekiminden, nicel boyutunun çalışma grubu ise yüz aile hekiminden oluşmaktadır. Araştırmada nitel veriler, araştırmacılar tarafından geliştirilen yarı-yapılandırılmış görüşme formu ile toplanmıştır. Araştırmada nicel veriler, anket yoluyla toplanmıştır. Araştırmada nitel verilerin analizinde betimsel analiz tekniği, nicel verilerin analizinde ise SPSS 26 paket programı kullanılmıştır. Araştırmanın sonuçları; aile hekimlerinin OSB hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıklarını ve OSB konusunda bilgilendirilmeleri ve farkındalıklarına yönelik olarak çalışmaların yapılması gerektiğini, tanı koyma süreçlerinde değerlendirmeleri çoğunlukla ebeveyn görüşlerine bağlı kalınarak yaptıklarını, tanı sonrasında özel eğitimin önemine ve özel eğitime yönlendirme konusunda yetersiz kaldıklarını, yine tanı sonrasında takip süreçlerini çoğunlukla yapmadıklarını göstermiştir.

Sorumlu Yazar: Semra Omak, Arş. Gör., Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi, Türkiye, semra.omak12@hotmail.com, ORCID ID: 0000-0002-2367-9736.

Yazar1: Yusuf Alpdoğan, Dr. Arş. Gör., Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Türkiye, yusufalpdogan1465@gmail.com, ORCID ID: 0000-0002-6615-397X.

Yazar2: Elif Sazak, Prof. Dr., Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Türkiye, elifsazak@hotmail.com, ORCID ID: 0000-0003-3530-9588.

Atıf için: Alpdoğan, Y., Sazak, E., & Omak, S. (2023). Türkiye’de aile hekimlerinin otizm spektrum bozukluğuna ilişkin bilgi düzeyi ve farkındalıklarının incelenmesi. *Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi*, 24(2), 1406-1461.

Giriş

Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB), sosyal etkileşim ve iletişimde kalıcı bozukluklar ve sınırlı tekrarlayan davranış, ilgi alanları veya etkinlikler ile karakterize olan ve yaşamın erken dönemlerinden itibaren görülen nörogelişimsel bir bozukluktur (American Psychological Association [APA], 2013). İleri düzeyde ve karmaşık bir gelişimsel yetersizlik olan OSB'nin davranışsal özelliklerine ilişkin ilk kaynaklar 18. yüzyıla kadar uzanmaktadır. Otizm teriminin ilk kez psikiyatrist Eugen Bleuler tarafından 1910 yılında, dış dünyadan soyutlanmış ve Yunanca kendilik, öz anlamlarına gelen şekilde kullanıldığı düşünülmektedir (Kırcaali İftar, 2019). Takip eden yıllarda 1943'te psikiyatrist Leo Kanner ve 1944'te ise Hans Asperger otizm ile alakalı makaleler yayımlamışlardır (Kaymak, 2016). OSB'de, 1950-60'lı yıllardan başlayıp günümüze kadar gelen süreçte etiyoloji, tanılama, tıbbi ve davranışsal müdahale bakımından ilerlemeler kaydedilmiştir (Alpdoğan, 2018).

Bireylerin sosyal ve bağımsız bir yaşam sürmelerini olumsuz etkileyen nörobiyolojik bir bozukluk olan OSB'nin nedeni tam olarak bilinmemekle beraber etiyolojisine dair şunlar söylenebilir: Belirtileri bireysel farklılıklar göstermekle birlikte OSB'ye farklı birçok genin, gebelikte ve doğum sırasında görülen hasarların, psikolojik durumların, sosyal çevre faktörlerinin ve farklı toksikasyonların neden olduğu düşünülmektedir (Jones ve Van de Water, 2019). Beynin değişik nörolojik ve bilişsel etkiler yaratmasını sağlayan bölgelerini nöroanatomik görüntüleme sistemleriyle inceleyen araştırma bulgularına göre, OSB tanısı alan bireylerin beyinlerinin çocukluk çağında akranlarındkinden daha büyük olduğu ve yetişkinlik döneminde ise daha küçük kaldığı görülmüştür (Güller, Değerli, Sarı, Altıntaş ve Adıgüzel, 2020). Bununla beraber davranış, motivasyon, uzun süreli bellek ve koku alma duyusu gibi çeşitli fonksiyonlar içeren limbik sistemi oluşturan hücrelerin küçük hacimli ve sayıca fazla olduğu görülen başka nöroanatomik bulgulardır (Bor, 2018). OSB tanısı alan bireyler, normal gelişim gösteren (NGG) bireylerden farklı olarak bazı davranışlar sergilerler.

OSB tanısı alan bireylerde çoğunlukla tekrarlayıcı davranışlar sergileme, yineleyici bir dil kullanımını tercih etme, ortak dikkat problemleri, göz kontağı kurmaktan kaçınma, değişikliklere karşı aşırı tepki gösterme gibi davranışlar gözlenmektedir (Demir, 2021). Bu davranışlarla beraber bazı OSB tanısı alan bireylerde, tipik işitme ve görmeden farklı olarak aşırı duyarlılık gösterme ve dokunma hissi kaybı da görülebilmektedir (Aydın ve Kınacı, 2019). NGG bireylerden farklı olarak OSB tanısı alan bireylerde hayat standartlarını etkileyen ve yaşamın ilk yıllarında ortaya çıkan iletişim ve etkileşim bozuklukları da mevcuttur (APA, 2013). OSB'li bireylerde görülen bu farklılıklar, onları yakın çevreleri dahil olmak üzere birçok çevrede niteliği düşük bir sosyalleşmeye itmektedir (Töret, Özdemir, Gürel-Selimoğlu ve Özkubat, 2014). OSB'li bireylerin öz bakım ve günlük rutinlerde başkalarına bağımlı olmaları, sosyal duygulardan yoksun olmaları, yalnızlığı tercih etmeleri ve

sosyalleşmemeleri hem kendilerini hem de ailelerini ve yakın çevrelerindeki bireyleri olumsuz etkilemektedir (Centelles, Assaiante, Etchegoyhen, Bouvard ve Schmitz, 2012).

OSB, artan yaygınlık oranları ile çocuklarda en hızlı büyüyen yetersizlik grubu olarak dikkati çekmektedir (Hartley-McAndrew, Doody ve Mertz, 2014). OSB yaygınlığı, 1985 öncesinde 1/10000 iken 1989'da 7/10000 olarak bildirilmiştir (Samms-Vaughan ve Franklyn-Banton, 2008). Günümüze kadar yaygınlığı devam eden OSB'nin görülme sıklığı; Amerikan Hastalıkları Kontrol ve Önleme Merkezi'nin (Centers for Disease Control Prevention [CDC]) 2014 verilerine göre 1/59 iken, 2016 verilerine göre 1/54 ve 2018 verilerine göre 1/44 olarak bildirilmiştir (Maenner ve diğerleri, 2020; Maenner ve diğerleri., 2021). CDC, OSB yaygınlığını dünya nüfusunun yaklaşık %1'i olarak ifade etmiş ve erkeklerde kız çocuklarına oranla yaklaşık 4 kat daha fazla görüldüğünü bildirmiştir. Ayrıca OSB görülme sıklığının 2000 yılından beri %178 arttığına vurgu yapmıştır (Zauderer, 2022). Ülkemizde, OSB'nin yaygınlığına ilişkin henüz kapsamlı bir çalışma yapılmadığından yaygınlık oranı net olarak bilinmemekle birlikte, dünya çapında belirtilmiş orana yakın olduğu tahmin edilmektedir (Çolak, 2015). Ayrıca son yıllarda OSB tanısı ile kurumlara başvuru sayısında artış olduğu bilinmektedir (Sabuncuoğlu, 2016). OSB yaygınlığındaki bu artış, ciddi bir halk sorunu olarak değerlendirilmeye devam etmektedir (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2007; Fombonne, 2005). OSB'ye ilişkin henüz bilinen tıbbi bir müdahale olmamasına karşın (Shamsuddin ve Rahman, 2014) eğitimsel, sosyal ve davranışsal müdahale programlarının erken yaşlarda çok etkili olması erken teşhisi oldukça önemli kılmaktadır (Hartley-McAndrew ve diğerleri., 2014). Bu da OSB için tarama ve tanılama süreçlerinin erken yaşta tamamlanmasının önemine dikkat çekmektedir (Aksoy ve Şahin, 2016). Sağlık çalışanlarının OSB hakkında bilgi ve farkındalıklarının yüksek olması, OSB'li bireylerin erken teşhisini sağlayabilir ve bu da erken müdahalelere olanak sağlar (Bakare ve diğerleri., 2009). OSB'nin tarama ve tanılama süreçleri arasında sıklıkla birinci basamağı aile hekimleri oluşturmaktadır (Bakare ve diğerleri., 2009; Sices, Feudtner, McLaughlin, Drotar ve Williams, 2003). Tarama sürecinde, özellikle aile hekimleri ciddi bir role sahiptir.

Ülkemizde koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin bireylere ulaştırılması yönündeki çalışmalarda ciddi ilerlemeler kaydedilmiştir. Sağlık Bakanlığı'nın dönüşüm programı çerçevesinde bireylerin sağlıklı hayat programlarına erişiminin sağlanması, bireylerin kendi sağlık durumlarını kontrol edebilme yetilerini geliştirmek ve koruyucu hekimlik yaklaşımını sağlığın merkezine tamamen yerleştirmek amacıyla bazı adımlar atıldığı görülmektedir. Bu adımlar çerçevesinde birinci basamak olarak sağlık hizmetleri yeniden düzenlenip yaygınlaştırılmıştır. Herkesin kendi seçebileceği, kolayca erişebileceği, herhangi bir engelle karşılaşmaksızın danışabileceği, başvurabileceği bir aile hekiminin olması bu yaklaşımın ana unsurlarının başında gelmektedir (<https://hsgm.saglik.gov.tr>). Aile hekimliği sistemi, ilk olarak 2005 yılında pilot uygulama olarak başlatılmış olup 2010 yılı sonu itibari ile ülke genelinde uygulamasına geçilmiştir. Uygulamasına başlanılan aile hekimliği sisteminde birim başına düşen nüfus sayısı, aile hekimliği birim sayısı ve bir

kişinin yılda aile hekimine başvuru sayısında ilerlemeler görülmektedir. Söz konusu ilerlemeler Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1. 2019-2023 yılları arasında gerçekleşen ve hedeflenen birim başına düşen nüfus sayısı, aile hekimliği birim sayısı ve bir kişinin yılda aile hekimine başvuru sayısına ilişkin bilgiler

Gerçekleşme Yılı	Aile Hekimliği Birimi Başına Düşen Nüfus Sayısı	Aile Hekimliği Birimi Sayısı	Bir Kişinin Yılda Aile Hekimine Başvuru Sayısı
2019	3.110	26.476	3,3
2020 Planlanan	3.040	27.600	3,4
2020 Gerçekleşme Tahmini	3.125	26.600	2,6
2021 Hedef	2.900	29.380	3,5
2022 Tahmin	2.800	30.680	3,7
2023 Tahmin	2.700	32.190	4,0

Kaynak: <https://sgb.saglik.gov.tr/>

Tablo 1’de görüldüğü gibi aile hekimliği sisteminin önemi giderek artmaktadır. Bu sistemle kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetleri verilmektedir. Sağlık Bakanlığı’nın 2013 yılında resmi gazetede yayımladığı Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği’nde, aile hekimlerinin görev tanımında belirlediği sınırlar, OSB olan bireylerin de fark edilmesinde ve yönlendirilmesinde önem arz etmektedir. Bunlar:

“aile hekimleri, sistemlerine kayıtlı kişileri bir bütün olarak ele alıp, bireye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmeti vermektedirler; aile hekimleri kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için altı ay içinde ev ziyaretinde bulunmakta veya kişiler ile iletişime geçmektedir; evde takibi zorunlu olan engelli, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kendisine kayıtlı kişilere evde veya gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermekle yükümlüdürler” (T. C. Sağlık Bakanlığı [SB], 2013).

OSB tanısı konulmamış bireylerin fark edilmesi, yönlendirilmesi ve takip edilmesinde kilit öneme sahip olan aile hekimlerinin bu konuda neler yaptıklarının ortaya konulması önemli görülmüştür.

Alanyazın incelediğinde aile hekimleri ve diğer sağlık çalışanlarının OSB’ye ilişkin bilgi, tutum ve farkındalıklarının (Gölbaşı, Demirel, Karaca, Çiçek ve Sarı, 2021; Hıdıroğlu, Lüleci, Karavuş, Güzel ve Dönmez, 2020; Masarit, Alhafithi, Alsanna ve Almaghaslah, 2022; Salama, 2017), aile hekimliği uygulamalarında otizm taramasındaki engellerin (Fenikile, Ellerbeck, Filippi ve Daley, 2015), aile hekimlerinin OSB ile dikkat eksikliği ve hiperaktiviteye ilişkin bilgi ve tutumlarının (Sabuncuoğlu, Cebeci, Rabbar ve Hessabi, 2015) ve sağlık personellerinin OSB ile ilgili bilgi ve erken tanıya ilişkin görüşlerinin incelendiği çalışmalara (Tamura ve Celasun, 2022) rastlanmıştır. Ancak OSB olan bireylerin fark edilmesi, yönlendirilmesi ve takip süreçleri hakkında neler yaptıklarını ortaya koyan detaylı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu araştırma da böyle bir gerekçe ile yapılmıştır. Bu nedenle aile hekimleri için OSB kavramının ne anlama geldiği, kendilerine giden bir hastanın OSB’li

olma ihtimali olduğunu düşündüklerinde nasıl bir süreç izledikleri, OSB'li bireylerin takip işlemlerini nasıl gerçekleştirdikleri, OSB olan bireylerin toplumla bütünleşmesi için neler önerdikleri, ülkemizde ve dünyada OSB'nin nedeni ve yaygınlığı hakkında neler düşündükleri ve OSB hakkında genel olarak neler önerdikleri gibi mevzuların bilimsel bir yaklaşımla ortaya konulması bu araştırmanın odak noktasını oluşturmaktadır. Bu araştırma konusuna ilişkin daha önce detaylı bir araştırmanın yapılmamış olması bu araştırmanın özgünlüğünü ortaya koymakta ve bu tür bir araştırmaya gereksinim kılmaktadır. Bu araştırma, OSB'de tarama yönlendirme ve takip süreçlerinde aile hekimlerinin neler yaptıkları ve OSB hakkındaki bilgi düzeylerinin ortaya konulması bakımından son derece önemlidir. Dolayısıyla bu araştırmanın amacı, Türkiye'de aile hekimlerinin OSB'ye ilişkin bilgi düzeyi ve farkındalıklarının incelenmesi ile aile hekimlerinin, OSB olan bireylerin fark edilmesi, yönlendirilmesi ve takip süreçleri hakkında görüşlerini ortaya koymaktır. Bu amaç çerçevesinde belirlenen aşağıdaki alt amaçlar doğrultusunda araştırma yürütülmüştür.

- 1) Türkiye'de aile hekimlerinin, OSB olan bireylerin fark edilmesi, yönlendirilmesi ve takip süreçleri hakkında ki görüşleri nelerdir?
- 2) Türkiye'de aile hekimlerinin OSB'ye ilişkin bilgi düzeyi ve farkındalıklarının ne düzeydedir?

Yöntem

Bu bölümde araştırma deseni, çalışma grubu, araştırma verilerinin toplanması, verilerin analizi, araştırma verilerinin geçerlik-güvenirliği ve araştırmanın etik boyutuna ilişkin bilgilere yer verilmiştir.

Araştırma Deseni

Bu araştırma, karma yöntem şeklinde desenlenmiştir. Karma yöntem, nicel ve nitel yöntemlerin kasıtlı ve sistematik olarak aynı çalışmada kullanılmasını sağlar. Ayrıca sonuca ulaşmak için nicel ve nitel verilerin birlikte sunulmasına ve sonuçların daha güvenilir bir şekilde ortaya konulmasına imkan verir (Maxvell, 2016). Bir araştırmada hem nicel hem de nitel yöntemin birlikte kullanılması oldukça yaygın bir durumdur (Verma ve Mallick, 2005). Nicel yöntem bir durum hakkında birçok katılımcıdan veri elde etme imkanı sağlarken, gözlem, görüşme gibi nitel yöntemler ise aynı durum hakkında daha derinlemesine inme ve veri toplama imkanı sağlamaktadır (Green, Krayder ve Mayer, 2005). Karma yöntem araştırmaları nicel ve nitel yöntemlerin basit bir birleşimi değil, bunların güçlü yanlarının birbirini destekler nitelikte kullanıldığı kapsamlı entegrasyon çalışmalarıdır (Firat, Yurdakul ve Ersoy, 2014).

Nitel boyut: Araştırmanın nitel boyutunda, nitel araştırma desenlerinden olgu bilim deseni kullanılmıştır. Olgu bilim deseninde temel amaç, farkında olduğumuz ancak derinlemesine ve ayrıntılı bir anlayışa sahip olmadığımız olgulara odaklanmaktır (Tellis, 1997). Nitel araştırmalar;

gözlem, görüşme ve döküman analizi gibi nitel veri toplama tekniklerinin kullanıldığı, algıların ve olguların doğal ortamda gerçekçi ve bütüncül bir biçimde ortaya konmasına yönelik sürecin izlendiği araştırmalardır (Yıldırım ve Simsek, 2018). Nitel araştırmalarda yaygın olarak kullanılan bilgi toplama yöntemleri; görüşme, gözlem ve yazılı dokümanların incelenmesidir. Görüşme yöntemi, bireylerin durumlarını ortaya koymada kullanılan güçlü bir yöntemdir (Demir, 1999). Bu araştırmada, Türkiye’de aile hekimlerinin otizm spektrum bozukluğuna ilişkin bilgi düzeyi ve farkındalıklarını kendi bakış açılarına göre ortaya koymak için olgu bilim deseni kullanılmıştır. Olgu/bilim deseninde genelde görüşme tekniği kullanılıp derinlemesine bilgi edinilerek olgu derinlemesine ortaya konulur (Lester, 1999).

Nicel boyut: Araştırmanın nicel boyutunda tarama modelinde sıklıkla kullanılan veri toplama tekniklerden biri olan anket kullanılmıştır. Veri toplama aracı, araştırmanın evrenini oluşturan Van ili merkez ilçesinde uygulanmıştır. Örneklem belirleme yöntemi olarak küme örnekleme tekniği kullanılmıştır. Küme örnekleme, evrendeki bütün kümelerin elemanlarının eşit seçilme şansına sahip oldukları durumda yapılan bir örnekleme çeşididir (Yeşil, 2014).

Çalışma Grubu

Bu karma yöntem araştırmasının nitel ve nicel kısmında yer alan katılımcılar, aynı evrene dahil olan Van ili merkez ilçesinde görev yapan aile hekimlerinden oluşmaktadır. Araştırmanın nitel boyutunun çalışma grubu on iki ile hekiminden, nicel boyutunun çalışma grubu ise yüz aile hekiminden oluşmaktadır. Katılımcılar, kolay ulaşılabilir örnekleme yöntemi ve ölçüt örnekleme yöntemi ile belirlenmiştir. Kolay ulaşılabilir örnekleme yöntemi iş gücü, zaman ve para kaybını en aza indiren, ekonomik bir yöntemdir (Fraenkel, Wallen ve Hyun, 2015). Bu araştırmada aile hekimleri için tıp fakültesi mezunu olma ve Van ili merkez ilçesinde herhangi bir aile sağlık merkezinde aile hekimi olarak çalışma ölçütü olarak belirlenmiştir. Bu ölçütleri sağlayan aile hekimleri içerisinde kolay ulaşılabilir örnekleme yöntemiyle çalışma grupları oluşturulmuştur. Gizlilik esas alınarak hekimlerin kimlik bilgileri herhangi bir şekilde ifade edilmemiş, aile hekimleri AH1, AH2, AH3, ... AH12 şeklinde kodlanmıştır. Araştırmanın nitel boyutuna katılan aile hekimlerinin demografik özellikleri Tablo 2’de verilmiştir.

