



T.C.

İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU VE MENTAL  
RETARDASYON TANISI ALAN ÇOCUKLARDA UYKU  
SORUNLARI İLE DAVRANIŞSAL SORUNLAR ARASINDAKİ  
İLİŞKİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Büşra ARAS

145180142

Danışman: Doç. Dr. Muhammed AYAZ

İstanbul, 2018



T.C.

İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU VE MENTAL  
RETARDASYON TANISI ALAN ÇOCUKLARDA UYKU  
SORUNLARI İLE DAVRANIŞSAL SORUNLAR ARASINDAKİ  
İLİŞKİ**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan: **Büşra ARAS**

İstanbul, 2018

## YEMİN METNİ

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Otizm Spektrum Bozukluğu ve Mental Retardasyon Tanısı Alan Çocuklarda Uyku Sorunları ile Davranışsal Sorunlar Arasındaki İlişki“ başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmanın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım.



Büşra ARAS

## ONAY

Tezimin kâğıt ve elektronik kopyalarının İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım:

- Tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.
- Tezim sadece İstanbul Arel yerleşkelerinden erişime açılabilir.
- Tezimin.....yıl süreyle erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.

**Büşra ARAS**

## ÖZET

### OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU VE MENTAL RETARDASYON TANISI ALAN ÇOCUKLARDA UYKU SORUNLARI İLE DAVRANIŞSAL SORUNLAR ARASINDAKİ İLİŞKİ

**Büşra ARAS**

**Yüksek Lisans Tezi, Psikoloji Anabilim Dalı**

**Danışman: Doç. Dr. Muhammed AYAZ**

**May, 2018**

Bu çalışmanın amacı; 4-14 yaş grubu Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezlerine devam eden Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB) ve Mental Retardasyon (MR) olan çocukların uyku bozuklukları ve davranışsal sorunlarının incelenmesidir. Araştırma örneklemi, beş özel eğitim merkezinde eğitim gören toplam 59 kız 101 erkek olmak üzere 160 çocuk, ebeveynlerinden oluşmaktadır. Araştırmada üç tip ölçek kullanılmıştır. Çocuklarda var olan uyku sorunları için “Çocuklarda Uyku Ölçeği (ÇÜÖ)”, davranışsal sorunların tespitine yönelik olarak “4-18 Yaş Çocuk ve Ergenler için Davranış Değerlendirme Ölçeği (ÇEDDÖ / 4-18)” ve eğitimciler tarafından doldurulan “Eğitsel Değerlendirme Ölçeği” olarak belirlenmiştir.

OSB ve MR çocuklarında uyku sorunları ve davranışsal sorunlar arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığına yönelik yürütülen analizler sonucunda, davranış sorunları ile uyku sorunları arasında zayıf düzeyde bir ilişki olduğu görülmüştür. Cinsiyet değişkeni ve davranış bozukluğu arasındaki ilişki incelenmiş ve cinsiyet değişkeninin davranışsal sorunlar açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği sonucuna ulaşılmıştır. Davranışsal sorunların temel gruplar açısından farklılık gösterip göstermediğine yönelik yürütülen testler sonucunda davranışsal sorunların alt boyutları kapsamında anlamlı olarak farklılaşmadığı görülmektedir.

Çalışmamızın sonuçları, OSB ve MR olan çocuklarda uyku sorunları ve davranış sorunları arasında negatif bir ilişki olduğu, davranışsal sorunların demografik değişkenlere göre anlamlı farklılık göstermediği sonucu elde edilmiştir. Çalışmamızın sonuçları, OSB ve MR çocuklarında uyku ve davranışları üzerine yapılacak müdahalelere aile eğitimleri ve ailelerin bilgilendirilmesine dikkat çekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Otizm Spektrum Bozukluğu, Mental Retardasyon, Uyku Bozukluğu, Davranış Sorunları

## **ABSTRACT**

# **THE RELATION BETWEEN SLEEP PROBLEMS AND BEHAVIORAL PROBLEMS IN THE CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER AND MENTAL RETARDATION**

**Büşra ARAS**

**Master's Thesis, Psychology Department**

**Advisor: Doç. Dr. Muhammed AYAZ**

**May, 2018**

The purpose of this study is examine the sleep problems and behavioral problems of the Special Education and Rehabilitation Centers children aged 4-14 years with autism spectrum disorder (ASD) and mental retardation. The study sample consists of 160 children and their parents, 59 girl and 101 boys getting educated in five special education centers. Three types of scale were used in the study. For the sleep problems that existed in children Children's Sleep Habits scale (CSHQ), Behavioral Assessment Scale for Children and Adolescents aged 4-18 (CBCL / 4-18) and the "Educational Evaluation Scale" filled by trainers for the determination of behavioral problems.