Tablo 2. Örneklemeye ilişkin demografik bilgileri

Kod	İsimler	Cinsiyet	Yaş	Eğitim durumu	Kıdem süresi	Branşı
AH1		Erkek	28-32	Yüksek Lisans	6-11	Aile Hekimi
AH2		Kadın	28-32	Yüksek Lisans	0-5	Aile Hekimi
AH3		Erkek	28-32	Yüksek Lisans	0-5	Aile Hekimi
AH4		Erkek	39-44	Yüksek Lisans	12-17	Aile Hekimi
AH5		Erkek	28-32	Yüksek Lisans	6-11	Aile Hekimi
AH6		Erkek	28-32	Yüksek Lisans	0-5	Aile Hekimi
AH7		Erkek	28-32	Yüksek lisans	0-5	Aile Hekimi
AH8		Kadın	33-38	Yüksek Lisans	6-11	Aile Hekimi
AH9		Kadın	28-32	Yüksek Lisans	0-5	Aile Hekimi
AH10		Erkek	28-32	Yüksek Lisans	6-11	Aile Hekimi
AH11		Kadın	28-32	Yüksek Lisans	6-11	Aile Hekimi
AH12		Kadın	28-32	Yüksek Lisans	0-5	Aile Hekimi

Tablo 2 incelendiğinde katılımcıların yarısından çoğu (%58) erkeklerden, diğer yarısına yakını (%48) ise kadınlardan oluşmaktadır. Katılımcıların büyük çoğunluğu (%83,3) 28-32 yaş aralığındadır. Katılımcıların %50'si 0-5 yıl arasında mesleki deneyime sahip iken; katılımcıların %41'i ise 6-11 yıllık mesleki deneyime sahiptir. Katılımcıların tamamı (%100) yüksek lisans (altı yıllık tıp eğitimi) mezunudur.

Araştırmanın nicel boyutuna katılan çalışma grubu ise Van ili merkez ilçesinde görev yapmakta olan toplam yüz aile hekiminden oluşmaktadır. Araştırmanın nicel boyutuna katılan aile hekimlerinin demografik özellikleri Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3. Örneklemeye ilişkin demografik özellikler

Aile Hekimleri		f	%
Cinsiyeti	Kadın	48	48,00
	Erkek	52	52,00
Yaş Aralığı	25-30	39	39,00
	31-35	33	33,00
	36 ve üstü	28	28,00
Eğitim Durumu	Yüksek Lisans (Pratisyen Hekim)	78	78,00
	Uzman Hekim	22	22,00
Mesleki Kıdemi	0-5 yıl	46	46,00
	6-10 yıl	35	35,00
	11 yıl ve üzeri	19	19,00

Tablo 3 incelendiğinde aile hekimlerinin 48'inin kadın, 52'sinin ise erkeklerden oluştuğu görülmektedir. Çalışma grubunun yaş aralığına bakıldığında 39'unun (%39) 25-30, 33'ünün (%33) 31-35 ve 28'inin (%28) 36 ve üstü yaş aralığında olduğu görülmektedir. Çalışma grubunun %78'inin yüksek lisans mezunu olduğu ve pratisyen hekim olarak görev yaptığı, geriye kalan %22'sinin ise uzmanlık eğitimi alıp aile hekimi uzmanı olarak çalıştığı görülmektedir. Yine Tablo 2 incelendiğinde çalışma grubunun mesleki kıdem olarak 0-5 ile 6-10 yılları arasında yoğunlaştığı görülmektedir. Çalışma grubunun %46'sı 0-5 yıl aralığında iken %35'inin 6-10 yıl aralığında mesleki tecrübeye sahip olduğu görülmektedir. Geriye kalan çalışma grubunun %19 ise 11 yıl ve üzeri mesleki tecrübeye sahiptir.

Verilerin Toplanması Süreci

Bu araştırmada nitel veriler, araştırmacılar tarafından geliştirilen yarı-yapılandırılmış görüşme formu ile toplanmıştır. Nitel araştırmalarda, sosyal olgular hakkında derinlemesine bilgi toplanılmaktadır. Bu araştırmalarda en çok kullanılan bilgi toplama teknikleri; görüşme, gözlem ve yazılı dokümanların incelenmesidir. Görüşme tekniğinin bu araştırmada tercih edilmesinin nedeni, bu tekniğin esnek olması ve doğru yanıt oranının yüksek olmasıdır. Görüşme tekniği, bireylerin yaşantılarını derinlemesine inceleyen güçlü bir tekniktir (Yıldırım, 1999). Araştırmada kullanılan yarı-yapılandırılmış görüşme formu açık uçlu yedi sorudan oluşmaktadır. Görüşme formu hazırlanmadan önce özel eğitim, OSB, aile hekimleri ve OSB ile ilgili literatür taranmıştır. Literatürde elde edilen bulgulardan hareketle görüşme formundaki sorular hazırlanmış ve uzman görüşüne başvurulmuştur. Özel eğitim ve OSB ile ilgili konularda uzman olan iki öğretim üyesinden gelen dönütler doğrultusunda görüşme formunda gerekli uyarlamalar yapılarak kapsam geçerliliği sağlanmıştır. Alınan dönütlere dayalı olarak forma yeni sorular eklenmiş, bazı görüşme sorularının yapısı değiştirilmiş ve forma bazı sondaj soruları eklenmiştir. Görüşme formunda “Otizm spektrum bozukluğu nedir?”, “Size gelen bir bebeğin ya da çocuğun otizm spektrum bozukluğu olduğunu nasıl anlıyorsunuz?”, “Otizm spektrum bozukluğunun olup olmadığının belirlenmesinde kullandığınız testler nelerdir?”, “Otizm spektrum bozukluğu olarak değerlendirdiğiniz bebeğin ya da çocuğun ailesine konu hakkında nasıl bir açıklama yapıyorsunuz?”, “Otizm spektrum bozukluğu olarak değerlendirdiğiniz bebeğin ya da çocuğun ailesini nereye yönlendiriyorsunuz?”, “Otizm spektrum bozukluğu olarak değerlendirdiğiniz bebeğin ya da çocuğun takibinde yaptığınız işlemler nelerdir?” ve “Genel olarak eklemek istediğiniz veya önermek istediğiniz durumlar hakkında bir şeyler söylemek ister misiniz?” soruları yer almaktadır. Görüşme formuna son şekli verildikten sonra araştırma için belirlenen katılımcılarla görüşme yapmak üzere randevular alınmış ve sırayla görüşmeler yapılmıştır. Görüşmeler her bir katılımcıyla farklı zamanlarda yüz yüze gerçekleştirilmiş ve ortalama 35 dakika sürmüştür. Böylece araştırmanın verileri Nisan-Mayıs 2022 tarihleri arasında toplanmıştır. Görüşmelerde veri toplama aracı olarak ses kayıt cihazı ve yazılı doküman kullanılmıştır.

Nitel boyut açısından verilerin toplanmasında tarama tekniği kullanılmıştır. Tarama yöntemlerinde veri toplama aracı olarak anket ya da ölçekler kullanılmaktadır. Tarama tekniğinde, evrenden alınan örnekleme önceden yapılandırılmış bir soru seti sorularak veriler toplanılır (Fogelman ve Comber, 2007). Bu araştırmada veri toplama aracı olarak Bakare, Ebigbo, Agomoh ve Menkiti (2008) tarafından geliştirilen ve Gürbüz-Özgür, Aksu ve Eser (2019) tarafından Türkçeye uyarlanan “Sağlık Çalışanlarının Çocukluk Çağı Otizmi Hakkında Bilgi Anketi, (SÇ-OBA)” anketi kullanılmıştır. Veri toplama aracında, dört alanda sağlık çalışanlarının OSB hakkındaki bilgi düzeylerini ölçmeye yönelik maddeler yer almaktadır. Anketin birinci alanı, OSB’li bireylerde görülen sosyal etkileşim ve iletişim yetersizliğiyle ilgili olup toplam sekiz maddeden oluşmaktadır.

İkinci alan, iletişim ve dil gelişimi ile ilgili olan tek bir maddeden oluşmaktadır. Üçüncü alan, dört maddeden oluşmakta ve OSB’de gözlenen stereotipik ve tekrarlayan belirtileri göstermektedir. Dördüncü alan ise, altı maddeden oluşup ve OSB’nin nöro-gelişimsel bir bozukluk olup olmadığını sorgular, olası çoklu yetersizlik durumları inceler ve ortaya çıktığı yaşları araştırır. Ankette yer alan 18 madde (A)Bilmiyorum, (B)Evet, (C)Hayır ve 1 madde ise (A)Yenidoğan, (B)Bebeklik, (C)Çocukluk şeklinde olmak üzere likert tipinde üçlü derecelendirme tepki kategorisi kullanılmıştır (Gürbüz-Özgür ve diğerleri., 2019). Anketler, kendisinden araştırmaya gönüllü katılma onayı alınan aile hekimlerine bilgisayar ortamında gönderilmiştir. Aile hekimlerinden anketi okuyup, anlamadıkları yerleri sormaları ve doldurup araştırmacılara bilgisayar ortamında geri göndermeleri istenmiştir.

Verilerin Analizi

Nitel veriler için yüz yüze yapılan görüşmeler tamamlandıktan sonra, katılımcılardan toplanan veriler üzerinde hiçbir değişiklik yapılmadan bütün veriler bilgisayar ortamına aktarılmıştır. Ses kayıt cihazı ve yazılı olarak elde edilen veriler bilgisayar ortamına Word formatında yazıya dönüştürülmüştür. Veriler yazıya dönüştürülürken katılımcıların yanıtlarında bir karmaşanın oluşmaması için katılımcıların görüşleri, görüşme sırasına göre AH1, AH2, AH3, ... AH12 şeklinde kodlanmıştır. Word formatına dökümü yapılan ve katılımcılara göre kodlanmış verilerin tamamı tek tek okunarak ayıklama yapılmış ve veriler yedi kategoriye bağlı olarak birden fazla alt kategori şeklinde düzenlenmiştir. Veriler analiz edilirken görüşme formunda yer alan görüşme soruları birer kategori olarak ele alınmıştır. Her kategoriye ilişkin veriler, alt kategorilerin sunulduğu tablolar yardımıyla ve doğrudan alıntı yapma şeklinde sunulmuştur. Araştırmada veriler, nitel araştırmalarda çoğunlukla kullanılan betimsel analiz tekniği ile sistematik ve nesnel bir biçimde analiz edilerek betimlenmiş ve yorumlanmıştır.

Çalışmanın nicel verileri, çevrimiçi ortamda Google forms aracılığıyla toplanmıştır. Toplanan veriler Excel formatında indirilerek SPSS paket programına aktarılmıştır. Nicel verilerin analizinde SPSS 26 paket programından faydalanılmıştır. Veri analizinde demografik değişkenler ve anket maddelerinin her biri için frekans ve yüzde değerlerine bakılmıştır. Anket maddeleri bilmiyorum, evet, hayır şeklinde raporlanmıştır. Bağımlı ve bağımsız değişkenlerin aralarındaki ilişkiye bakabilmek için varyans analizi (ANOVA) ve bağımsız gruplar için t testi kullanılmıştır. İki den fazla grubu karşılaştırmak için çoklu karşılaştırma testlerinden Tukey testi kullanılmıştır.

Araştırmanın Etik İzni

Yapılan bu çalışmada “Yükseköğretim Kurumları Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi” kapsamında uyulması belirtilen tüm kurallara uyulmuştur. Yönergenin ikinci bölümü olan “Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiğine Aykırı Eylemler” başlığı altında belirtilen eylemlerden hiçbirini gerçekleştirilmemiştir.

Etik kurul izin bilgileri: Etik değerlendirmeyi yapan kurul adı = Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Sosyal ve Beşeri Bilimleri Yayın Etik Kurulu

Etik değerlendirme kararının tarihi= 06/04/2022

Etik değerlendirme belgesi sayı numarası= 2022/4

Bulgular

Araştırmanın bulguları nicel bulgular ve nitel bulgular olmak üzere iki aşamada sunulmuştur. İlk aşamada nicel bulgular, ikinci aşamada nitel bulgular detaylı olarak verilmiştir.

Nitel Bulgular

Bu araştırmanın nitel bulguları, Türkiye’de aile hekimlerinin otizm spektrum bozukluğuna ilişkin bilgi düzeyi ve farkındalıklarına yönelik görüşleri araştırmanın görüşme sorularına bağlı olarak yedi ana kategoriden oluşmaktadır. Bu kategoriler aile hekimlerinin şu sorulara verdikleri yanıtlardan oluşmaktadır: “Otizm spektrum bozukluğu nedir?, Size gelen bir bebeğin ya da çocuğun otizm spektrum bozukluğu olduğunu nasıl anlıyorsunuz?, Otizm spektrum bozukluğunun olup olmadığının belirlenmesinde kullandığınız testler nelerdir?, Otizm spektrum bozukluğu olarak değerlendirdiğiniz bebeğin ya da çocuğun ailesine konu hakkında nasıl bir açıklama yapıyorsunuz?, Otizm spektrum bozukluğu olarak değerlendirdiğiniz bebeğin ya da çocuğun ailesini nereye yönlendiriyorsunuz?, Otizm spektrum bozukluğu olarak değerlendirdiğiniz bebeğin ya da çocuğun takibinde yaptığınız işlemler nelerdir? ve Genel olarak eklemek istediğiniz veya önermek istediğiniz durumlar hakkında bir şeyler söylemek ister misiniz?”. Araştırmanın nitel bulguları, her kategorinin altında farklı alt kategori içeren bir tablo ve bu tablonun altında doğrudan alıntılarının verilerek yorumlanması şeklinde sunulmuştur.

Aile hekimlerinin OSB’nin ne olduğuna yönelik görüşlerine ilişkin bulgular: Araştırmanın birinci araştırma problemine ilişkin bulgulara ulaşmak amacıyla örnekleme “Otizm Spektrum Bozukluğu nedir?” sorusu sorulmuştur. Örneklemin bu soruya ilişkin görüşlerini yansıtan alt kategoriler Tablo 4’te sunulmuştur.

Tablo 4. *Otizm spektrum bozukluğu nedir?*

OSB nedir?	f
Nöro-psikiyatrik bir bozukluktur	5
Toplumdan izole olmaktır	4
İletişim eksikliğidir	2
Sosyal beceri eksikliğidir	2
Etiyolojisi bilinmeyen hastalıktır	2
Çoklu yetersizliktir	1

Tablo 4 incelendiğinde, aile hekimlerinin OSB’yi nöro-psikiyatrik bir bozukluk, toplumdan izole olmak, iletişim eksikliği, sosyal beceri eksikliği, etiyolojisi bilinmeyen bir hastalık ve çoklu yetersizlik olarak tanımladıkları görülmektedir. Örneklemin çoğunun (f:5), OSB’yi nöro-psikiyatrik bir

bozukluk olarak ele aldıkları bulgulanmıştır. Bu duruma ilişkin AH9, “OSB denince aklıma sebebi tam olarak bilinmeyen birçok faktörün yol açtığı nöro-gelişimsel bir bozukluktur” şeklinde görüşünü ifade ederken, AH6 ise, “OSB ... genelde doğuştan ya da yaşamın ilk yıllarında ortaya çıkan nöro-gelişimsel bir farklılıktır denebilir” ifadesini kullanmıştır. Örneklemin bir kısmının (f:6) OSB’yi toplumdan izole olmak olarak tanımladıkları görülmektedir. Yani “OSB nedir?” diye sorulduğunda akıllarına toplumdan kopmuş, toplumdaki bireylerle herhangi bir şekilde iletişim kurmayan ve yalnızlaşan bireylerin geldiğini ifade ettikleri görülmektedir. Bu alt kategoriye ilişkin AH11, “Bireyin toplumdan daha izole - kabul edilen normlara göre farklı olmasına sebep olan , etiyojisi bilinmeyen psikiyatrik bir hastalıktır. Toplumdan kopmuş bireyler de denilebilir” ifadesiyle görüş belirtmiştir. Bu konu hakkında AH12 ise, “Toplumdaki beklentilerini ve normlarını bilmeyen kendi iç dünyasında yaşayan ve beyinsel sıkıntıları olan çocukları tanımlamada kullandığımız bir kavramdır. Etiyojisi bilinmeyen bir hastalıktır” şeklinde görüş ortaya koymuştur. Ayrıca örneklemin bazılarının (f:2) OSB’yi herhangi bir şekilde iletişim kurmayan, iletişim konusunda ciddi sıkıntılar yaşayan bireylerin tanımlanmasında kullanılan bir kavram olarak tanımladıkları görülmektedir. AH3 bu konuda; “... ın ciddi bir iletişim eksikliğidir. Sanki duymuyormuş gibi davranıp size cevap vermeyen ve kendi isteklerini de dile dökmeyen çocuklarda kullanılan bir kavramdır” şeklinde görüş ifade etmiştir. OSB kavramını birkaç örneklem (f:2) sosyal becerilerde görülen eksiklik ile tanımlarken, bazı örneklem (f:2) ise etiyojisi bilinmeyen hastalık kavramını kullanmıştır. Örneklemden AH7, “OSB, bir çocuğun beyninin gelişiminde başkalarını nasıl algıladığını ve onlarla nasıl sosyalleştiğini etkileyen, bu sebeple de sosyal etkileşim sorunlarına neden olan bir tıbbi durumdur” şeklinde görüşünü açıklamıştır. AH1 ise bu konuyu şöyle açıklamıştır: “... sosyal becerileri bilmeyen ve bu yüzden sosyalleşemeyen dolayısıyla yalnızlaşan çocukların bulunduğu gruptur.” Örneklemden birinin ise, OSB’yi birden çok hastalığın eşlik edebileceği çoklu bir sendrom olarak açıkladığı görülmektedir. Bu konuyu AH4, “... birden çok rahatsızlığı da aynı zamanda içerebilen nörolojik hatta meta-biyolojik bir sendromdur” şeklindeki görüşüyle açıklamaya çalışmıştır.

Aile hekimlerinin kendilerine giden bir bebeğin ya da çocuğun otizm spektrum bozukluğu olduğunu nasıl anladıklarına yönelik görüşlerine ilişkin bulgular: Araştırmanın ikinci araştırma problemine ilişkin bulgulara ulaşmak amacıyla örnekleme “Size gelen bir bebeğin ya da çocuğun otizm spektrum bozukluğu olduğunu nasıl anlıyorsunuz?” sorusu sorulmuştur. Örneklemin bu soruya ilişkin görüşlerini yansıtan alt kategoriler Tablo 5 üzerinde sunulmuştur.

Tablo 5. Size gelen bir bebeğin ya da çocuğun otizm spektrum bozukluğu olduğunu nasıl anlıyorsunuz?

OSB tanısını koyma süreci?	f
Ebeveynlerin bazı davranışsal şikayetleri	6
Davranışsal gözlem yapma	3
İletişim ve etkileşim durumunu	2
Düzenli tarama yapma	1
Tekrarlayan davranışlarına bakma	1

Tablo 5’te verilen bulgulardan hareketle aile hekimlerinin kendilerine giden bir bebeğin ya da çocuğun otizm spektrum bozukluğu olduğunu nasıl anladıklarına ilişkin görüşleri temelde beş alt

kategoride toplanmıştır. Bunlar; ebeveynlerin bazı davranışsal şikayetleri, davranışsal gözlem yapma, çocuğun iletişime ve etkileşime geçme durumu, düzenli olarak taramalar yapma ve bebeğin ya da çocuğun tekrarlayan davranışlarına bakma şeklinde kodlanmıştır. Örneklemin yarısının (f:6), kendilerine giden bir bebeğin ya da çocuğun OSB'li olma durumunu ortaya koyarken en çok başvurdukları yöntem olarak ebeveynlerin kendilerine çocukları hakkında yapmış oldukları davranışsal şikayetlerden yola çıkarak sağladıklarına ilişkin görüş ortaya koydukları görülmektedir. Örneklemden AH11, *“Eğer aileler bazı garip davranışlardan söz ediyorlarsa örneğin çocuğum beş yaşında ama hala konuşmıyor ya da bana hiç bakmıyor gibi şikayetlerde bulunuyorlarsa bende çocuğun otizmlili olabileceği şüphesini uyandırır”* yönünde görüş belirtmiştir. Örneklemden AH1,

“Konuşma geriliği, davranışsal gerilik veya farklılık, sürekli tekrar edilen hareketler, göz teması kurmama, sosyal bağ kuramama veya geç kurma, geç öğrenme, basit emirlere uymama veya anlamama gibi ailelerin sık yaptıkları şikayetlerin olduğu hastalar bende otizm şüphesi uyandırır...”

şeklindeki ifadeleriyle görüşünü belirtmiştir. AH12 ise, bu görüşleri destekler nitelikte görüşünü şöyle aktarmıştır: *“Maalesef düzenli tarama yapamıyoruz. Bu konuda ailelerden gelen şikayetleri baz alıyorum. Çocuğun bazı değişik davranışları aileler tarafından şikayet olarak dile getirildiğinde bende otizm yönünde algı oluşturur.”* Ayrıca üç örneklem (f:3) ise, kendilerine giden bir bebeğin ya da çocuğun OSB'li olma durumunu ortaya koymak için bazı davranışlarına yönelik olarak davranışsal gözlem yaptıklarını ifade etmişlerdir. Örneklemden AH2,

“Göz teması kuramaması, ailesinden alınan anemnezde iletişimin zayıf olduğu, sık sık belirli davranışlara yöneldiği gibi şikayetlerden sonra ben de davranışlarını gözlemliyorum. Eğer ailenin verdiği anemnez ile gözlemlerim uyuyorsa otizmle alakalı olarak gerekli açıklamayı yapıp ilgili yerlere yönlendiriyorum”

şeklinde konuya açıklık getirmeye çalışmıştır. Bu konuya ilişkin bazı örneklemelerin de (f:2) bebek ya da çocukların iletişim ve etkileşime geçmede ortaya koydukları davranışlardan yola çıkarak OSB'ye yönelik tanı girişiminde bulunduklarını ifade ettikleri görülmektedir. Örneklemden AH6, *“Muayeneye gelen kişi eğer benimle iletişim kurmuyorsa ya da herhangi bir etkileşim sağlamıyorsa yüksek ihtimal otizmlidir derim”* şeklindeki görüşüyle konuya açıklık getirmiştir. Örneklemden biri bu konuda düzenli tarama yaptığını ifade ederken başka bir örneklemin ise, kendisine gelen bir bebeğin ya da çocuğun tekrarlayan davranışlarına baktığına yönelik görüş ortaya koyduğu görülmektedir. Bu konuda AH5, *“Aile sağlığı merkezimizde 18 ay 36 ay arasında düzenli tarama yapıyoruz. 5 tane kriterimiz var: a) göz teması, b) tekrarlayıcı davranış, c) komutlara tepki verme, d) hiperaktivite, e) konuşmaya başlama yaşı. Bu kriterlerde bazı problemler yaşayan çocuklara otizm tanısı koyuyoruz”* şeklinde görüş belirtirken AH8 ise, *“Bir buçuk yaşlarında tanı konulabilir. Bu konuda benim için en büyük kriter tekrarlayıcı davranışlardır”* şeklinde görüş belirtmiştir.

Aile hekimlerinin otizm spektrum bozukluğunun tarama ve tanılanmasında kullandıkları testlere ilişkin bulgular: Araştırmanın üçüncü araştırma problemine ilişkin bulgulara ulaşmak amacıyla örnekleme “Otizm spektrum bozukluğunun olup olmadığının belirlenmesinde kullandığınız testler

nelerdir?" sorusu sorulmuştur. Örneklemin bu soruya ilişkin görüşlerini yansıtan alt kategoriler Tablo 6'da sunulmuştur.

Tablo 6. Otizm spektrum bozukluğunun olup olmadığının belirlenmesinde kullandığınız testler nelerdir?

OSB'de kullanılan testler?	f
Test kullanmıyorum	12
Testler hakkında hiç bilgim yok	4
Gözlem ve ebeveyn görüşmesi	3
OSB tanı kriterlerini kullanıyorum	1

Tablo 6'da verilen bulgulardan hareketle aile hekimlerinin OSB'ye yönelik tarama ve tanılama süreçlerinde kullandıkları testlere ilişkin görüşlerinin temelde dört alt kategoride toplandığı görülmektedir. Bunlar; test kullanmıyorum, testler hakkında hiç bilgim yok, gözlem ve ebeveyn görüşmesi ile OSB tanı kriterlerini kullanıyorum şeklinde kodlanmıştır. Örneklemin tamamının (f:12), OSB'nin olup olmadığının belirlenmesinde herhangi bir test kullanmadıklarını ifade ettikleri görülmektedir. Örneklemden AH5, "Test kullanmıyorum. Şüphelendiğimiz hastaları Psikiyatristler'e yönlendiriyoruz. Beyin filmi çekilmesi gerekir. Diğer hastalıkların dışlanması-ayıklanması gerekir. Epilepsi-Dikkat-bozukluğu hiperaktivite gibi" yönünde görüş belirtmiştir. Ayrıca bazı örneklem (f:4) ise, testler hakkında hiç bilgi sahibi olmadıklarını ortaya koyan görüşler belirtmişlerdir. Örneklemden AH12, "Test kullanmıyorum. Ayrıca testler hakkında hiç bilgi sahibi değilim" şeklinde görüş belirtirken AH2 ise, bu görüşü destekler nitelikte görüşünü şöyle ifade etmiştir: "bugüne kadar hiç test kullanmadım. Aslında otizmde testler hakkında hiç eğitim almadım, nasıl oluyor bilgim yok." Örneklem grubunun bir kısmı (F:3), bu konuda gözlem ve ebeveyn görüşmesi yaptıklarını ifade ederken bir örneklem ise, OSB tanı kriterlerini kullandığını ifade etmiştir. Bu konuda AH10, "Kullandığım bir test yok. Klinik gözleme dayalı olarak otizm olabileceğini düşünüyorum" şeklinde görüşünü belirtirken AH7, "Otizmin tanı kriterlerini kullanıyorum" şeklinde görüşünü ortaya koymuştur.

Aile hekimlerinin otizm spektrum bozukluğu olarak değerlendirdikleri bebeğin ya da çocuğun ailesine konu hakkında nasıl bir açıklama yaptıklarına ilişkin bulgular: Araştırmanın dördüncü araştırma problemine ilişkin bulgulara ulaşmak amacıyla örnekleme "Otizm spektrum bozukluğu olarak değerlendirdiğiniz bebeğin ya da çocuğun ailesine konu hakkında nasıl bir açıklama yapıyorsunuz?" sorusu sorulmuştur. Örneklemin bu soruya ilişkin görüşlerini yansıtan alt kategoriler Tablo 7'de sunulmuştur.

Tablo 7. Aileyi OSB hakkında nasıl bilgilendiriyorsunuz?

Ailenin OSB hakkında bilgilendirilmesi	f
Psikiyatriste sevk	7
Özel eğitimin önemi	6
Bir hastalıktır	4
Uzman desteği	2
OSB hakkında genel bilgi	2
Bir hastalık değil	1

Tablo 7’de verilen bulgulardan hareketle aile hekimlerinin OSB olarak değerlendirdikleri bir bebeğin ya da çocuğun ailesine yaptıkları açıklamalara ilişkin görüşlerinin temelde altı alt kategoride toplandığı görülmektedir. Bunlar; psikiyatriste sevk etme, özel eğitimin önemi, bir hastalık olarak ele alma, uzman desteğinin önemi, OSB hakkında genel bilgilendirme yapma ve bunun bir hastalık olmadığı şeklinde kodlanmıştır. Örneklemin büyük bir çoğunluğunun (f:7), OSB olarak değerlendirdikleri bir bebeği ya da çocuğu psikiyatriste sevk ettikleri görülmektedir. Ayrıca örneklemin önemli bir kısmının (f:6) ise, özel eğitimin öneminden bahsettikleri görülmektedir. Örneklemden AH12, *“Özel eğitimin öneminden bahsederim. Eğitim için kısa sürede girişimlerde bulunmaları için teşvik ederim. Ayrıca çocuk psikiyatristine sevk ederim”* yönünde görüş belirtmiştir. AH8 ise,

“Şu an için tek fayda veren eğitimler özel eğitimin alınmasıdır. Hafif orta ve ağır şeklinde sınıflandırılır. Aile için yorucu bir süreç başlamış oluyor. Televizyon tablet ve bilgisayar gibi teknolojik aletlerden uzak tutulmalı. Hazır gıdalar verilmemeli. Doğal besinler alınmalı. Probiyotikler açısından zengin beslenmeli. Erken teşhis çok önemli. %50’inde özel bir ilgi ve özel eğitim ile akranları düzeyine gelinebilmektedir. Raporlarda belirtilen eğitim saatleri artırılmalı. Gölge öğretmenler eğitime katılmalı. Sosyal açıdan artıcı eğitim kurumları artırılmalı. Kaynaştırmaya önem verilmeli. Ailene psikolojik destek sağlanmalı. Tekrardan ifade etmek istiyorum bunun bir ilaç tedavisi, en önemli ilacı özel eğitimidir”

şeklindeki görüşünü ifade etmiştir. Ayrıca bazı örneklem (f:4), OSB’yi bir hastalık olarak tanımlarken bir katılımcı ise, bunun bir hastalık olmadığı yönünde görüş belirtmiştir. AH9,

“Bebeğin veya çocuğun gelişiminde akranlarına göre farklılık olduğunu saptadığım bulguların otizm adlı bir hastalığa ait olabileceği bu hastalığın genetik ve çevresel kaynaklı etkenlerden ortaya çıkabileceğini çocuğunuzda düşündüğüm hastalık mevcut ise erken tanı ve tedavi ve eğitim ile akranları seviyesine gelebileceği bu yüzden ileri değerlendirme için bir uzmana başvurmaları gerektiğini anlatıyorum”

şeklinde görüş ortaya koyarken AH7 ise, *“Otizmin aslında bir hastalık olarak bakmamalarını bunu farklılık olarak görmelerini, biraz dikkat ve özenle yaşatmalarını yakalayabileceklerini söylüyorum”* şeklindeki görüşünü ifade etmiştir. Bazı örneklem (f:2), uzman desteğinin önemini vurgularken diğer bazı örneklem (f:2) ise, OSB hakkında genel bilgi verdikleri görülmektedir. Bu konuda AH2, *“Bir uzman desteği almaları gerektiğini düşünüyorum...”* şeklindeki görüşünü ifade etmiştir. AH3 de,

“Aileye durumu açıklar ve Otizm hakkında genel bilgi veririm. Çocukta gözlemlediğim tipik davranışları onlarla paylaşıyorum. Otizmin bir zihinsel gerilik olmadığını vurgular ve ailenin ilk şoku atlatmaları için destekleyici bir tutum sergilerim. Bu süreçte yapabilecekleri hakkında önerilerde bulunurum. Yine de bu durumun net bir açıklaması için aileyi çocuk psikiyatrisine yahut bir Rehberlik Araştırma Merkezine sevk ederim. Ailenin kişi ve kurumlarla iletişimini sağlarım”

şeklinde görüş ifade etmiştir.

Aile hekimlerinin otizm spektrum bozukluğu olarak değerlendirdikleri bebeğin ya da çocuğun ailesini nereye yönlendirdiklerine ilişkin bulgular: Araştırmanın beşinci araştırma problemine ilişkin bulgulara ulaşmak amacıyla örnekleme *“Otizm spektrum bozukluğu olarak değerlendirdiğiniz bebeğin ya da çocuğun ailesini nereye yönlendiriyorsunuz?”* sorusu sorulmuştur. Örneklemin bu soruya ilişkin görüşlerini yansıtan alt kategoriler Tablo 8’de sunulmuştur.

Tablo 8. Aileyi OSB hakkında nereye yönlendiriyorsunuz?

OSB hakkında yönlendirme	f
Çocuk psikiyatristine	12
RAM'a	4
Çocuk nöroloji uzmanına	1

Tablo 8’de verilen bulgulardan hareketle aile hekimlerinin OSB olarak değerlendirdikleri bir bebeğin ya da çocuğun ailesine yönlendirme hakkında yaptıkları açıklamalara ilişkin görüşlerinin temelde üç alt kategoride toplandığı görülmektedir. Bunlar; çocuk psikiyatri uzmanına, RAM’a ve çocuk nöroloji uzmanına sevk etme şeklinde kodlanmıştır. Örneklemenin tamamının (f:12), OSB olarak değerlendirdikleri bir bebeği ya da çocuğu çocuk psikiyatri uzmanına sevk ettiklerini ifade ettikleri görülmektedir. Bir kısım örneklem (f:4), böyle bir durumda aileleri RAM’a sevk ettiğini ifade ederken bir örneklem ise, aileleri çocuk nöroloji uzmanına sevk ettiğini ifade etmiştir. Örneklemden AH5, “Çocuk psikiyatri uzmanına sevk ederim” yönünde görüş belirtmiştir. AH2 ise, “Çocuk psikiyatri uzmanı ya da çocuk nöroloji uzmanına sevk ederim” şeklinde görüş belirtirken AH12 ise “çocuk psikiyatristine ve rehberlik araştırmaya” şeklinde görüş aktarmıştır.

Aile hekimlerinin otizm spektrum bozukluğu olarak değerlendirdikleri bebeğin ya da çocuğun takibinde yaptıkları işlemlere ilişkin bulgular: Araştırmanın altıncı araştırma problemine ilişkin bulgulara ulaşmak amacıyla örneklem “Otizm spektrum bozukluğu olarak değerlendirdiğiniz bebeğin ya da çocuğun takibinde yaptığınız işlemler nelerdir?” sorusu sorulmuştur. Örneklemenin bu soruya ilişkin görüşlerini yansıtan alt kategoriler Tablo 9’da sunulmuştur.

Tablo 9. OSB’nin takibinde neler yapıyorsunuz?

OSB takip süreci	f
OSB takibi yapmama	5
Ailesiyle iletişim kurma	4
Sevk edilen kurumla iletişim	1
Bazı testlerle takip	1
Düzenli takip	1

Tablo 9’da verilen bulgulardan hareketle aile hekimlerinin OSB olarak değerlendirdikleri bir bebeğin ya da çocuğun takip süreci işlemlerine ilişkin görüşlerinin temelde beş alt kategoride toplandığı görülmektedir. Bunlar; OSB takibi yapmıyorum, ailesiyle iletişim kurma, sevk edilen kurumla iletişim, bazı testlerle iletişim ve düzenli takip şeklinde kodlanmıştır. Bir kısım örneklem (f:5), OSB tanısı alan bireylerin takip süreçlerine ilişkin olarak herhangi bir takip işlemi yapmadıklarını ifade ederken, bir kısmı da (f:4), ailesiyle düzenli iletişim kurup OSB’li bireyin takip süreçlerinde aileyle işbirliği yaptıklarına yönelik olarak görüşlerini belirtmişlerdir. Örneklemden AH1, “Rutin izlemlerin takibi dışında farklı bir şey yapmıyorum. İzlemlerde ise otizmle alakalı pek bir şey yaptığım söylenemez. Bu izlemlerde daha çok sağlıkla alakalı (gelişim, boy, kilo vb) işlemler yapıyorum” şeklinde görüş belirtirken AH5 ise, “Uzun süren bir terapi olduğu için ASM şartlarında yapabileceğimiz pek şey yok aslında. Ailesine destek veriyoruz. Hastalığın kronik olduğunu takiplerini aksatmaması gerektiğini hatırlatırım” şeklinde görüş aktarmıştır. Bu görüşü destekler nitelikte AH10, “Çocuk psikiyatristi

tarafından belirlenmiş olan tedavi şemasına uyulması için aileyle iletişim kuruyor ve çocuğun eğitimi için gereken önemin gösterilmesine çaba gösteriyorum” şeklinde görüş belirtmiştir. Örneklemden biri sevk edilen kurumla iletişim kurduğunu söylerken bir diğeri ise, bazı testlerle takip etmeye çalıştığını ifade etmiştir. Bu konuda AH3, “Sevk işlemi yaparım. Belli aralıklarla sevk ettiğim kurumla iletişim halinde bulunur ve süreci izlerim” şeklinde görüşünü belirtirken, AH4 ise, “Çocuk psikiyatristten otizm tanısı alıp gelen çocuklardan bazı metabolojik testler istiyorum. Çünkü otizm tanısı alan çocuklarda farklı metabolojik sorunlar da eşlik edebiliyor. Bu nedenden dolayı çocuğu genel olarak değerlendiriyorum” şeklinde görüş belirtmiştir. Örneklemden biri ise, diğer örneklem grubundan farklı olarak düzenli takip işlemi yaptığını ifade etmiştir. AH6 bu konudaki görüşünü şu şekilde ortaya koymuştur: “Hastayı gerekli yerlere sevk veya yönlendirdikten sonra düzenli aralıklarla benimle de iletişim kurup klinik gözlemimi devam ettiririm.”

Aile hekimlerinin otizm spektrum bozukluğuna ilişkin önerilerine yönelik bulgular: Araştırmanın yedinci araştırma problemine ilişkin bulgulara ulaşmak amacıyla örnekleme “Genel olarak eklemek istediğiniz veya önermek istediğiniz durumlar hakkında bir şeyler söylemek ister misiniz?” sorusu sorulmuştur. Örneklem bu soruya ilişkin görüşlerini yansıtan alt kategoriler Tablo 10’da sunulmuştur.

Tablo 10. Aile hekimlerinin OSB’ye yönelik önerileri?