As a result of the analysis for the relationship between sleep problems and behavioral problems with ASD and MR children it showed that there was a weak relationship between behavior problems and sleep problems. The relationship between gender variation and behavioral disorders was examined and it was concluded that the gender variable did not show a statistically significant difference in terms of behavioral problems.

As a result of the tests conducted on whether behavioral problems differ in terms of basic groups, it seems that behavioral problems do not differ significantly within the sub-dimensions. Also there was a negative relationship between sleep problems and behavior problems in children with ASD and MR and behavioral problems did not differ significantly from demographic variables. As a result of the study it attracts the attention that the intervention for the sleep and behaviour of children with ASD and MR is family's education and thier awarness.

**Key Words:** Autism Spectrum Disorder, Mental Retardation, Sleep Problems, Behavioral Problems.

:



## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitiminin her aşamasında gelişimime katkıda bulunan ve çalışmalarında desteğini, bilgisini, zamanını hiçbir zaman esirgemeyen danışman hocam Sayın Doç. Dr. Muhammed Ayaz'a katkıları ve sabrı için teşekkür ederim.

Çalışmaya gönüllü olarak katılan tüm anne-baba ve öğretmenlere katkılarından dolayı teşekkür ederim. Yoğunluklarına rağmen anket ve ölçekleri dağıtmama ve toplamama yardımcı olan arkadaşlarıma, her zaman yanımda olan ve desteğini hiç zaman esirgemeyen dostum Burcu Aydın'a ve aileme teşekkür ederim.

Büşra ARAS

## KISALTMALAR

<b>ASD</b>	: Autism Spectrum Disorders
<b>ÇEDDÖ/4-18</b>	: 4-18 Yaş Çocuk ve Ergenler için Davranış Değerlendirme Ölçeği
<b>ÇÜÖ</b>	: Çocuklarda Uyku Ölçeği
<b>DSM</b>	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
<b>EEG</b>	: Elektroensefalografi
<b>EMG</b>	: Elektromiyografi
<b>EOG</b>	: Elektrookülogram
<b>MR</b>	: Mental Retardasyon
<b>Non Rem</b>	: Non-Rapid Eye Movement
<b>OSB</b>	: Otizm Spektrum Bozuklukları
<b>REM</b>	: Rapid Eye Movement
<b>YB</b>	: Yeme Bozukluğu
<b>SPSS</b>	: Statistical Program for Social Sciences
<b>OKB</b>	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
<b>DEHB</b>	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
<b>CBCL/4-18</b>	: Child Behavior Checklist 4-18 Years
<b>Vb.</b>	: Ve Benzeri

## İÇİNDEKİLER

ÖZET .....	III
ABSTRACT .....	V
KISALTMALAR.....	VIII
İÇİNDEKİLER .....	IX
TABLolar LİSTESİ.....	XII
EKLER LİSTESİ.....	XIII
GİRİŞ.....	1
1.1.Problemin Tespiti.....	1
1.2.Çalışmanın Amacı .....	3
1.3. Araştırma Metodolojisi.....	3
1.4. Ünitelerin Planı.....	5
OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU .....	6
2.1. Otizm Spektrum Bozukluğu Kavramı ve Tarihçesi.....	6
2.1.2. Otizm Spektrum Bozukluğu Belirtileri ve Tanı Koyma.....	9
2.1.3. Otizmin Yaygınlığı ve Görülme Sıklığı .....	10
2.1.4. Etiyoloji .....	12
2.1.4.1. Psikojenik Teori.....	12
2.1.4.2. Organik Teori.....	13
2.1.4.3. Hamilelik ve Doğumla Gerçekleşen Güçlüklere Bağlı Faktörler.....	14
2.1.4.4. Otizme Neden Olabilecek Enfeksiyonlara Bağlı Faktörler.....	14
2.1.4.5. Otizmde Bilişsel Sorunlar.....	15
2.1.5. Sosyal Beceri .....	15
2.2. Otizm Spektrum Bozukluğunda Uyku Bozuklukları.....	17
2.3. Mental Retardasyon (MR).....	21