OSB’ye yönelik öneriler	f
Hizmet içi eğitimler	7
Farkındalık seminerleri	6
Fazla zaman	4
Tedavisi mümkün değil	1

Tablo 10’da verilen bulgulardan hareketle aile hekimlerinin OSB’ye yönelik olarak eklemek istedikleri ve önerdikleri durumlara ilişkin görüşlerinin temelde dört alt kategoride toplandığı görülmektedir. Bunlar; hizmet içi eğitimler, farkındalık seminerleri, fazla zaman ve tedavisi mümkün değil şeklinde kodlanmıştır. Örneklem büyük bir kısmı (f:7), OSB’ye yönelik aile hekimlerine hizmet içi eğitimlerin verilmesini önerdikleri görülmektedir. Örneklemden AH3,

“Aile Sağlık Merkezlerinde ve toplumumuzda ne yazık ki Otizm Spektrum Bozukluğu hakkında yeterli bir bilinç oluşmadığı kanısındayım. Bu konuda Aile Sağlık Merkezlerine ilgili eğitimler verilmesi ve hizmet içi eğitime tabi tutulan hekimlerin de ASM’ ne kayıtlı aileleri konu hakkında bilgilendirmesi taraftarıyım. Bu durumun küçük de olsa bir farkındalık yaratacağı inancındayım. Bir yakınımın çocuğunun otizmlili olması ve sürekli bana danışmaları benim bu konuda sürekli araştırma yapıp kendimi geliştirmeme neden oldu. Ancak bu durum herkeste aynı şekilde gerçekleşmez. Bunun için planlı bir şekilde tüm aile hekimlerinin bilgilendirilmesi gerektiğini düşünüyorum”

şeklindeki görüşüyle konuya yönelik görüşünü ifade etmiştir. Bir kısım örneklem (f:6), aile hekimlerine OSB ile ilgili seminerlerin verilmesini önermişlerdir. Bu konuda AH2, “... Aile hekimlerine sağlık müdürlüklerinin alan uzmanları aracılığıyla seminerler verip farkındalık oluşturmaları gerekir” şeklinde görüş belirtirken AH9 ise,

“Otizm spektrum bozukluğu tanısı alan her çocukta özel eğitimin kolay ulaşılabilir yeterli saatlerde ve etkin eğitim veren uzman kişiler tarafından verilmesinin sağlanması, erken tanı ve tedavi sağlanabilmesi açısından kitlesel eğitimlerin toplumu bilgilendirici faaliyetlerin artırılması gerektiğini düşünüyorum. Ayrıca aile hekimlerinin kesinlikle otizm vb. farklılıklar hakkında belli eğitimlerden, seminerlerden geçirilmesi gerekir. Çevremde tanık olduğum vakalardan dolayı otizm hakkında belli şeyler biliyorum. Ama mesai arkadaşlarımdan çok fazla bilgi sahibi olduğumu düşünmüyorum. Çünkü normal işleyişte otizm ile ilgili herhangi bir eğitime tabi tutulmadık. Ama yanlış bilmiyorsam artık otizmlili doğan bebek sayısı giderek artıyor. Bunun için farkındalığın oluşturulması gerektiğini düşünüyorum”

şeklinde görüşünü ifade etmiştir. Bir kısım örneklem (f:4), OSB ile ilgili tarama ve takip işlemlerinde fazla zamana ihtiyaç duyduğunu söylerken, bir örneklem ise OSB’nin tedavisinin mümkün olmadığını dile getirdiği görülmektedir. Örneklemden AH4,

“Çocukları hakkıyla değerlendirebilmek için daha fazla zaman ihtiyacımız var. Şuan ben de kayıtlı yaklaşık 4300 hasta var. Çok fazla yoğunluk yaşıyoruz. Bu yoğunluktan ötürü düzenli tarama ve takip işlemleri gerçekleştiremiyoruz. Şunu rahatlıkla söyleyebilirim birçok çocuğu taramalarda görme fırsatını bile bulamıyoruz. Gelenlerin çoğunu hemşire arkadaşlar boy ve kilo alıp gönderiyor. Bu nedenlerden ötürü hakkıyla tarama yapamadığımızı söyleyebilirim. Keşke daha az sayıda kayıtlı hastamız olsa. O zaman her hastaya daha fazla zaman ayırıp gereken işlemleri yaparız. İy hatta kendimizi de otizm gibi farklı hastalıklar hakkında geliştirmiş oluruz”

şeklinde görüş belirtirken AH5 ise, “Otizm Aile için son derece zor bir hastalık. Tedavi başarısı da çok yüksek değil. Umarım bu konuda daha başarılı tedaviler bulunur” şeklinde görüş aktarmıştır.

Nicel Bulgular

Bu bölümde araştırmanın anket yoluyla elde edilen bulguları yer almaktadır. Anketin maddeleri, ankette bulunan alanlara uyularak dört kategoride sunulmuş ve bu şekilde bütünlük sağlanmaya çalışılmıştır. Anket maddelerinin her birine yönelik ortalama ve yüzdelik hesaplanmıştır. Anketin her bir alanına yönelik veriler tablolar üzerinde gösterilmiş ve yorumlanmıştır. Ayrıca anket puanları toplamı ile bağımsız değişkenler (cinsiyet, eğitim durumu, yaş ve kıdem yılı) arasında fark testleri yapılmış ve raporlanmıştır.

Alan 1: OSB’li bireylerde görülen sosyal etkileşim ve iletişim yetersizliğine yönelik aile hekimlerinin görüşleri: Anketin birinci alanında yer alan sekiz maddeye ilişkin örneklem görüşlerini yansıtan alt kategoriler Tablo 11’de sunulmuştur.

Tablo 11. Sosyal etkileşim ve iletişim yetersizliği

#	Madde	Bilmiyorum	Evet	Hayır
1	Sosyal etkileşim sırasında göz göze gelme, yüz ifadesi, beden duruşu ve el kol hareketleri gibi çeşitli sözel olmayan davranışlarda bariz bozulma	10 (%10)	83 (%83)	7 (%7)
2	Gelişim yaşına uygun arkadaşlık ilişkisi geliştirememesi	5 (%5)	85 (%85)	10 (%10)
3	Başkalarıyla kendiliğinden beğenisini, ilgisini ya da faaliyetlerini paylaşma isteği eksikliği	12 (%12)	81 (%81)	7 (%7)
4	Sosyal ve duygusal karşılıklılık eksikliği	15 (%15)	72 (%72)	13 (%13)
5	Boşluğa uzun uzun bakma ve belli bir şeye konsantre olamama	14 (%14)	70 (%70)	16 (%16)
6	Çocuk sağır veya dilsiz gibi görünebilir	13 (%13)	69 (%69)	18 (%18)
7	Çevresine ve etraftakilere ilgide azalma	9 (%9)	77 (%77)	14 (%14)
8	Sosyal gülümseme genelde otizmli bir çocukta bulunmamaktadır	18 (%18)	62 (%62)	20 (%20)

Tablo 11 incelendiğinde, OSB’de sosyal etkileşim sırasında göz göze gelme, yüz ifadesi, beden duruşu ve el kol hareketleri gibi çeşitli sözel olmayan davranışlarda bariz bozulmaya ilişkin olarak örneklemin büyük çoğunluğunun (%83) evet yanıtını verdiği görülmektedir. Anketin birinci alanın ikinci alt kategorisinde örneklemin, kendisine sorulan OSB’li bireylerin gelişim yaşına uygun arkadaşlık ilişkisi geliştirememesi sorusuna %85 oranında evet yanıtını verdiği görülmektedir. Örneklem, üçüncü alt kategoride sorulan başkalarıyla kendiliğinden beğenisini, ilgisini ya da faaliyetlerini paylaşma isteği eksikliği sorusuna ise %81 oranında evet yanıtını vermiştir. Bir başka alt kategori olan sosyal ve duygusal karşılıklılık eksikliği sorusunda örneklemin, %72 oranında evet yanıtını verdiği görülmektedir. Boşluğa uzun uzun bakma ve belli bir şeye konsantre olamama alt kategorisinde ise örneklem, %70 oranında evet yanıtını vermiştir. Örneklem kendisine sorulan OSB’li bireyler sağır veya dilsiz gibi görünebilir sorusuna %69 oranında evet yanıtını vermiştir. OSB’li bireylerin çevresine ve etraftakilere ilgide azalma alt kategorisinde örneklem, %77 oranında evet yanıtını vermiştir. Birinci alanın son alt kategorisi olan sosyal gülümseme genelde otizmli bir çocukta bulunmamaktadır sorusuna örneklem, %62 oranında evet yanıtını vermiştir.

Alan 2: OSB’li bireylerde görülen iletişim ve dil gelişimine yönelik aile hekimlerinin görüşleri:

Anketin ikinci alanı tek bir maddeden oluşmaktadır. Bu maddeye ilişkin örneklemin görüşlerini yansıtan alt kategori Tablo 12’de sunulmuştur.

Tablo 12. İletişim ve dil gelişimi

#	Madde	Bilmiyorum	Evet	Hayır
1	Konuşma dilinin gelişiminde gecikme ya da hiç gelişmemesi	11 (%11)	80 (%80)	9 (%9)

Tablo 12’de, örnekleme ikinci alanda OSB’li bireylerin iletişim ve dil gelişimlerine yönelik olarak tek bir soru sorulmuştur. Bu alanda sorulan konuşma dilinin gelişiminde gecikme ya da hiç gelişmemesi sorusuna örneklemin %80 oranında evet yanıtını verdiği görülmektedir.

Alan 3: OSB’li bireylerde görülen stereotipik ve tekrarlayan belirtilere yönelik aile hekimlerinin görüşleri: Anketin üçüncü alanında yer alan dört maddeye ilişkin örneklemin görüşlerini yansıtan alt kategoriler Tablo 13’te sunulmuştur.

Tablo 13. *Stereotipik ve tekrarlayan belirtiler*

#	Madde	Bilmiyorum	Evet	Hayır
1	Basmakalıp ve tekrarlayıcı hareket (kanat çırpma ya da el, parmak bükme gibi)	11 (%11)	83 (%83)	6 (%6)
2	Anormal yeme alışkanlığı ile ilişkili olabilir	31 (%31)	43 (%43)	26 (%26)
3	Nesnelerin parçaları ile sürekli meşgul olma	13 (%13)	79 (%79)	8 (%8)
4	Düzenli rutin aktivitelere karşı ilgi	24 (%24)	54 (%54)	22 (%22)

Tablo 13 incelendiğinde, OSB’li bireylerde görülen basmakalıp ve tekrarlayıcı hareket (kanat çırpma ya da el, parmak bükme gibi) alt kategorisine yönelik olarak örneklemin %83 oranında evet yanıtını verdiği görülmektedir. Anketin üçüncü alanın ikinci alt kategorisine yönelik olarak sorulan OSB, anormal yeme alışkanlığı ile ilişkili olabilir sorusuna örneklemin %31 oranında bilmiyorum, %43 oranında evet ve %26 oranında hayır yanıtını verdiği görülmektedir. Bir başka alt kategoride yer alan nesnelerin parçaları ile sürekli meşgul olma sorusuna ise örneklemin, %79 oranında evet yanıtını verdiği görülmektedir. Üçüncü alanın son alt kategorisinde yer alan düzenli rutin aktivitelere karşı ilgi sorusunda örneklem, %54 oranında evet, %22 oranında hayır ve %24 oranında ise bilmiyorum yanıtını vermiştir.

Alan 4: OSB’nin farklı değişkenlere göre incelenmesine yönelik aile hekimlerinin görüşleri: Anketin dördüncü alanında yer alan altı maddeye ilişkin örneklemin görüşlerini yansıtan alt kategoriler Tablo 14’te sunulmuştur.

Tablo 14. *OSB’ye genel bakış*

#	Madde	Bilmiyorum	Evet	Hayır
1	Otizm çocukluk çağı şizofrenisidir	22 (%22)	20 (%20)	58 (%58)
2	Otizm otoimmün bir durumdur	29 (%29)	12 (%12)	59 (%59)
3	Otizm nörogelişimsel bir bozukluktur	18 (%18)	70 (%70)	12 (%12)
4	Otizmde zeka geriliği eştanısı olabilir	16 (%16)	56 (%56)	28 (%28)
5	Otizmde epilepsi eştanısı olabilir	22 (%22,0)	50 (%50)	28 (%28)
#	Madde	Yenidoğan	Bebeklik	Çocukluk
6	Otizmin başlangıcı genelde şu çağda olur	33 (%33)	49 (%49)	18 (%18)

Tablo 14 üzerinde sunulan dördüncü alan incelendiğinde örneklemin birinci alt kategoride yer alan otizm çocukluk çağı şizofrenisidir sorusuna %58 oranında hayır yanıtını verdiği

görülmektedir. İkinci alt kategoride örnekleme sorulan otizm otoimmün bir durumdur sorusuna ise örneklemin, %59 oranında hayır yanıtını verdiği görülmektedir. Bir başka alt kategoride yer alan otizm nörogelişimsel bir bozukluktur sorusuna ise örneklem, %70 oranında hayır yanıtını vermiştir. Dördüncü alanın bir başka alt kategorisinde örnekleme sorulan otizmde zeka geriliği eş tanısı olabilir sorusuna örneklem %56 oranında evet, %328 oranında hayır ve %16 oranında bilmiyorum yanıtını vermiştir. Son alt kategoride örnekleme sorulan otizmde epilepsi eştanısı olabilir sorusuna ise örneklem %50 oranında evet, %28 oranında hayır ve %22 oranında bilmiyorum şeklinde görüş ortaya koymuştur. Dördüncü alanda yer alan ve yenidoğan, bebeklik ve çocukluk şeklinde seçenekleri olan otizmin başlangıcı genelde şu çağda olur sorusuna örneklem %49 oranında bebeklik, %33 oranında çocukluk ve %18 oranında yenidoğan şeklinde yanıt vermiştir.

Sağlık Çalışanlarının Çocukluk Çağı Otizmi Hakkında Bilgi Anketi (SÇ-OBA) puanlarının cinsiyet değişkenine göre bağımsız gruplar t testi sonuçları: Anketin bu alanında yer alan bulguları yansıtan veriler Tablo 15'te sunulmuştur.

Tablo 15. Sağlık Çalışanlarının Çocukluk Çağı Otizmi Hakkında Bilgi Anketi (SÇ-OBA) puanlarının cinsiyet değişkenine göre bağımsız gruplar t testi sonuçları

Değişkenler	Gruplar	N	X	ss	t testi	
					t	p
SÇ-OBA Genel	Erkek	52	13,52	4,17	1,18	,240
	Kadın	48	12,41	5,15		

Tablo 15 incelendiğinde Sağlık Çalışanlarının Çocukluk Çağı Otizmi Hakkında Bilgi Anketi (SÇ-OBA) puanlarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için yapılan “bağımsız gruplar t testi” sonuçlarına göre SÇ-OBA genel puanlarının ($t=1,18$; $p>,05$) cinsiyet değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir.

Sağlık çalışanlarının Çocukluk Çağı Otizmi Hakkında Bilgi Anketi (SÇ-OBA) puanlarının eğitim durumu değişkenine göre bağımsız gruplar t testi sonuçları: Anketin bu alanında yer alan bulguları yansıtan veriler Tablo 16'da sunulmuştur.

Tablo 16. Sağlık Çalışanlarının Çocukluk Çağı Otizmi Hakkında Bilgi Anketi (SÇ-OBA) puanlarının eğitim durumu değişkenine göre bağımsız gruplar t testi sonuçları

Değişkenler	Gruplar	N	X	ss	t testi	
					t	p
SÇ-OBA Genel	Pratisyen Hekim	78	12,25	4,84	-3,01	,003
	Uzman Hekim	22	15,54	2,95		

Tablo 16 incelendiğinde Sağlık Çalışanlarının Çocukluk Çağı Otizmi Hakkında Bilgi Anketi (SÇ-OBA) puanlarının eğitim durumu değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için yapılan “bağımsız gruplar t testi” sonuçlarına göre SÇ-OBA genel puanlarının ($t=-3,01$;

$p<,05$) eğitim durumu değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir.

Sağlık Çalışanlarının Çocukluk Çağı Otizmi Hakkında Bilgi Anketi (SÇ-OBA) puanlarının yaş değişkenine göre tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçları: Anketin bu alanında yer alan bulguları yansıtan veriler Tablo 17’de sunulmuştur.

Tablo 17. Sağlık Çalışanlarının Çocukluk Çağı Otizmi Hakkında Bilgi Anketi (SÇ-OBA) puanlarının yaş değişkenine göre tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçları

Ölçek	Gruplar	N	$\bar{x}$	ss	F	P	Anlamlı Fark
SÇ-OBA Genel	25-30	39	12,26	5,15	1,44	,242	
	31-35	33	14,09	4,087			
	36 ve üstü	28	12,67	4,60			

Tablo 17 incelendiğinde Sağlık Çalışanlarının Çocukluk Çağı Otizmi Hakkında Bilgi Anketi (SÇ-OBA) puanlarının yaş değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçlarına göre SÇ-OBA puanlarının ($f=1,44$; $p>,05$) yaş değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir.

Sağlık Çalışanlarının Çocukluk Çağı Otizmi Hakkında Bilgi Anketi (SÇ-OBA) puanlarının kıdem yılı değişkenine göre tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçları: Anketin bu alanında yer alan bulguları yansıtan veriler Tablo 18’de sunulmuştur.

Tablo 18. Sağlık Çalışanlarının Çocukluk Çağı Otizmi Hakkında Bilgi Anketi (SÇ-OBA) puanlarının kıdem yılı değişkenine göre tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçları

Ölçek	Gruplar	N	$\bar{x}$	ss	F	p	Anlamlı Fark
SÇ-OBA Genel	0-5 yıl (A)	46	12,13	5,18	3,90	0,023	A-B
	6-10 yıl (B)	35	14,71	3,16			
	11 yıl ve üzeri (C)	19	11,84	5,10			

Tablo 18 incelendiğinde Sağlık Çalışanlarının Çocukluk Çağı Otizmi Hakkında Bilgi Anketi (SÇ-OBA) puanlarının kıdem yılı değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçlarına göre SÇ-OBA puanlarının ($f=$; $p<,05$) kıdem yılı değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir.

Hangi alt gruplarda anlamlı farklılığın olduğunu belirlemek için Tukey analizi yapılmıştır. Bu analizin sonuçlarına göre sadece 0-5 yıl arası kıdem yılına sahip olan grup ve 6-10 yıl arası kıdem yılına sahip grup arasında kıdem yılı 6-10 yıl arası olan grup lehine anlamlı bir fark vardır ($p<,05$).

Tartışma, Sonuç ve Öneriler

Bu çalışma sonucunda Türkiye’de aile hekimlerinin OSB’ye ilişkin bilgi düzeyi ile farkındalıklarının incelenmesi ve aile hekimlerinin OSB olan bireylerin fark edilmesi, yönlendirilmesi ve takip süreçleri hakkında görüşlerinin ortaya koyulmasına yönelik sonuçlar elde edilmiştir.

Araştırmanın nitel bulgularına ilişkin sonuçlar, aile hekimlerinin “otizm spektrum bozukluğu nedir, size gelen bir bebeğin ya da çocuğun otizm spektrum bozukluğu olduğunu nasıl anlıyorsunuz, otizm spektrum bozukluğunun olup olmadığının belirlenmesinde kullandığınız testler nelerdir, otizm spektrum bozukluğu olarak değerlendirdiğiniz bebeğin ya da çocuğun ailesine konu hakkında nasıl bir açıklama yapıyorsunuz, otizm spektrum bozukluğu olarak değerlendirdiğiniz bebeğin ya da çocuğun ailesini nereye yönlendiriyorsunuz, otizm spektrum bozukluğu olarak değerlendirdiğiniz bebeğin ya da çocuğun takibinde yaptığınız işlemler nelerdir ve genel olarak eklemek istediğiniz veya önermek istediğiniz durumlar hakkında bir şeyler söylemek ister misiniz” sorularına verdikleri yanıtlardan oluşmaktadır.

Aile hekimlerinin OSB'nin ne olduğuna yönelik yanıtları incelediğinde, OSB'yi nöropsikiyatrik bir bozukluk, toplumdan izole olma, iletişim eksikliği, sosyal beceri eksikliği, etiyojisi bilinmeyen hastalık ve çoklu yetersizlik olarak tanımladıkları görülmüştür. Araştırmadan elde edilen bu bulgu, aile hekimlerinin OSB'yi tanımlamaktan ziyade OSB'nin belirtilerine odaklandığı ve karşılaştıkları OSB'li bireylerin özelliklerine göre tanımlama yaptıklarını göstermiştir. Bu ifadeler aile hekimlerinin OSB'ye ilişkin bilgi sahibi olabileceklerini ancak OSB'nin tanımına ilişkin yetersiz bilgiye sahip olduklarını düşündürmektedir. Araştırmanın bu bulgusu, Omak, Alpdoğan ve Sazak'ın (2022) özel eğitim öğretmenlerine yönelik yaptığı çalışmasının sonuçları ile tutarlılık göstermektedir. Bu bulgulara göre, OSB'li bireylerin yaşamında önemli rol oynayan profesyonellerin OSB'ye ilişkin bilgilerinin yeterli düzeyde olmadığı oldukça açıktır.

Araştırmanın diğer bir sonucunda, aile hekimlerinin büyük çoğunluğunun yanıtları, kendilerine gelen bir bebeğin ya da çocuğun OSB'li olduğunu ebeveynlerin bazı davranışsal şikayetleri ile anladıkları yönünde olmuştur. Sadece bir aile hekiminin düzenli tarama yapma ile anladığı görülmüştür. Son yıllarda hem toplumsal hem de sağlık profesyonelleri açısından OSB'ye ilişkin farkındalığın arttığı görülsede OSB'li bireylerin erken tanılanabilmesi için uygun tarama yöntemlerinin belirlenmesi ve düzenli olarak uygulanması önem taşımaktadır (Fernell ve diğerleri., 2014). Ebeveynlerin çocuklarındaki gelişimsel gecikmeleri gözlemlerine rağmen inkar etmeleri ve aile hekimlerinin düzenli etkin tarama programları kapsamındaki yetersizlikleri, tanılama sürecinin gecikmesine ve güçleşmesine neden olmaktadır. Tarama programlarında amaç çocukların OSB açısından risk etmelerine sahip olup olmadığını belirlemek ve gelişimsel farklılıkları tespit etmektir (Fernell ve diğerleri., 2014). Tüm bunlar doğrultusunda, aile hekimlerinin doğumdan sonra tüm çocukların gelişimlerini OSB açısından düzenli taramalarla takip etmesi gerektiği söylenebilir.

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin tamamı, OSB'nin olup olmadığının belirlenmesinde hiçbir test kullanmadıklarını ifade etmişlerdir. Çoğu, testler hakkında bilgisinin olmadığını ve gözlem ve ebeveyn görüşmeleriyle anladığını belirtmiştir. OSB'li bireylerin erken tanılanmasında profesyonel bir sağlık disiplini içerisinde yer alan aile hekimlerinin önemli bir rolü bulunmaktadır (Aydın ve

Özgen, 2018). Aile hekimlerinin çocukların büyüme ve gelişim süreçlerinin her aşamasında yer alması bu rollerini güçlendirmekte ve önem kazandırmaktadır. Bu nedenle aile hekimleri, OSB'nin erken tanınması sürecinde gelişimsel izleme araçları kullanarak risk değerlendirmeleri yapabilmelidir. Fakat araştırmanın bu bulgusu, aile hekimlerinin OSB'nin anlaşılmasında hiçbir gelişimsel izleme aracı kullanmadığını göstermektedir. Bu bulgu literatürde, sağlık profesyonellerinin OSB'yi etkin düzeyde değerlendirebilme durumlarında yetersiz oldukları gösteren çalışmalarla tutarlılık göstermektedir (Erden, Akçalın, Doğan ve Öztürk-Ertem, 2010). Bu durumun, bilgi ve zaman eksikliğinden kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle OSB'li bireylerin erken tanınmasında hayati önem taşıyan tarama süreçlerinin farklı gelişimsel izleme araçlarıyla değerlendirilerek gerçekleştirilmesi önerilebilir.

Araştırmaya katılan aile hekimleri OSB takibinde OSB takibi yapmama, ailesiyle iletişim kurma, sevk edilen kurumla iletişim, bazı testlerle takip ve düzenli takip şeklinde görüş belirtmişlerdir. Araştırmanın bu bulgusuna göre aile hekimlerinin büyük çoğunluğunun OSB takibi yapmadığı veya OSB'li bireyin ailesiyle iletişim kurduğu sonucuna ulaşılmaktadır. Ayrıca bu bulguya göre, aile hekimlerinin neredeyse tamamının düzenli takip yapmadığı görülmüştür. Dolayısıyla aile hekimlerinin OSB konusunda sorumluluğu sadece tanılama-tarama ile sınırlı kalmamalı, tüm süreçlerde yaşanan sorunların çözümüne ilişkin aktif rol almalı ve yapılan ilgili çalışmalara katılmalıdırlar (Simonoff ve diğerleri., 2008).

Araştırmanın nitel bulgularına ilişkin son alt kategoride yer alan sonuçlara bakıldığında, aile hekimlerinin OSB'ye yönelik önerileri hizmet içi eğitimler, farkındalık seminerleri ve fazla zaman şeklinde olmuştur. Alan yazında sağlık çalışanlarının OSB konusunda bilgi eksikliği ve yetersiz zamana vurgu yapan çalışmalar göze çarpmaktadır (Mandell, Novak ve Zubritsky, 2005; Rhoades, Scarpa ve Salley, 2007). Bu çalışmada da aile hekimlerinin OSB konusunda hizmet içi eğitimlere ve farkındalık seminerlerine gereksinim duymaları, OSB konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıklarını gösterir niteliktedir. Ayrıca aile hekimlerinin daha fazla zaman ihtiyacına vurgu yapmaları, aile hekimliği uygulamalarının zaman bakımından yeniden düzenlenmesi gerektiğini düşündürmektedir. Alan yazında OSB'li bireylerle çalışacak olan sağlık profesyonellerinin eğitiminde akademik programlar ve müfredat düzenlemeleri yapılması ve zorunlu dersler ile alan deneyiminin sağlanması gerektiğine vurgu yapılmaktadır (Gardner, Suplee ve Jerome-D'Emilia, 2016; Will, Barnfather ve Lesley, 2013). Bu bakımdan aile hekimlerinin OSB konusunda bilgi düzeylerini artırabilecek sistemli programların gerçekleştirilmesi önerilmektedir.

Araştırmanın nicel bulgularına bakıldığında, aile hekimlerinin OSB özelliklerini en sık sosyal etkileşim sırasında göz göze gelme, yüz ifadesi, beden duruşu ve el kol hareketleri gibi çeşitli sözel olmayan davranışlarda bariz bozulma; gelişim yaşına uygun arkadaşlık ilişkisi geliştirememesi; başkalarıyla kendiliğinden beğenisini, ilgisini ya da faaliyetlerini paylaşma isteği eksikliği şeklinde

ifade ettiği görülmüştür. Araştırmamızın bu sonuçları, alan yazında OSB'nin önde gelen özelliklerinin sosyal etkileşim güçlüğü ve sosyal tepki eksikliği olduğu saptanan çalışmaların sonuçlarına benzemektedir (Imran ve diğerleri., 2011; Hartley-McAndrew ve diğerleri., 2014). Araştırmamızda OSB'nin en sık bilinen diğer bir özelliğinin basmakalıp ve tekrarlayıcı hareket (kanat çırpma ya da el, parmak bükme gibi) olduğu görülmüştür. Çalışmamızın bu bulgusunun aksine Mishaal, Ben-Itzhak ve Zachor (2014) çalışmalarında, OSB belirtileri arasında stereotipik davranışların baskın olmadığını ifade etmişlerdir. Ayrıca sadece hekimlerin değil ebeveynlerin bile bazen basmakalıp davranışlar ile çocukluk otizmi arasında bir ilişki bulamayabileceklerini vurgulamışlardır. Bu durumun, OSB'li bireylerin stereotipik davranışlarının üç yaşından sonra daha belirgin olma eğiliminden kaynaklandığı düşünülmektedir. Çalışmaya katılan aile hekimleri OSB'li bireylerin en sık diğer özeliğini konuşma dilinin gelişiminde gecikme ya da hiç gelişmemesi şeklinde ifade etmiştir. Konuşma ve dil gecikmeleri OSB'nin bilinen özelliklerinden biri olarak kabul edildiğinden bu, beklenen bir durum olarak düşünülmektedir. Dolayısıyla aile hekimlerinin OSB özellikleri konusunda temel bilgilere sahip olduğu görülse de bunun yetersiz olduğu söylenebilir. Aile hekimlerinin erken müdahale, doğru tanı ve uygun tarama süreçlerindeki rolü göz önünde bulundurulduğunda OSB konusunda yeterli bilgiye sahip olmalarının hayati önem taşıdığı oldukça açıktır.

Aile hekimlerinin OSB bilgi düzeylerinin çeşitli değişkenler bakımından incelendiği sonuçlara göre, aile hekimlerinin yaş ve cinsiyet değişkenleri ile OSB bilgi düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmazken, eğitim durumu ve kıdem yılı değişkenleri ile OSB bilgi düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Araştırmanın yaş değişkenine göre elde edilen bu bulgusu, Gölbaşı ve diğerleri. (2021) çalışmasının yaş değişkeni ile ilgili sonuçlarıyla tutarlık gösterirken, kıdem yıl değişkeni ile ilgili sonuçlarıyla örtüşmemektedir. Ayrıca Sabuncuoğlu ve diğerleri. (2015) yaş değişkenleri ile ilgili sonuçlarıyla örtüşmezken, kıdem yıl değişkenleri ile ilgili sonuçlarıyla tutarlık göstermektedir. Araştırmamızın sonuçlarında erkek katılımcıların OSB bilgi ölçeğinden aldıkları puanların kadın katılımcılardan minimum düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür. Sabuncuoğlu ve diğerleri. (2015) çalışmasında kadın katılımcıların puanlarının erkek katılımcıların puanlarından daha yüksek olduğu görülmüştür. Sices, Feudtner, McLaughlin, Drotar ve Williams (2004) çalışmasında da kadın aile hekimleri ve pediatristlerin çocuklarda gelişimsel geriliğini erkeklere kıyasla daha yüksek düzeyde fark ettiği ifade edilmiştir. Cinsiyetler arası bu farklılığın kadınların anne olma içgüdüüne bağlı duyarlılıklarından kaynaklanıyor olabileceği düşünülmektedir. Fakat bizim araştırmamızdan elde edilen bu sonuç literatür ile uyum sağlamamaktadır. Bunun erkek katılımcıların sayısının kadın katılımcı sayısından minimum düzeyde fazla olmasında kaynaklandığı düşünülmektedir. Araştırmamızın sonuçlarına göre, kıdem yılı 10 yıl ve altı olan aile hekimlerinin OSB konusunda bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu durumun, son yıllarda ders müfredatlarında ve çeşitli bilimsel etkinliklerde OSB konusunda eğitimler verilmesi ile genç aile hekimlerinin OSB konusundaki farkındalıklarının daha yüksek olmasından kaynaklanıyor olabileceği söylenebilir.

Ayrıca aile hekimlerinin OSB konusunda bilgi düzeylerinin eğitim durumlarına göre farklılık göstermesinin de, uzman aile hekimlerinin uzmanlık eğitimi almış olmaları, daha fazla vaka görmüş olabilecekleri ve gelişimsel gerilikler konusunda daha fazla eğitim fırsatı sağlanmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Aile hekimlerinin OSB hakkında bilgi düzeylerini ve farkındalıklarını ortaya koyma amacıyla yola çıkılan bu araştırmanın genel sonuçlarında, örneklemin görüşleri doğrultusunda çarpıcı sonuçlar elde edilmiştir. Bunlar; aile hekimlerinin OSB hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları ve aile hekimlerinin OSB hakkında bilgilendirilmesi ve farkındalıklarına yönelik olarak çalışmaların yapılması gerektiği, tanı koyma süreçlerinde değerlendirmeleri çoğunlukla ebeveyn görüşlerine bağlı kalınarak yaptıkları, tanı sonrasında özel eğitimin önemine ve özel eğitime yönlendirme konusunda yetersiz kaldıkları, yine tanı sonrasında takip süreçlerini çoğunlukla yapmadıkları şeklinde sonuçlardır. Özel eğitim yönetmeliğinde, özel eğitim hizmetlerinin erken dönemde başlaması ve özel eğitim ihtiyacı olan bireylerin her tür ve kademedeki eğitimlerini sürdürebilmeleri için kurum ve kuruluşlarla iş birliğinin yapılmasına vurgu yapılmıştır (Milli Eğitim Bakanlığı [MEB], 2018). OSB olan bireylerin erken dönemde fark edilmesi, tanının konulması ve eğitimlerinin erken dönemde başlatılması son derece önemlidir. Aile hekimleri bu süreçte kritik bir rol taşımaktadırlar. Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetleri her geçen gün gelişmektedir. Bireyler bağlı bulundukları aile hekimlerine herhangi bir engelle karşılaşmadan gidebilmektedirler. Ayrıca aile hekimleri görev alanları içerisinde sistemlerine kayıtlı kişileri bir bütün olarak ele almak, bireye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmeti vermek, kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak, kişiler ile iletişime geçmek vb. birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini sürdürmek yer almaktadır (SB, 2013). Bu durum taramalarda OSB riski taşıyan bireylerin fark edilmesi, yönlendirilmesi ve takip süreçlerinde aile hekimlerinin önemini ortaya koymaktadır.

Araştırmamızın sonuçlarına göre aile hekimlerinin OSB konusunda eğitimleri ve donanımlarının oldukça kısıtlı olduğu görülmüştür. Yapılan çalışmalar aile hekimlerinin OSB konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıklarına ilişkin sonuçlar elde etmiştir (Masarit ve diğerleri., 2022; Salama, 2017). Araştırmamızın bu bulguları alan yazında yapılmış ilgili çalışmalarla tutarlılık göstermektedir. Bu çalışma, aile hekimleri arasında OSB konusunda bilgi eksikliği olduğunu göstermiştir, bu nedenle aile hekimlerinin farkındalığını artırmak ve erken teşhis ve müdahaleyi geliştirmek için otizm konusunda daha fazla eğitim programına ihtiyaç duyulmaktadır, bu da yaşam kalitesini ve gelişimsel geriliği olan çocukların bakımını iyileştirecektir. Ayrıca, doktorlar arasında farkındalığı artırmak için yetersiz bilgi ile ilişkili faktörleri ve genel nüfus arasında otizm bilgisinin değerlendirilmesini değerlendirmek için araştırmalara ihtiyaç vardır. OSB'li bireylerin tanılama sürecinde hem çevresel ve ailesel bağlamda yaşanan sorunlar hem de sağlık sistemi bağlamında yaşanan sorunlar, OSB konusunda bilgi ve eğitim eksikliğinin toplumun her kesiminde karşımıza çıktığını göstermektedir (Aydos ve Çalış, 2021). OSB'li bireylerin topluma etkin bir biçimde

kazandırılabilmesi bütün süreçlerin sağlıklı değerlendirilip ele alınması ile mümkün olmaktadır. Bu nedenle bu süreçlerin ilk basamağında önemli bir role sahip olan aile hekimlerine yönelik eğitim fırsatlarının geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması şiddetle önerilmektedir.



ENGLISH VERSION

Introduction

Autism Spectrum Disorder (ASD) is a neuro-developmental disorder that can be seen at early ages and is characterised by persistent impairments in social interaction, communication and limited repetitive behaviours, interests or activities (American Psychological Association [APA], 2013). Primary sources on the behavioural characteristics of ASD, which is an advance and complex developmental disability, date back to the 18th century. It is thought that, the term 'autism' meaning 'self' in Greek, was first used by the psychiatrist Eugen Bleuler in 1910 to refer to isolation from the outside world (Kırcaali İftar, 2019). In the following years, psychiatrists Leo Kanner published an article on autism and Hans Asperger published an article in 1944 (Kaymak, 2016). Since the 1950s-60s, a significant progress has been made in ASD in terms of etiology, diagnosis, medical and behavioural interventions (Alpdoğan, 2018).

Even though the precise cause of ASD, being a neurobiological disorder negatively affecting individuals' social and independent lives, is not known, following can be stated about its etiology: although symptoms depict individual differences, it is thought that ASD is caused by many different genes, damages during pregnancy and birth, psychological conditions, social environment factors and various toxicities (Jones and Van de Water, 2019). According to the research findings examining the parts of the brain causing different neurological and cognitive effects with neuro-anatomical imaging systems, the individual brains diagnosed by ASD are larger than their peers while remaining small in the adulthood (Güller, Değerli, Sarı, Altıntaş and Adıgüzel, 2020). Moreover, there are other neuroanatomical findings showing that the cells that make up the limbic system and that are related to various functions such as behavior, motivation, long-term memory and sense of smell, are small in size and high in number (Bor, 2018). Individuals diagnosed with ASD display certain behaviours different from those of the individuals with normal development.

Such behaviours as exhibiting repetitive behaviours, preferring repetitive language use, joint attention issues, avoiding eye contact and overreacting to changes are observed in individuals diagnosed with ASD (Demir, 2021). Along with these behaviours, hypersensitivity and loss of tactile sensation, contrary to typical hearing and vision, can be observed in some individuals with ASD

(Aydın and Kinacı, 2019). Unlike individuals with NDD, individuals with ASD also have communication and interaction disorders affecting their living standards (APA, 2013). Such differences seen in individuals with ASD push them to a low quality socialisation in many environments, including their immediate periphery (Töret, Özdemir, Gürel-Selimoğlu and Özkubat, 2014). Individuals with ASD are dependent on others in self-care and daily routines; thus, they themselves, their families and individuals in their close circle are negatively affected by their being devoid of social feelings, preferring loneliness and not socialising (Centelles, Assaiante, Etchegoyhen, Bouvard and Schmitz, 2012).

ASD draws attention as the disability with increasing prevalence among children (Hartley-McAndrew, Doody and Mertz, 2014). While the prevalence of ASD was 1/10000 before 1985, it was reported to be 7/10000 in 1989 (Samms-Vaughan and Franklyn-Banton, 2008). The prevalence of ASD, which continues to be prevalent until today, was 1/59 according to the 2014 data of the American Centre for Disease Control and Prevention (CDC), it was 1/54 according to the 2016 and 1/44 according to the 2018 data (Maenner et al., 2020; Maenner et al., 2021). CDC states the prevalence of ASD as approximately 1% of world population and reports that it has been seen approximately 4 times more in male children than in female children. It is also emphasised that the incidence of ASD has increased by 178% since 2000 (Zauderer, 2022). Since the lack of comprehensive study on the prevalence of ASD in Turkey, its general rate of prevalence is not clear, yet it is estimated to be close to the worldwide rate stated above (Çolak, 2015). It is also known that there has been an increase in the number of applications to institutions on suspicion of ASD in recent years (Sabuncuoğlu, 2016). Such an increase in the prevalence of ASD deserves to be considered as a serious public problem (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2007; Fombonne, 2005). Although there is no known medical treatment for ASD (Shamsuddin and Rahman, 2014), the fact that educational, social and behavioural intervention programs are very effective at early ages makes early diagnosis very important (Hartley-McAndrew et al., 2014). This draws attention to the importance of completing screening and diagnosis processes for ASD at an early age (Aksoy and Şahin, 2016). High level of knowledge and awareness of healthcare professionals on ASD can enable early diagnosis of individuals with ASD, which makes early interventions possible (Bakare et al., 2009). Family physicians are often the primary caregivers involved in ASD screening and diagnosis processes (Bakare et al., 2009; Sices, Feudtner, McLaughlin, Drotar and Williams, 2003). Especially in the screening process, family physicians can play a very important role.

In Turkey, significant progress has been made in the efforts to deliver preventive and curative health services. It is seen that the Ministry of Health has taken some steps in order to ensure that individuals have access to healthy life programmes to improve their ability to control their own status and to place the preventive medicine approach at the centre within the framework of the transformation programme. In this framework,, primary health care services have been reorganised

and expanded. One of the main elements of this approach is that everyone can have a family doctor, who can be easily reached and consulted without any obstacles (<https://hsgm.saglik.gov.tr>). The Family Physician System was first started as a pilot application in 2005, and implemented in the entire country to the end of 2010. In the family physician system, important progresses have been observed in the number of population per unit, the number of family medicine units and the number of applications to a family physician per year. These progresses are shown in Table 1.

Table 1. *Information on the number of population per unit, the number of family medicine units and the number of applications to a family physician per year between 2019 and 2023.*

Year of Realisation	Nb. Of Population Per Family Physician Unit	Nb. Of Family Physician Units	Family Physician Application Number Per Year.
2019	3,110	26,476	3.3
Planned in 2020	3,040	27,600	3.4
Estimated Figures in	3,125	26,600	2.6
Target in 2021	2,900	29,380	3.5
Estimation in 2022	2,800	30,680	3.7
Estimation in 2023	2,700	32,190	4.0

Source: <https://sgb.saglik.gov.tr>

As can be seen in Table 1, the importance of family physicians system is gradually increasing. Personal preventive health services and primary diagnosis, treatment, rehabilitation and consultancy services are provided with this system. The limits set in the job description of family physicians stated within the Family Physicians Practice Regulation published in the Official Gazette by the Ministry of Health are important in recognising and directing individuals with ASD:

“Family physicians treat the persons registered in their system as a whole and provide preventive, therapeutic and rehabilitative health services for the individual; family physicians conduct home visits or contact individuals within six months to make initial assessment of those registered in their system; they are obliged to provide personal preventive health services and primary level diagnosis, treatment, rehabilitation and consultancy services during the execution of home or mobile/on-site health services to the disabled, elderly, bedridden and similar persons who are obliged to be kept track at home” (SB, 2013).