2.3.1. Mental Retardasyon Tanımı ve Tarihçesi.....	22
2.3.2. Epidemiyoloji .....	24
2.3.3. Etiyoloji .....	25
2.3.4. Zekâ Geriliği ve Derecelendirilmesi.....	26
2.3.5. Otizm Spektrum Bozukluğu ve Mental Retardasyon'a Sıklıkla Eşlik Eden Davranışsal ve Ruhsal Sorunlar .....	26
2.4. Uyku ve Uyku Bozuklukları.....	29
2.4.1. Uyku ve Uyku Bozukluğunun Tanımı ve Tarihçesi .....	29
2.4.2. Uykunun Evreleri.....	30
2.4.2.1. NonREM Uykusu (NREM) .....	31
2.4.2.2. Rem Uykusu (Paradoksal Uyku) .....	32
2.4.3. Epidemiyoloji .....	34
2.4.4. Uykunun Öğrenme ve Davranış Kontrolü Üzerindeki Etkileri	35
2.4.5. Uyku Problemlerinin Yaygınlığı ve Etkileyen Faktörler.....	35
YÖNTEM .....	38
3.1. Örneklem .....	38
3.2. Veri Toplama Araçları .....	38
3.2.1. Kişisel Bilgi Formu .....	38
3.2.2. Çocuklarda Uyku Ölçeği (ÇUÖ) .....	39
3.2.3. Eğitsel Değerlendirme Formu.....	39
3.2.4. 4-18 Yaş Çocuk ve Ergenler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği.....	40
3.3. Uygulama.....	40
3.4. İstatistiksel Değerlendirme .....	41
BULGULAR.....	43
4.1. Güvenilirlik Analizi .....	43

4.2. Demografik Bulgular .....	44
4.3. Demografik Değişkenler ile Davranış Bozukluğu Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular .....	49
4.4. Çocuklarda Uyku Ölçeği Kapsamındaki Bulgular .....	51
4.5. Eğitsel Form Analizine Yönelik Bulgular .....	55
4.6. Uyku Sorunları ve Davranışsal Sorunlar Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular .....	57
4.7. Davranışsal Sorunlar ve Tanı Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular .....	57
4.8. Uyku Sorunları ve Tanı Arasındaki İlişki.....	59
4.9. Davranışsal Sorunlar, Uyku Sorunları ve Eğitsel Beceriler Regresyon Analizi .....	59
TARTIŞMA VE SONUÇ .....	61
5.1. Araştırma Bulguları ve Literatür Karşılaştırması .....	61
5.2. Kısıtlılıklar .....	65
5.3. Sonuç ve Öneriler .....	66
KAYNAKÇA .....	68
EKLER .....	78
ÖZGEÇMİŞ .....	96

## TABLULAR LİSTESİ

<b><u>Tablo No</u></b>	<b>Sayfa</b>
Tablo 4.1. Ölçeklerin Cronbach's Alpha Katsayıları .....	43
Tablo 4.2. Katılımcılara İlişkin Demografik Verilerin Dağılımı I .....	44
Tablo 4.3. Katılımcılara İlişkin Demografik Verilerin Dağılımı II .....	45
Tablo 4.4. Katılımcılara İlişkin Demografik Verilerin Dağılımı III.....	47
Tablo 4.5. Katılımcılara İlişkin Demografik Verilerin Dağılımı IV .....	48
Tablo 4.6. Demografik Değişkenler – Davranış Bozukluğu İlişkisi .....	50
Tablo 4.7. Çocuklarda Uyku Ölçeğine Verilen Yanıtlar .....	52
Tablo 4.8. OSB ve MR Uyku Ölçek Alt Boyutları Karşılaştırması .....	55
Tablo 4.9. Eğitsel Form Alt Boyutları Arası İlişki .....	56
Tablo 4.10. Uyku Sorunları ve Davranışsal Sorunlar Arasındaki İlişki .....	57
Tablo 4.11. Davranışsal Sorunları OSB ve MR Arasındaki İlişki .....	58
Tablo 4.12. Davranışsal Sorunlar Ölçeği Alt Boyutları .....	58
Tablo 4.13. Uyku Sorunları OSB ve MR Arasındaki İlişki.....	59
Tablo 4.14. Regresyon Analizi .....	60

## EKLER LİSTESİ

<b>Ek-1:</b> Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu.....	78
<b>Ek-2:</b> Kişisel Bilgi Formu.....	80
<b>Ek-3:</b> Çocuklarda Uyku Formu.....	83
<b>Ek-4:</b> 4-18 Yaş Çocuk ve Ergenler için Davranış Değerlendirme Ölçeği .	88
<b>Ek 5:</b> Eğitsel Değerlendirme İsteği Formu (Ortaöğretim Okulları).....	90

# 1. BÖLÜM

## GİRİŞ

### 1.1.Problemin Tespiti

OSB genellikle ilk üç yaş içerisinde başlayan, iletişim, etkileşim gibi alanlarda belli bir gecikme ve sapmalara neden olan, kısıtlı sayıda ilgi alanı ve tekrar eden davranışları seyreden nöro-gelişimsel bir bozukluk olarak ifade edilmektedir (Wolkmar, Lord ve Bailey, 2004: 135-170). Mental Retardasyon ortalamasının altında kalan zekâ, günlük temel davranışların yerine getirilmesinde aksaklıklar ve bu özelliklerin 18 yaş öncesi saptanmış olması olarak belirtilmiştir. Bu hastalarda bilişsel, duyuşsal, konuşma ve motor becerileri, psiko-sosyal durumlar, günlük belirli yaşamsal faaliyetlerini yerine getirme gibi belirli yönlerde eksiklik ya da kısıtlılık söz konusudur (Helen ve ark, 2007).