Thus, it has been considered important to reveal what family physicians do in terms of recognising, directing and following individuals who have been diagnosed with ASD with the key role they play in the health system.

When relevant literature is examined, it is seen that there are studies dealing with knowledge, attitude and awareness of family physicians and other health professionals on ASD (Gölbaşı, Demirel, Karaca, Çiçek and Sarı, 2021; Hıdıroğlu, Lüleci, Karavuş, Güzel and Dönmez, 2020; Masariti, Alhafithi, Alsanna and Almaghaslah, 2022; Salama, 2017), obstacles against autism screening in family physician

practices (Fenikile, Ellerbeck, Filippi and Daley, 2015), knowledge and attitudes of family physicians about ASD, attention deficit, hyperactivity (Sabuncuoğlu, Cebeci, Rabbar and Hessabi, 2015) and the views of health personnel about ASD and its early diagnosis (Tamura and Celasun, 2022). However, no detailed study has been found that reveals what family physicians do about the recognition, orientation and follow-up processes of individuals with ASD. The present study has been conducted just for this reason. Thus, what the concept of ASD means to family physicians, what kind of process they follow when they think that a patient who applies to them is likely to have ASD, how they conduct follow-up processes of individuals with ASD, what they recommend for the integration of individuals with ASD into society, what they think about the cause and prevalence of ASD both in Turkey and in the world and what they suggest about ASD in general with a scientific approach are aimed to be revealed. The fact that no detailed research has been carried out on this research topic ever before reveals the novelty of this study and makes this study original. This study is crucial in terms of revealing what family physicians do during screening, referral and follow-up processes in ASD and their level of knowledge about ASD. Therefore, the aim of this study is to examine the level of knowledge and awareness of family physicians on ASD and to reveal the views of family physicians about the recognition, orientation and follow-up processes of individuals with ASD. This study was conducted in accordance with the following sub-objectives, determined within the framework of this purpose.

1) What are the views of family physicians in Turkey about the recognition, orientation and follow-up processes of individuals with ASD?

2) What is the level of knowledge and awareness of family physicians about ASD in Turkey?

Method

In this section, information on the research design, study group, collection of research data, analysis of data, validity-reliability of research data and ethical dimension of the research is given.

Research Design

This research was designed in a mixed method. Mixed method ensures that quantitative and qualitative methods are deliberately and systematically used in the same study. In addition, it allows quantitative and qualitative data to be presented together and results to be presented in a more reliable way to achieve the designated goal of the study (Maxvell, 2016). It is quite common to use both quantitative and qualitative methods together in a research (Verma and Mallick, 2005). While the quantitative method provides the opportunity to obtain data from many participants about the case, qualitative methods such as observation and interview provide the opportunity to elicit more detailed data about the same case (Green, Krayder and Mayer, 2005). Mixed method research is not a simple combination of quantitative and qualitative methods; but comprehensive integration studies in which their strengths are used to support each other (Firat, Yurdakul and Ersoy, 2014).

Qualitative Dimension: In the qualitative dimension of the study, the phenomenology design, one of the qualitative research designs, was used. The main purpose of the phenomenology design is to focus on the phenomena that we are aware of but do not have an in-depth and detailed understanding of (Tellis, 1997). Qualitative studies are studies in which qualitative data collection techniques such as observation, interview and document analysis are used and the process of revealing perceptions and phenomena in a realistic and holistic way in the natural environment is followed (Yıldırım and Simsek, 2018). Information collection methods commonly used in qualitative research include interview, observation and examination of written documents. The interview method is a powerful method used to reveal the situations of individuals (Demir, 1999). In the present study, a phenomenological design was used to reveal the level of knowledge and awareness of family physicians about autism spectrum disorder in Turkey according to their own perspectives. In the case/science design, the case is revealed in depth by using the interview technique and obtaining in-depth information (Lester, 1999).

Quantitative Dimension: in the quantitative dimension of the study, a questionnaire, which is one of the data collection techniques frequently used in the survey model, was used. The data collection tool was applied in the central district of Van, which constitutes the setting of the present study. Cluster sampling technique was used as the sampling method. Cluster sampling is a type of sampling in which elements of all clusters in the universe have an equal chance of being selected (Yeşil, 2014).

Study Group

The participants of the qualitative and quantitative parts of this mixed method research consist of family physicians working in the central district of the city of Van. The study group of the qualitative dimension of the study consists of twelve physicians, and the study group of the quantitative dimension consists of one hundred family physicians. The participants were determined by means of the convenience sampling method and criterion sampling method. The convenience sampling method is an economical method that minimises the loss of labour, time and money (Fraenkel, Wallen and Hyun, 2015). In this study, being a medical school graduate and working as a family physician in any health centre in the central district of the city of Van were determined as criteria for involving the family physicians. The study groups were selected from among the family physicians who met these criteria. For confidentiality, the identities of the physicians were not disclosed in any way and the family physicians were coded as AH1, AH2, AH3, ... AH12. Demographic characteristics of the family physicians who participated in the qualitative dimension are given in Table 2.

Table 2. *Demographic information on sample*

Code Names	Gender	Age	Education Level	Length of Service	Branch
AH1	Male	28-32	Postgraduate	6-11	Family Phys.
AH2	Female	28-32	Postgraduate	0-5	Family Phys.
AH3	Male	28-32	Postgraduate	0-5	Family Phys.
AH4	Male	39-44	Postgraduate	12-17	Family Phys.
AH5	Male	28-32	Postgraduate	6-11	Family Phys.
AH6	Male	28-32	Postgraduate	0-5	Family Phys.
AH7	Female	28-32	Postgraduate	0-5	Family Phys.
AH8	Female	33-38	Postgraduate	6-11	Family Phys.
AH9	Male	28-32	Postgraduate	0-5	Family Phys.
AH10	Male	28-32	Postgraduate	6-11	Family Phys.
AH11	Female	28-32	Postgraduate	6-11	Family Phys.
AH12	Female	28-32	Postgraduate	0-5	Family Phys.

When Table 2 is examined, it is seen that more than half of the participants (52%) are male and nearly half of them (48%) are female. Majority of the participants (83.3%) are between the ages of 28 and 32. While 50% of participants have professional experience of 0-5 years, 41% of the participants possess professional experience of 6-11 years. All of the participants (100%) have master's degree (six-year medical school).

The participants included in the quantitative dimension of the study are one hundred family physicians working in the central district of the city of Van. Demographic characteristics of the family physicians who participated in the quantitative dimension of the study are given in Table 3.

Table 3. *Demographic characteristics of the sample*

Family Physicians		f	%
Gender	Female	48	48.00
	Male	52	52.00
Age Range	25-30	39	39.00
	31-35	33	33.00
	36 and over	28	28.00
Education	Postgraduate (Practitioner)	78	78.00
	Specialist	22	22.00
Length of Service	0-5 years	46	46.00
	6-10 years	35	35.00
	11 years and more	19	19.00

When Table 3 is observed, it is seen that 48 of the family physicians are female and 52 are male. It is seen that 39 (39%) of the participants are in the age group of 25-30, 33 (33%) are in the age group of 31-35 and 28 (28%) are in the age group of 36 and over. As seen in the table, 78% of the study group have a postgraduate degree and work as general practitioners, while the remaining 22% received specialisation training and are employed as family medicine specialists. When Table 2 is examined, it is seen that most of the participants (46%) have a professional experience of 0-5 years, that 35% of them have a professional experience of 6-10 years and 19% of them have a professional experience of 11 years and more.

Data Collection Process

In the present study, qualitative data were collected with a semi-structured interview form developed by the researchers. Qualitative research collects in-depth information about social phenomena. The most commonly used information collection techniques in these studies include interview, observation and examination of written documents. The reason behind the choice of the interview technique is that this technique is flexible and has a high correct response rate. The interview technique is a powerful technique that examines the lives of individuals in depth (Yıldırım, 1999). Semi-structured interview form used in the study consists of seven open-ended questions. Before the interview form was prepared, literature on special education, ASD, family physicians and ASD was reviewed. On the basis of this literature review, the questions in the form were prepared and submitted to expert review. In line with the feedback received from two faculty members who are experts in special education and ASD-related issues, necessary adaptations were made in the interview form, and content validity was ensured. Based on the feedback received, new questions were added, the structure of some interview questions was changed and some probing questions were added to the form. The interview form includes the following questions; “What is autism spectrum

disorder?", "How do you know if a baby or child who comes to you has autism spectrum disorder?", "What tests do you use to diagnose autism spectrum disorder?", "How do you explain the issue to the family of the baby or child that you consider to have autism spectrum disorder?", "Where do you refer the family of the baby or child you consider to have autism spectrum disorder to?", "What are the procedures you follow for the baby or child that you consider to have autism spectrum disorder?" and "Would you like to say anything else or suggest anything in general?". After the interview form was given its final form, appointments were made to interview the participants and then interviews were held in turn. Interviews were conducted face-to-face at different times and lasted an average of 35 minutes and recorded with a voice recorder. The data of the study were collected between April and May 2022.

When it comes to the quantitative dimension, the survey technique was used to collect data. Questionnaires or scales are used as data collection tools in survey studies. In the survey technique, data are collected by asking a set of pre-structured questions to the sample taken from the universe (Fogelman and Comber, 2007). In the present study, the "Health Care Professionals' Knowledge of Childhood Autism Questionnaire (HCPK-CAQ)" developed by Bakare et al. (2008) and translated into Turkish by Gürbüz-Özgür, Aksu and Eser (2019) was used as a data collection tool. In the data collection tool, there are items to measure the knowledge level of health workers about ASD in four areas. The first part of the questionnaire is about social interaction and communication inadequacy in individuals with ASD and consists of eight items. The second part consists of a single item related to communication and language development. Third part consists of four items and shows the stereotypical and recurrent symptoms observed in ASD. Fourth part, consisting of six items, questions whether ASD is a neuro-developmental disorder, examines possible multiple disability circumstances and explores the ages of occurrence. Likert-type triple rating response category was used in 18 items as (A) I don't know, (B) Yes, (C) No, and in 1 item as (A) Newborn, (B) Infancy, (C) Childhood (Gürbüz-Özgür et al., 2019). Questionnaires were sent to the family physicians online whose consent was received for voluntary participation. The family physicians were asked to read the questionnaire, ask about the parts they did not understand, fill in the form and send it back to the researchers online.

Data Analysis

After the completion of the face-to-face interviews, all the data were transferred to the computer environment without making any alternations on the data that had been collected. The data were converted in Word format. In order to avoid confusion in the answers while the data were transcribed, the opinions of the participants were coded as AH1, AH2, AH3, ... AH12, according to the order of the interviews. All the data, which were written in Word format and coded according to the participants, were read one by one and sorted, and the data were organised into more than one sub-category depending on seven categories. While analysing the data, each of the interview questions in

the form was handled as a category. The data for each category were presented with the help of tables in which sub-categories were presented and they were supported with direct quotations. In the study, the data were analysed, described and interpreted in a systematic and objective way with the descriptive analysis technique, which is mostly used in qualitative research.

Quantitative data of the study were collected online through Google forms. The collected data were downloaded in Excel format and transferred to the SPSS package program. SPSS 26 package program was used in the analysis of the quantitative data. Frequency and percentage values for each of the demographic variables and survey items were examined in the data analysis. Questionnaire items were reported as "I don't know, yes or no". Analysis of variance (ANOVA) and independent samples t-test were used to look at the relationship between the dependent and independent variables. Tukey test, one of the multiple comparison tests, was used to compare more than two groups.

Ethical Permissions of the Study

In this study, ethical approval and written permissions were obtained from the, Social and Human Sciences Publication Ethics Committee of Van Yüzüncü Yıl University with the letter dated 06/04/2022 and numbered as 2022/4. Also, ethical principles were followed at all the stages of the present study. The participation of the family physicians was on a voluntary basis. In this connection, the purpose and method of the study were explained to the physicians and necessary permissions were obtained.

Findings

Findings are presented in two stages as quantitative and qualitative findings. Quantitative findings in the first and qualitative findings in the second stage are given in detail.

Qualitative Findings

The qualitative findings of the present study consist of seven main categories based on the opinions of the family physicians on the level of their knowledge and awareness on autism spectrum disorder derived from their responses to the interview items: "What is autism spectrum disorder?", "How do you know if a baby or child who comes to you has autism spectrum disorder?", "What tests do you use to diagnose autism spectrum disorder?", "How do you explain the issue to the family of the baby or child that you consider to have autism spectrum disorder?", "Where do you refer the family of the baby or child you consider to have autism spectrum disorder to?", "What are the procedures you follow for the baby or child that you consider to have autism spectrum disorder?", and "Would you like to say anything else or suggest anything in general?". The qualitative findings of the study are presented in tables containing different sub-categories under each category and interpretations given under each table with the support of quotations.

Findings Regarding the Opinions of the Family Physicians on What ASD is

In order to elicit the findings related to the first research problem, the question “What is Autism Spectrum Disorder?” was asked to the participants. Sub-categories reflecting the views of the participants regarding this question are presented in Table 4.

Table 4. *What is autism spectrum disorder?*

What is ASD?	f
It is a neuropsychiatric disorder	5
Isolation from society	4
Lack of communication	2
Lack of social skills	2
Disease of unknown etiology	2
Multiple insufficiencies	1

When table 4 is examined, it is seen that the family physicians define ASD as a neuropsychiatric disorder, isolation from society, lack of communication, lack of social skills, a disease of unknown etiology and multiple insufficiencies. It was found that most of the participants (f:5) considered ASD as a neuropsychiatric disorder. In this regard, AH9 expressed his/her opinions as follows; *“When I think of ASD, it is a neuro-developmental disorder whose exact cause is not known but caused by many factors”*, while AH6 stated, *“ASD... can be said to be a neuro-developmental difference that usually occurs at birth or in life’s early stages”*. It is seen that, some of the participants (f:6) defined ASD as isolation from society. In this regard, AH1 stated *“ASD is a psychiatric disease of an unknown etiology, which causes the individual to be isolated more from society, to be different from accepted norms. It can also be called the disease of individuals who are disconnected from society”*. On this subject, AH12 said, *“It is a concept we use to describe children who do not know the expectations and norms of the society; live in their own inner worlds and have mental problems. It is a disease of unknown etiology”*. In addition, it is seen that some of the participants (f:2) defined ASD as a concept used to describe individuals who do not communicate in anyway and who have serious difficulties in communication. In this regard, AH3 stated *“... ASD is a serious lack of communication. It is a concept used by children who act as if they did not hear and thus they do not respond and do not express their own wishes”*. While a few participants (f:2) defined the concept of ASD as the lack of social skills, some participants (f:2) defined it as a disease of an unknown etiology. AH7 explained his/her opinions as follows; *“ASD is a medical condition that affects how a child’s brain develops, how the child perceives and socialises with others and therefore, causes social interaction problems”*. In this regard, AH1 said *“... it is the group of children who do not know social skills and hence cannot socialise and thus becomes lonely”*. It is seen that one of the participants explained ASD as a multiple syndrome that can be accompanied by more than one disease. AH4 tried to explain it as

“... it is a neurological and even meta-biological syndrome that can include more than one disease at the same time.”

Findings Concerning the Opinions of the Family Physicians on How They Understand that a Baby or a Child Visitor has Autism Spectrum Disorder

In order to explore the findings related to the second research problem, the participants were asked the question “How do you know that a baby or a child visitor has autism spectrum disorder?” The sub-categories reflecting the views of the participants regarding this question are presented on Table 5.

Table 5. *How do you know that a baby or a child visitor has autism spectrum disorder?*

ASD Diagnoses Process	f
Some behavioural complaints of parents	6
Behavioural observation	3
Communication and interaction status	2
Regular scanning	1
Focusing on repetitive behaviours	1

Based on the findings presented in Table 5, the views of the family physicians on how they understand that a baby or child who visits them has autism spectrum disorder is basically grouped into five sub-categories; some behavioural complaints of parents, behavioural observation, communication and interaction status, regular screening and focusing on repetitive behaviours. It is seen that half of the participants (f:6) expressed that the complaints made by parents about the behaviours of their children should be considered as an indication of a baby or child with ASD. In this regard, AH11 stated *“If the families are talking about some behaviours, for example, if my child is five years old but still cannot speak or does not look at me at all, it raises suspicion that the child may have autism”*. AH1 said,

“Patients with frequent complaints from their families such as speech retardation, behavioural retardation or difference, repetitive movements, not making eye contact, inability to establish social bonds or late establishment of such bonds, learning late, not obeying or understanding simple orders raise suspicion of autism for me...”.

AH12 on the other hand expressed his/her opinions as follows; *“Unfortunately, we cannot conduct regular screening. I take the complaints from the families on the basis of this issue. When the child’s different behaviours are expressed as complaints by the families, it creates a perception of the possibility of autism”*. Three participants (f:3) stated that they made behavioural observations about some of the child’s behaviours in order to reveal the status of a baby or child with ASD. AH2 said

“I observe her behaviours after the complaints; for example, the child cannot make eye contact, communication is poor and the child often tends to exhibit certain behaviours. If the

complaints made by the family and my observations match, I will make the necessary explanation about autism and refer them to the concerned authorities.”

It is seen that some participants (f:2) stated that they attempted to diagnose ASD based on the behaviours of infants or children while they are communicating and interacting. AH6 stated *“If the person who comes in for examination does not communicate or interact with me, I would say that that visitor most likely has autism”*. While one of the participants stated that he/she regularly screens children for this problem, another participant stated that he/she looks at the repetitive behaviours of a baby or a child visiting him/her. In this regard, AH5 said

“We conduct regular screening between 18 months and 36 months in our family health centre. We have 5 criteria: a) eye contact, b) repetitive behaviour, c) responsiveness to commands, d) hyperactivity, e) age of starting to speak. We diagnose children with autism on the basis of these criteria”,

while AH8 said *“Diagnosis can be made at the age of one and a half. In this regard, the biggest criterion for me is repetitive behaviours”*.

Findings Concerning the Tests Used by Family Physicians in the Screening and Diagnosis of Autism Spectrum Disorder

In order to reach the findings related to the third research problem of the study, the question “What are the tests you use to diagnose autism spectrum disorder?” was asked to the participants. The sub-categories reflecting the views of the participants regarding this question are presented on Table 6.

Table 6. *What are the tests you use to diagnose autism spectrum disorder?*

Tests on ASD	f
Do not use tests	12
No information on tests	4
Observation and parent interview	3
Use ASD diagnostic criteria	1

Based on the findings on Table 6, it is seen that the opinions of family physicians about the tests they use in the screening and diagnosis processes for ASD are basically grouped in four sub-categories. These are; do not use tests, no information on tests, observation and parent interview and use ASD diagnostic criteria. It is seen that all the participants (f:12) stated that they do not use any tests to diagnose ASD. AH5 said *“I don’t use tests. We refer patients we suspect to psychiatrists. Brain scan is required. Other diseases such as Hyperactivity, Epilepsy-Attention Disorder should be eliminated.”*. In addition, some participants (f:4) expressed that they did not have any knowledge on tests. AH12 said *“I don’t use tests”*. Amd went on *“I have no knowledge about the tests”*. AH2 said *“I have not used any tests until now. Actually, I have never been trained about tests in autism, I don’t know how”*. Some of the

participants (f:3) stated that they made observations, while another participant said that he/she used ASD diagnostic criteria. In this regard, AH10 stated *“There are no tests that I use. I can diagnose on the basis of clinical observations”*. AH7 said *“I use diagnostic criteria of autism”*.

Findings Concerning How Family Physicians Explain to the Family of a Baby or Child, Considered to Have Autism Spectrum Disorder

In order to reach the findings related to the fourth research problem of the study, the question *“What kind of explanation you make to family of a baby or child that you consider to have autism spectrum disorder?”* to the participants. The sub-categories reflecting the views of the participants regarding this question are presented on Table 7.

Table 7. *How do you inform the parents about ASD?*

Informing parents on ASD	f
Referral to a psychiatrist	7
Importance of special education	6
A disease	4
Specialist support	2
General information on ASD	2
Not a disease	1

Based on the findings given on Table 7, the views of the family physicians regarding the explanations they make to the family of a baby or child that they consider to have ASD are basically grouped under six sub-categories; referral to a psychiatrist, importance of special education, treating as a disease, the importance of specialist support, providing general information and ASD is not a disease. It is seen that the majority of the participants (f:7) referred a baby or child with the possibility of having ASD to a psychiatrist. In addition, it is seen that a significant part of the participants (f:6) mentioned the importance of special education. In this regard, AH12 said *“I talk about the importance of special education. I encourage them to take initiatives for the special education of their child as soon as possible. I would also refer the child to a child psychiatrist”*. AH8 on the other hand said

“For the moment, the only training that benefits the child is receiving special education. It is classified as light, medium and heavy. A tiring process begins for the family. The child should be kept away from technological devices such as television, tablet and computer. Prepared foods should not be given to him/her. Natural foods should be consumed by the child. The child should have a diet rich in probiotics. Early diagnosis is very important. 50% of them can reach the developmental level of their peers with special education and attention. The training hours specified in the reports should be increased. Shadow teachers should be involved in education. The number of educational institutions contributing to the social development of the child should be increased. Integration should be given importance. Psychological support should be provided to the families. I would like to reiterate that this is a drug therapy, the most important drug is special education”.

In addition, while some participants (f:4) defined ASD as a disease, one participant stated that it is not a disease. While AH9 said

"I explain to parents that differences seen in the development of the baby or child compared to their peers may be due to a disease called autism, that this disease may be caused by genetic and environmental factors, that if there is a disease in their child, he/she can reach the level of his/her peers with early diagnosis, treatment and education. I tell them that they should apply to a specialist for more advanced evaluation of the child",

AH7 said *"I say that they should not see autism as a disease, but as a difference and that it is possible to the child to catch up with this/her peers with little attention and care"*. While some participants (f:2) emphasised the importance of specialist support, it is seen that some participants chose to give general information on ASD. In this regard, AH2 expressed *"I think they should get expert support..."* AH3 said

"I explain the situation to the family and give general information about autism. I share the typical behaviours I observed in the child. I emphasise that autism is not a mental retardation and show a supportive attitude for the family to get over the initial shock. I make suggestions about what they can do in the process. However, I would refer them to a child psychiatrist or a Guidance Research Centre for a clear explanation. I encourage them to communicate with the concerned people and institutions".

Findings Concerning Where Family Physicians Refer the Family of a Baby or Child Considered to Have Autism Spectrum Disorder.

In order to reach the findings related to the fifth research problem, the question "Where do you refer the family of a baby or child that you consider to have autism spectrum disorder?" to the participants. The sub-categories reflecting the views of the participants regarding this question are presented on Table 8.

Table 8. *Where do you refer the family for asd?*

Referral for ASD	f
Child psychiatrist	12
GaC-C (Guidance and Counselling Centre)	4
Paediatric neurology specialist	1

Based on the information presented on Table 8, the views of the family physicians regarding the statements they make on the family referral are basically grouped into three sub-categories; referral to a child psychiatrist, GaC-C and paediatric neurology specialist. It is seen that all of the participants (f:12) stated that they refer a baby or child they consider to have ASD to a child psychiatrist. While some participants (f:4) stated that they refer families to GaC-C, another participant stated that he/she refers families to a paediatric neurologist. In this regard, AH5 expressed *"I will refer the family to a child psychiatrist"*. While AH2 stated *"I would refer the child to a proper child psychiatrist or a paediatric neurologist"*, AH12 said *"to a child psychiatrist and counselling service"*.

Findings Regarding the Procedures Set in the Follow-Up of a Baby or Child Considered to Have Autism Spectrum Disorder

In order to reach the findings related to the sixth research problem, the question “What are the procedures you set in the follow-up of a baby or child you consider to have autism spectrum disorder?” The sub-categories reflecting the views of the participants regarding this question are presented on Table 9.

Table 9. What you do in the follow-up of asd ?

ASD follow-up process	f
Do not follow-up ASD	5
Contacting the family	4
Contacting the institution the child is referred to	1
Follow-up with some tests	1
Regular follow-up	1

Based on the findings presented on Table 9, the opinions of the family physicians regarding the follow-up process of a baby or child that they consider to have ASD are basically grouped in five sub-categories; I do not follow-up ASD, contacting the family, contacting the institution the child is referred to, following the child with some tests and regular follow-up. While some participants (f:5) stated that they did not carry out any follow-up process, some (f:4) expressed that they communicated with the family of the child regularly and cooperated with them in the follow-up processes. In this regard, AH1 said “I don’t do anything different expect carrying out routine follow-ups. In the follow-ups, it cannot be said that I do much about autism. In these follow-ups, I am more engaged in health-related (development, height, weight, etc.) processes”, while AH5 stated “There isn’t much we can do about ASD, as it requires a long-term therapy. We support the child’s family. I remind them that the disease is chronic and they should not delay the follow-ups”. In support of this view AH10 said “I am communicating with the family in order to comply with the treatment scheme determined by a child psychiatrist and I try to show the importance of special education”. One of the participants stated that, they communicated with the institution the child is referred to, while another said that they tried to follow-up with some tests. In this regard, AH3 said, “I refer the child to a specialist. I keep in contact with the institution I refer the child to periodically and follow the process”. AH4 said, “I want some metabolic tests because children diagnosed with autism may be accompanied by different metabolic problems. Thus, I examine the child in a general sense”. On the other hand a single participant stated that he/she carried out regular follow-up procedures. AH6 said “After referral or directing the patient to the concerned institution, I also communicate with them at regular intervals and continue the clinical observation”.

Findings Regarding Family Physicians' Recommendation Regarding Autism Spectrum Disorder

In order to elicit the findings related to the seventh research problem, the question "Would you like to say anything else or make any suggestions in general?" to the participants. The sub-categories reflecting the views of the participants regarding this question are presented on Table 10.

Table 10. *Recommendations of the family physicians on asd*

Recommendations On ASD	f
In-service training	7
Awareness seminars	6
Extra time	4
Incurable	1

On the basis of the findings presented in Table 10, the opinions of the family physicians are basically grouped under four sub-categories; in-service trainings, awareness seminars, extra time and incurable. Most of the participants (f:7) suggested that family physicians should receive in-service trainings. In this regard, AH3 said

"Unfortunately, I think that there is not enough awareness about ASD in Family Health Centres and in our society. I am in favour of providing the necessary trainings on this subject and physicians who have completed in-service training should inform families having a child diagnosed with ASD. I believe that this will raise awareness. As a child of my relatives is diagnosed with autism and they constantly consult me, I have done a great deal of research on the subject. Nevertheless, this does not happen to every physician. Thus, I think all family physicians should be informed in a planned manner".

Some participants (f:6) suggested that family physicians should be given seminars. In this regard, AH2 stated "... health directorates should give seminars to physicians and raise their awareness". AH9 said

"Ensuring that special education is given to each child diagnosed with autism spectrum disorder at easily accessible, adequate times by experts for children to receive effective education so that they can overcome their problems. I think that trainings and activities informing society should be increased. Also, family physicians ought to undergo certain training and seminars on differences between autism and other disorders. I know certain things about autism because of the cases I have witnessed. Bu I don't think my colleagues have too much knowledge because we have not been given any training on autism. Bu if I am not mistaken, the number of babies born with autism is increasing day by day. I think that awareness should be created".

While some participants (f:4) said that ASD-related screening and follow-up processes should be allocated more time, others stated that ASD is incurable. While AH4 said

"We need more time to examine the children more properly. Currently, I have about 4300 patients registered. We're experiencing congestion. Due to this intensity, we cannot carry out regular screening and follow-up processes. I can easily say that we do not even have the opportunity to involve many children in screening processes. Most of the health care

personnel are nurses measuring height and weight. For these reasons, I can say that we could not scan properly. I wish we had fewer registered patients. Then we could spend more time with each patient and follow the necessary procedures; we can even develop ourselves on different ailments such as ASD”,

AH5 stated “Autism is an extremely difficult for the family. Treatment success is also not very high. I hope there are more successful treatments in this regard”.

Quantitative Findings

In this section, the findings derived from the data collected with the questionnaire are presented. Items of the questionnaire are presented in four categories in accordance with the domains within the questionnaire and thus integrity is tried to be achieved. The means and percentages were calculated for each survey item. Data for each domain of the questionnaire are shown on tables and interpreted. In addition, tests were conducted to determine whether the scores taken from the questionnaire items vary significantly depending on some variables (gender, education level, age and length of service) and their results are presented

Domain 1: Opinions of the Family Physicians on Social Interaction and Communication Inadequacy in Individuals with ASD

Sub-categories reflecting the opinions of the participants regarding the eight items in the first domain are presented on Table 11.

Table 11. *Social interaction and lack of communication*

#	Item	Don't Know	Yes	No
1	Significant impairment in various nonverbal behaviours during social interaction, such as eye contact, facial expression, body posture and gestures.	10 (10%)	83 (83%)	7 (7%)
2	Inability to develop friendships suitable for the developmental age.	5 (5%)	85 (85%)	10 (10%)
3	Lack of willingness to share spontaneous liking, interest or activities with others.	12 (12%)	81 (81%)	7 (7%)
4	Lack of social and emotional reciprocity	15 (15%)	72 (72%)	13 (13%)
5	Long stares into emptiness and inability to concentrate on certain things.	14 (14%)	70 (70%)	16 (16%)
6	Child can seem to be deaf or mute.	13 (13%)	69 (69%)	18 (18%)
7	Decreased interest in people around p.	9 (9%)	77 (77%)	14 (14%)
8	Social smile is not usually found in a child with autism.	18 (18%)	62 (62%)	20 (20%)

When Table 11 is examined, it is seen that the majority of the participants (83%) answered ‘yes’ regarding the obvious deterioration in various nonverbal behaviours such as eye contact, facial expression, body posture and hand & arm movements during social interaction. In the second sub-category of the first domain, it is witnessed that the participants answered ‘yes’ at a rate of 85% to the

question that individuals with ASD could not develop friendships appropriate for their developmental age. In the third sub-category, the participants answered 'yes' at a rate of 81% to the question of lack of willingness to spontaneously share their likes, interests or activities with others. On the question of lacking social and emotional reciprocity, being another sub-category, it is seen that the participants answered 'yes' at a rate of 72%. In the category of staring on emptiness for a long period and not being able to concentrate on certain things, the participants answered 'yes' at a rate of 70%. The participants answered 'yes' at a rate of 69% to the question that individuals with ASD may seem to be deaf or mute. In the subcategory of decreased interest in the environment and people, participants answered 'yes' at a rate of 77%. The last sub-category of the first domain, the question, "Social smile is not generally found in a child with autism", was answered 'yes' by 62% of the participants.

Domain 2: Opinions of the Family Physicians on Communication and Language Development in Individuals with ASD

The second domain consists of a single item. The sub-category reflecting the opinions of the participants regarding this item is presented on Table 12.

Table 12. *Communication and language development*

#	Article	Don't know	Yes	No
1	Delayed development or no development in spoken language	11 (11%)	80 (80%)	9 (9%)

In table 12, a single question was asked regarding the communication and language development of individuals with ASD in the second domain of the questionnaire. It is seen that 80% of the sample answered 'yes' to the question asked in this domain that the development of spoken language is delayed or spoken language is not developed at all.

Domain 3: Opinions of the Family Physicians on Stereotypical and Recurrent Symptoms in Individuals with ASD

The sub-categories reflecting the opinions of the participants regarding the four items in the third domain are presented in Table 13.

Table 13. *Stereotypical and recurrent symptoms*

#	Item	Don't know	Yes	No
1	Stereotyped and repetitive movement (e.g, flapping wings, bending hands or fingers.	11 (11%)	83 (83%)	6 (6%)
2	Could be related to abnormal eating habit.	31 (31%)	43 (43%)	26 (26%)
3	Persistent preoccupation with the parts of object.	13 (13%)	79 (79%)	8 (8%)
4	Interest in regular routine activities.	24 (24%)	54 (54%)	22 (22%)

When Table 13 is examined, it is seen that 83% of the participants answered ‘yes’ to the stereotypical and repetitive movements (such as flapping wings or bending hands, fingers). When asked about the second sub-category, it is seen that 31% of the participants answered ‘don’t know’, 43% ‘yes’ and 26% ‘no’ to the question of whether ASD may be related to abnormal eating habits. It is seen that 79% of the participants answered ‘yes’ to the question of being constantly busy with the parts of objects in another sub-category. In the question of interest in regular routine activities, being the last sub-category, the participants answered ‘yes’ at a rate of 54%, ‘no’ at the rate of 22% and ‘don’t know’ at the rate of 24%.

Domain 4: Opinions of the Family Physicians on Examining ASD According to Different Variables

Sub-categories reflecting the opinions of the participants regarding the six items in the fourth domain are presented on Table 14.

Table 14. *General look at ASD*

#	Item	Don’t know	Yes	No
1	Autism is childhood schizophrenia	22 (22%)	20 (20%)	58 (58%)
2	Autism is an autoimmune condition	29 (29%)	12 (12%)	59 (59%)
3	Autism is a neuro-developmental disorder	18 (18%)	70 (70%)	12 (12%)
4	Mental retardation may be co-diagnosed with autism	16 (16%)	56 (56%)	28 (28%)
5	Autism may be co-diagnosed with epilepsy	22 (22%)	50 (50%)	58 (58%)
#	Item	Newborn	Infancy	Childhood
6	Onset of autism usually occurs at the period of	33 (33%)	49 (49%)	18 (18%)

When the fourth domain presented in Table 14 is examined, it is seen that 58% of the participants answered ‘no’ to the question of whether autism is childhood schizophrenia. In the second sub-category, 59% of the participants answered ‘no’ to the question of whether autism is an autoimmune condition. When asked whether autism is a neurodevelopmental disorder, the participants answered ‘yes’ at a rate of 70%. In another sub-category of the fourth domain, the participants were asked to answer the question “Can mental retardation be co-diagnosed with autism?” and the participants answered ‘yes’ at the rate of 56%, ‘no’ at the rate of 28%, and ‘do not know’ at the rate of 16%. In the last sub-category, the participants were asked to answer the question “Can autism be co-diagnosed with epilepsy?”, and they answered ‘yes’ at the rate of 50%, ‘no’ at the rate of 28% and ‘don’t know’ at the rate of 22%. Finally, the participants were asked when autism usually occur and 49% of them stated it starts in infancy, 33% in childhood and 18 in newborn babies.

Results of the Independent Samples t-Test Conducted to Determine Whether the Scores Taken from the Health Care Professionals' Knowledge of Childhood Autism Questionnaire Vary Significantly by the Gender Variable

Data reflecting the findings in this area of the questionnaire are presented in Table 15.

Table 15. *Results of the independent samples t-test conducted to determine whether the scores taken from the health care professionals' knowledge of childhood autism questionnaire vary significantly by the gender variable*

Variable	Groups	N	X	ss	t-test	
					t	p
General	HCPK- Male	52	13.52	4.17	1.18	.240
CAQ	Female	48	12.41	5.15		

When Table 15 is examined, it is seen that the scores taken from the Health Care Professionals' Knowledge of Childhood Autism Questionnaire do not vary significantly depending on the gender variable ($t=1.18$; $p>.05$).

Results of the Independent Samples t-Test Conducted to Determine Whether the Scores Taken from the Health Care Professionals' Knowledge of Childhood Autism Questionnaire Vary Significantly by the Education Level Variable

The data reflecting the findings in this area of the questionnaire are presented in Table 16.

Table 16. *Results of the independent samples t-test conducted to determine whether the scores taken from the health care professionals' knowledge of childhood autism questionnaire vary significantly by the education level variable*

Variable	Groups	N	X	ss	t-test	
					t	p
General	HCPK- Practitioners	78	12.25	4.84	-3.01	.003
CAQ	Specialists	22	15.54	2.95		

When Table 16 is examined, it is seen that the scores taken from the Health Care Professionals' Knowledge of Childhood Autism Questionnaire vary significantly depending on the education level variable ($t=-3.01$; $p<.05$).

Results of the One-Way Analysis of Variance (ANOVA) Conducted to Determine Whether the Scores Taken from the Health Care Professionals' Knowledge of Childhood Autism Questionnaire Vary Significantly by the Age Variable

Data reflecting the findings in this area of the questionnaire are presented on Table 17.

Table 17. Results of the one-way analysis of variance (anova) conducted to determine whether the scores taken from the health care professionals' knowledge of childhood autism questionnaire vary significantly by the age variable

Variable	Groups	N	x	ss	F	P	Significant Difference
General HCPK-CAQ	25-30	39	12.26	5.15	1.44	.242	
	31-35	33	14.09	4.087			
	36 and above	28	12.67	4.60			

When Table 17 is examined, it is seen that the scores taken from the Health Care Professionals' Knowledge of Childhood Autism Questionnaire do not vary significantly depending on the age variable ($F=1.44$; $p>.05$).

Results of the One-Way Analysis of Variance (ANOVA) Conducted to Determine Whether the Scores Taken from the Health Care Professionals' Knowledge of Childhood Autism Questionnaire Vary Significantly by the Length of Service Variable

The data reflecting the findings in this area of the questionnaire are presented in Table 18.

Table 18. Results of the one-way analysis of variance (anova) conducted to determine whether the scores taken from the health care professionals' knowledge of childhood autism questionnaire vary significantly by the length of service variable

Variable	Groups	N	x	ss	F	p	Significant Difference
General	0-5 Years (A)	46	12.13	5.18	3.90	0.023	A-B
HCPK-	6-10 Years (B)	35	14.71	3.16			
CAQ	11 Years and Above	19	11.84	5.10			

When Table 18 is examined, it is seen that the scores taken from the Health Care Professionals' Knowledge of Childhood Autism Questionnaire vary significantly depending on the length of service variable ($F=$; $p<.05$).

Tukey analysis was conducted to determine the source of the significant difference. According to the results of the analysis, there is a significant difference between the physicians having a professional experience of 0-5 years and the physicians having a professional experience of 6-10 years in favour of the physicians having a professional experience of 6-10 years ($p<.05$).

Discussion, Conclusion and Recommendations

As a result of this study, findings were obtained about the level of knowledge and awareness of the family physicians on ASD in Turkey and the opinions of the family physicians about the recognition, orientation and follow-up processes of individuals with ASD. The qualitative findings of the study were derived from the answers of the family physicians to questions of, "What is autism spectrum disorder?", "How do you know if a baby or child who comes to you has autism spectrum disorder?", "What tests do you use to diagnose autism spectrum disorder?", "How do you explain the issue to the family of the baby or child that you consider to have autism spectrum disorder?", "Where do you refer the family of the baby or child you consider to have autism spectrum disorder to?",

“What are the procedures you follow for the baby or child that you consider to have autism spectrum disorder?” and “Would you like to say anything else or suggest anything in general?”.

When the family physicians' answers were examined, it was seen that they define ASD as a neuro-psychiatric disorder, isolation from society, lack of communication, lack of social skills, disease of unknown etiology and multiple disabilities. This finding obtained from the study showed that family physicians focused on symptoms of ASD rather than describing ASD and defined them according to the characteristics of individuals with ASD. These statements suggest that family physicians may have information on ASD, but their knowledge on the definition of ASD is yet insufficient. This finding is consistent with the results of the study conducted by Omak et al. (2022) on special education teachers. According to these findings, it is quite clear that the knowledge of professionals who play an important role in the lives of individuals with ASD is not sufficient. Another result of the study is that the majority of the family physicians understood that a baby or child who came to them had ASD through some behavioural complaints. It has been seen that only one family physician can understand it with regular screening. Although it has been observed that awareness of ASD has increased in recent years, both in terms of society and health professionals, it is important to determine and regularly apply appropriate screening methods for the early diagnosis of individuals with ASD (Fernel et al., 2014). The denial of parents despite observing the developmental delays in their children and inadequacy of family physicians within the scope of regular effective screening programs cause the diagnosis process to be delayed and difficult. The aim of screening programs is to determine whether children have risk factors for ASD and to identify developmental differences (Fennell et al., 2014). In line with all these, it can be said that family physicians should monitor the development of all children with regular screenings in terms of ASD after birth.

All the family physicians participated in the study stated that they did not use any tests to determine whether ASD was present or not. Most of them stated that they did not know about the tests and understood through observation and parent interviews. Family physicians, which are part of professional health discipline, have an important role in the early diagnosis of individuals with ASD (Aydın and Özgen, 2018). The involvement of family physicians at every stage of children's growth and development strengthens their role. Therefore, family physicians should be able to make risk assessments using developmental monitoring tools during the early diagnosis of ASD. However, this finding of the study shows that family physicians do not use any developmental monitoring tool in understanding ASD. This finding is consistent with studies in the literature showing that health professionals are insufficient in evaluating ASD effectively (Erden, Akçalın, Doğan and Öztürk-Ertem, 2010). This situation is thought to be due to lack of knowledge and time. Hence, it can be suggested that screening processes, which are vital in the early diagnosis of individuals with ASD, should be evaluated with different developmental monitoring tools.

The family physicians participating in the study stated that they do not follow up on ASD, communicate with the families of the children, communicate with the institutions children are referred to, follow up with some tests and follow up regularly. According to these findings of the study, it can be concluded that the majority of family physicians do not follow-up with ASD but communicate with the family of the individual with ASD. In addition, it was observed that almost all the family physicians did not follow up regularly. Therefore, family physicians' responsibility for ASD should not be limited to diagnosis-screening, they should take an active role in solving problems experienced in the whole process and participate in related studies (Simonoff et al., 2008).

Considering the results in the last sub-category of the qualitative findings of the study, family physicians' suggestions for ASD include in-service trainings, awareness seminars and extra time. In the literature, studies emphasising the lack of knowledge of health works on ASD and insufficient time come to the fore (Mandell, Novak and Zubritsky, 2005; Rhoades, Scarpa and Salley, 2007). The fact that family physicians need in-service trainings and awareness seminars on ASD in this study shows that they do not have sufficient knowledge on ASD. In addition, family physicians' emphasis on the need for more time suggests that family medicine practices should be rearranged in terms of time. In the literature, it is emphasised that in the education of health professionals who will work with individuals with ASD, academic programs and curriculum arrangements should be made and field experience should be provided through compulsory courses (Gardner, Suplee and Jerome-D'Emilia, 2016; Will, Barnfather and Lesley, 2013). In this respect, it is recommended to implement systematic programs that can increase the knowledge level of family physicians on ASD.

In the quantitative dimension, the family physicians stated that they detect ASD symptoms most frequently from apparent deterioration in various nonverbal behaviours such as eye contact, facial expression, body posture and hand-arm movements during social interaction; inability to develop friendships appropriate for their developmental age and lack of willingness of share their likes, interests or activities with others. These results of the current study are similar to the results of studies in the literature, which found that the leading symptoms of ASD are difficulty in social interaction and lack of social response (Imran et al., 2011; Hartley McAndrew et al., 2014). In the current study, it was observed that another feature of ASD is stereotypical and repetitive movements (such as flapping wings or bending hands or fingers). Contrary to this finding of the current study, Mishaal, Ben-Itzhak and Zachor (2014) stated that stereotypical behaviours are not dominant among ASD symptoms. They also emphasised that not only physicians but also parents may not find a relationship between stereotypical behaviours and childhood autism. It is thought that this due to the tendency of stereotypical behaviours of individuals with ASD to become pronounced after the age of three. The family physicians participated in the study stated that another frequently observed feature of individuals with ASD is delayed development or no development in spoken language. Since speech and language delays are accepted as one of the known features of ASD, this is considered to be

an expected situation. Thus, although it is seen that family physicians have basic knowledge about the characteristics of ASD, it can be said that this is insufficient. Considering the role of family physicians in early intervention, correct diagnosis and appropriate screening processes, it is quite clear that it is vital that they should have sufficient knowledge on ASD.

According to the results of the examination of the family physicians' ASD knowledge levels in relation to some variables, the family physicians' ASD knowledge levels do not vary significantly depending on the age and gender variables, yet they vary significantly depending on the education level and length of service variables. While the finding of the current study regarding the age variable concurs with the finding reported by Gölbaşı et al. (2021), the finding related to the length of service variable does not concur. Moreover, the finding of the current study on the age variable does not concur with the study by Sabuncuoğlu et al. (2015), the finding on the length of service variable is consistent. In the results of the current study, it was seen that the scores of the male participants on the ASD knowledge scale were slightly higher than the female participants. Sabuncuoğlu et al., (2015) found that the scores of female participants were higher than the scores of male participants. In the study of Sices, Feudtner, McLaughlin, Drotar and Williams (2004), it was stated that female family physicians and paediatricians noticed developmental delays in children better than males. It is thought that this difference between the genders may be due to the sensitivities of women arising from the mother instinct. However, the result obtained in the current study does not comply with the literature. It is thought that this is due to the fact the number of the male participants is slightly higher than that of the female participants. According to the results of the current study, the level of knowledge about ASD was higher in the family physicians with a professional experience of 10 years or less. It can be said that this may be due to the fact that young family physicians have higher awareness on ASD in recent years as they are given training on ASD in the curriculum and various scientific activities. In addition, it is thought that the fact that the level of knowledge of the family physicians on ASD varies significantly depending on their educational level is due to the fact that specialist family physicians have received specialisation training, they may have seen more cases and they may have been provided with more training opportunities on developmental delays.

In the general results of this study, which aimed to reveal the knowledge level and awareness of family physicians on ASD, striking results were obtained from the opinions expressed by the participants. These can be summarized as follows; family physicians do not have sufficient knowledge about ASD, studies should be carried out to inform family physicians on ASD and raise their awareness of ASD, they mostly make evaluations based on parental opinions during diagnosis process, they are insufficient in terms of the importance of special education and referring to special education following diagnosis, family physicians do not apply follow-up procedures after the diagnosis. In the special education regulation, cooperation with institutions and organisations is emphasised in order to start special education services in the early period and enable individuals with

special education needs to be educated at all levels of schooling (MEB, 2018). It is extremely important to recognise and diagnose individuals with ASD in early period and to start their education as early as possible. Family physicians play a critical role in this process. Primary health care services in Turkey are developing with each day. Individuals can go to their family physicians without encountering any obstacles. Also, family physicians are responsible for caring about the persons registered in their system, providing preventive, therapeutic and rehabilitative health care services for the individual, making the first evaluation of the individual, communicating with the individual, maintaining primary care diagnosis, treatment, rehabilitation and counselling services (SB, 2013). This reveals the importance of family physicians in the detection, orientation and follow-up processes of individuals with ASD risk.

According to the results of the current study, the training and qualifications of family physicians on ASD are quite limited. Studies have found that family physicians do not have sufficient knowledge on ASD (Masarit et al., 2022; Salama, 2017). The findings of the current study are consistent with the related studies in the literature. This study showed that there is a lack of knowledge on ASD among family physicians, so more education programs on autism are needed to increase family physicians' awareness and improve early diagnosis and intervention, which will improve quality of life and care for children with developmental delays. Also, research is needed to evaluate factors associated with insufficient knowledge to increase awareness among physicians and the knowledge of autism among the general population (Aydos and Çalış, 2021). The effective integration of individuals with ASD into society is possible with a healthy evaluation and conduct of the necessary processes. Thus, it strongly recommended to develop and expand training opportunities for family physicians, playing an important role in the primary step of these processes.

References

- Aksoy, V. & Şahin, Ş. (2016). Otizm spektrum bozukluğu (OSB): Tarama, tanılama ve değerlendirme. İ. H. Diken ve H. Bakkaloğlu (Ed.), *Zihinsel yetersizliği ve otizm spektrum bozukluğu içinde* (230-259). Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık.
- Alpdoğan, Y. (2018). *Otizm spektrum bozukluğu olan çocuğun problem davranışlarının azaltılmasında ve dersle ilgilenme davranışlarının artırılmasında işlevsel iletişim öğretimin etkililiğinin incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Bolu.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Aydın, A. & Kınacı, C. (2019). *Otizme çözüm var* (9. Baskı). İstanbul: Hayykitap.
- Aydos, S. & Çalış, E. S. (2021). Otizm spektrum bozukluğu öncesi ve sonrasıyla tanı: Çocuk gelişimci bakış açısıyla bir inceleme. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 4(1), 31-53.
- Bakare, M. O., Agomoh, A. O., Ebigbo, P. O., Eaton, J., Okonkwo, K. O., Onwukwe, J. U., & Onyeama, G. M. (2009). Etiological explanation, treatability and preventability of childhood autism: a survey of Nigerian healthcare workers' opinion. *Annals of General Psychiatry*, 8(1), 1-8.
- Bakare, M. O., Ebigbo, P. O., Agomoh, A. O., Eaton, J., Onyeama, G. M., Okonkwo, K. O., ... & Aguocha, C. M. (2008). Knowledge about childhood autism and opinion among healthcare workers on availability of facilities and law caring for the needs and rights of children with childhood autism and other developmental disorders in Nigeria. *BMC pediatrics*, 9(1), 1-13.
- Bor, S. B. (2018). *İskenderun özel eğitim merkezlerindeki otizmlili bireylerin beslenme durumlarının değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Centelles, L., Assaiante, C., Etchegoyhen, K., Bouvard, M., & Schmitz, C. (2012). Understanding social interaction in children with autism spectrum disorders: does whole-body motion mean anything to them. *Encephale*, 38(3), 232-240.
- Centers for Disease Control & Prevention. (CDC). (2007). Prevalence of autism spectrum disorders- autism and developmental disabilities monitoring network, 14 sites, United States, 2002. *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*, 56, 12-28.
- Çolak, A. (2015). Otizm spektrum bozukluğunu anlamak. Atilla Cavkaytar (Ed.), *Otizm spektrum bozukluğu içinde* (ss. 21-52). Ankara: Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
- Demir, Ş. (2021). Otizm spektrum bozukluğu: Tarihçe, tanımlar ve sınıflandırma. B. Sucuoğlu, H. Bakkaloğlu ve M., Ç. Ökcün-Akçamuş (Ed.), *Tanıdan Müdahaleye Otizm Spektrum Bozukluğu El Kitabı* içinde (3-33). Ankara: Vize Akademik.

- Erden, G., Akçakın, M., Doğan, D.G., & Öztürk-Ertem İ. (2010). Çocuk hekimleri ve otizm: Tanıda zorluklar. *Türkiye Klinikleri J Pediatr*, 19(1), 9-15.
- Fenikilé, T. S., Ellerbeck, K., Filippi, M. K., & Daley, C. M. (2015). Barriers to autism screening in family medicine practice: a qualitative study. *Primary health care research & development*, 16(4), 356-366.
- Fernell, E., Wilson, P., Hadjikhani, N., Bourgeron, T., Neville, B., Taylor, D., ... & Gillberg, C. (2014). Screening, intervention and outcome in autism and other developmental disorders: the role of randomized controlled trials. *Journal of autism and developmental disorders*, 44(8), 2074-2076.
- Firat, M., Yurdakul, I. K., & Ersoy, A. (2014). Bir eğitim teknolojisi araştırmasına dayalı olarak karma yöntem araştırması deneyimi. *Eğitimde Nitel Araştırmalar Dergisi*, 2(1), 64-85.
- Fombonne, E. (2005). Epidemiology of autistic disorder and other pervasive developmental disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66(Suppl 10), 3-8.
- Fraenkel, J. R., Wallen, N. E., & Hyun, H. H. (2015). *How to design and evaluate research in education* (9. ed.). New York: Mc Graw Hill Education.
- Gardner, M.R., Suplee, P.D., & Jerome-D'Emilia, B. (2016). Survey of nursing faculty preparation for teaching about autism spectrum disorders. *Nurse educator*, 41(4), 212-216.
- Gölbaşı, H., Demirel, Y., Karaca, S. N., Çiçek, A. U., & Sarı, S. A. (2021). Sivas İl Merkezi'nde otizm spektrum bozukluğunun (OSB) yaygınlığı ve aile sağlığı merkezleri sağlık çalışanlarının OSB farkındalıkları. *Cukurova Medical Journal*, 46(3), 998-1008.
- Green, J. C., Krayder, H., & Mayer, E. (2005). Combining qualitative and quantitative methods in social inquiry. In B. Somekh and C. Lewin (Eds.), *Research methods in the social sciences* in (pp. 275-282). London: Sage.
- Güller, N., Değerli, S., Sarı, A., Altıntaş, M., & Adıgüzel, E. (2020). Otizm spektrum bozukluğunda bağırsak-beyin aksı ve diyet yaklaşımları. *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2) 69-82.
- Gürbüz-Özgür, B., Aksu, H., & Eser, E. (2019). Validity and reliability of the Turkish version of the knowledge about childhood autism among health workers questionnaire. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 29(4), 765-773. Doi: 10.1080/24750573.2019.1637326
- Hartley-McAndrew, M., Doody, K. R., & Mertz, J. (2014). Knowledge of autism spectrum disorders in potential first-contact professionals. *North American Journal of Medicine and Science*, 7, 97-102.
- Hidroğlu, S., Lülecı, N. M., Karavuş, M., Güzel, S., & Dönmez, M. C. (2020). İstanbul'da bir eğitim ve araştırma hastanesinin cerrahi, cerrahi dışı ve ilk-başvuru disiplinleri (aile hekimliği+ pediatri+ kulak burun boğaz) asistan hekimlerinin çocukluk çağı otizmi hakkında farkındalıklarının değerlendirilmesi. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, 83(2), 105-112.

- Imran, N., Chaudry, M. R., Azeem, M.W., Bhatti, M. R., Choudhary, Z. I., & Cheema, M. A. (2011). A survey of Autism knowledge and attitudes among the healthcare professionals in Lahore. Pakistan. *BMC Pediatr*, 11(107), 1-6.
- Jones, K.L., & Van de Water, J. (2019). Maternal autoantibody related autism: Mechanisms and pathways. *Molecular Psychiatry*, 24(2), 252-265. Doi:10.1038/s41380-018-0099-0
- Kaymak, A. (2016). Oizm spektrum bozukluğu (OSB): Tanım, sınıflama, yaygınlık ve nedenler. İ. H. Diken ve H. Bakkaloğlu (Ed.), *Zihinsel yetersizliği ve otizm spektrum bozukluğu içinde* (264-187). Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık.
- Kırcaali-İftar, G. (2019). Otizm spektrum bozukluğuna genel bakış. E. Tekin-İftar (Ed.), *Otizm spektrum bozukluğu olan çocuklar ve eğitimleri içinde* (1-22). Ankara: Vize Akademik.
- Maenner, M. J., Shaw, K. A., Baio, J., Washington, A., Patrick, M., DiRienzo, M., ... & Dietz, P. M. (2020). Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years—autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2016. *CDC MMWR Surveillance summaries*, 69(4), 1-14.
- Maenner, M. J., Shaw, K. A., Bakian, A. V., Bilder, D. A., Durkin, M. S., Esler, A., ... & Cogswell, M. E. (2021). Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 8 years—autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2018. *CDC MMWR Surveillance Summaries*, 70(11), 1-18.
- Mandell, D. S., Novak, M. M., & Zubritsky, C. D. (2005). Factors associated with age of diagnosis among children with autism spectrum disorders. *Pediatrics*, 116(6), 1480-1486.
- Masarit, A. M., Alhafithi, M., Alsanna, H., & Almaghaslah, S. (2022). Awareness and Knowledge about Childhood Autism among Family Medicine Residents in Al Madinah Region in Saudi Arabia, 2020. *Middle East Journal of Family Medicine*, 20(1), 15-22.
- Maxwell, J. A. (2016). Expanding the history and range of mixed methods research. *Journal of Mixed Methods Research*, 10(1) 12–27.
- Milli Eğitim Bakanlığı [MEB]. (2018). *Özel Eğitim Hizmetleri Yönetmeliği*. Ankara: MEB Yayınları.
- Mishaal, R. A., Ben-Itzhak, E., & Zachor, D. A. (2014). Age of autism spectrum disorder diagnosis is associated with child's variables and parental experience. *Research in autism spectrum disorders*, 8(7), 873-880.
- Omak, S., Alpdoğan, Y., & Sazak, E. (2022). *Sınıfında OSB'li öğrenci bulunan özel eğitim öğretmenlerinin özel alan yeterliklerine ilişkin görüşleri*. *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 8(1), 152-171.
- Rhoades, R. A., Scarpa, A., & Salley, B. (2007). The importance of physician knowledge of autism spectrum disorder: results of a parent survey. *BMC pediatrics*, 7(1), 1-10.

- Sabuncuoğlu, M., Cebeci, S., Rabbar, M. H., & Hessabi, M. (2015). Otizm spektrum bozukluğu ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu: Türkiye’de aile hekimliği asistanlarının bilgi ve tutumu. *Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care*, 9(2), 46-53.
- Sabuncuoğlu, D. M. (2016). Otizm bilgi düzeyi: okul öncesi eğitimcileri. *H.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 3(1), 28-52.
- T.C. Sağlık Bakanlığı [SB]. (2013). *Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği*. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=17051&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5> adresinden 12/09/2022 tarihinde erişilmiştir.
- Salama, H. M. (2017). Assessment of family physicians’ knowledge of childhood autism. *Family Medicine and Community Health*, 5(4), 266-274.
- Samms-Vaughan M. & Franklyn-Banton, L. (2008). The role of early childhood professionals in the early identification of autistic disorder. *International Journal of Early Years Education*, 16(1), 75-84.
- Shamsuddin, S. & Rahman, A. S. (2014, 9-10 June). *A preliminary study: awareness, knowledge and attitude of people towards children with autism*. Proceeding of the Social Sciences Research ICSSR (e-ISBN 978-967- 11768-7-0), Kota Kinabalu, Sabah, Malaysia.
- Sices, L., Feudtner, C., McLaughlin, J., Drotar, D., & Williams, M. (2003). How do primary care physicians identify young children with developmental delays? A national survey. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 24(6), 409-417.
- Sices, L., Feudtner, C., McLaughlin, J., Drotar, D., & Williams M. (2004). How do primary care physicians manage children with possible developmental delays? *A national survey with an experimental design*. *Pediatrics*, 113(2), 274-282.
- 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.
- Tamur, Y. & Celasin, N. Ş. (2022). Aile sağlığı merkezlerinde görev yapan sağlık profesyonellerinin otizm konusundaki bilgi ve erken tanıya yönelik görüşleri. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 16(3), 517-531.
- Töret, G., Özdemir, S., Gürel-Selimoğlu, Ö., & Özkubat, U. (2014). Otizmli çocuğa sahip olan ebeveynlerin çocuklarının günlük yaşam özellikleri, günlük oyun etkileşimleri, problem davranışlar ve iletişim stillerine ilişkin görüşleri. *Ege Eğitim Dergisi*, 15(1), 1-44.
- Verma, G. K. & Mallick, K. (2005). *Researching education: Perspectives and techniques*. London: Falmer Press.

- Will, D., Barnfather, J. & Lesley, M. (2013). Self-perceived autism competency of primary care nurse practitioners. *The Journal for Nurse Practitioners*, 9(6), 350-355.
- Yeşil, R. (2014). Nicel ve nitel araştırma yöntemleri. R. Y. Kıncal (Ed.), *Bilimsel Araştırma Yöntemleri* (51-78). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Zauderer, S. (2022, October 7). *Key autism statistics: Rates of autism in 2021 and 2022*. Retrieved from <https://www.crossrivertherapy.com/autism-statistics> in 28.10.2022.