OSB ve MR' nin ilişkin tarihsel süreci incelendiğinde OSB'li çocukların sayısının her geçen zaman diliminde arttığı ve OSB'nin yaygınlaştığı görülmektedir. OSB'li çocukların artmasına ilişkin nedenlere yönelik farklı yaklaşımlar olduğu bilinmektedir. Ancak literatürdeki genel kabul, OSB'nin yaygınlaştığı ve bu noktada erken tanı ve teşhisin önemli olduğu noktasıdır. Erken yaşta tanılanan OSB ve MR hastalıklarının diğer davranış bozukluklarının gelişmesini engelleyecek şekilde tedavi edilmesi mümkün olabilmektedir. Bu kapsamda, yürütülen araştırmada OSB ve MR tanısı olan çocuklarda var olan davranış sorunları saptanması amaçlanmıştır. Bu saptama ile birlikte OSB ve MR tanısı olan çocukların hangi davranış sorunları yaşadığına yönelik bir sonuç ortaya konulması ve bu çerçevede ilk tanılardan sonra OSB' li ve MR'li çocukların diğer davranış sorunları ile karşılaşmadan yönlendirilmesi sağlanabilecektir. Ayrıca, OSB ve MR tanısı olan hastalarda sıklıkla var olan uyku sorunlarının da tespit edilmesi araştırma kapsamındaki temel problemlerden bir tanesidir. Bu tespitlerin yapılması noktasında, OSB ve MR tanısı konulmuş çocuklarda var olan diğer davranış sorunlarının demografik özellikler ile olan ilişkisinin incelenmesi hedeflenmektedir. Bu tespitler vasıtası ile OSB ve MR tanılı çocukların diğer



davranış bozukluğu hastalıklarından hariç demografik faktörlerden etkilenip etkilenmediği tespit edilebilecek ve şayet demografik faktörlerin etkisi var ise bu faktörlere yönelik iyileştirme süreçleri (anne ve babanın eğitilmesi gibi) organize edilebilecektir.

Bu çerçeve kapsamında, araştırmanın problem cümlesi; “OSB ve MR tanısına sahip çocuklarda uyku ve davranış sorunları arasında fark var mı?” ve “Davranış sorunlarının cinsiyet ve demografik özellikler ile direkt olarak ilişkisi var mıdır?” şeklinde kurulmuştur. Bu problem cümlesinden yola çıkılarak yürütülen ve geliştirilen araştırma kapsamında, OSB ve MR tanılı çocukların daha iyi tanınması, yaşadıkları süreçlerin betimlenmesi ve tanı süreci sonrasında hangi adımların atılması gerektiğine ilişkin genel bir çerçeve ortaya konulabilecektir. Ayrıca, OSB ve MR tanılı çocukların ailelerinin ve bu çocukların bakımında ve tedavisinde görev alan tüm bireylerin OSB ve MR tanılı çocukların yaşadıkları diğer davranış bozukluklarına ve uyku sorunlarına yönelik farkındalık düzeyleri arttırılacaktır. Bu kapsamda, yürütülecek araştırma sonucunda elde edilecek bulguların, ileride gerçekleştirilecek diğer çalışmalara ışık tutması beklenmektedir.

OSB yapılan çeşitli çalışmalarda toplam uyku süresinde REM uyku evre süresinin, içe yönelim semptomları ve depresif semptomlarla korele olduğu belirlenmiştir (Limoges, 2005). Normal gelişime sahip olan çocuklarla yapılan çalışmalarda gündüz uykusundan yoksun bırakılan 30-36 ay çocukların, gösterilen video ve resimlere daha az olumlu duygusal tepkiler verdiği ve olumsuz duygusal tepkilerinin arttığı gözlenmiştir (Berger, 2012). Başka bir çalışmada bozulmuş uykunun, duygusal dürtülerin düzenlenmesinde sorunlara yol açması açısından sinirlilik ve şiddete eğilimli olmaya yol açtığı belirtilmiştir (Kamphuis, 2012).

Genel olarak değerlendirecek olursak, uyku problemleri, otizmin semptom sayısını ve semptomların şiddetini, davranım bozukluklarını (Mayesve Calhoun, 2009; Goldman, 2011), sosyal beceri problemlerini, stereotipik davranışları (Schreck, 2004) arttırabilir. Dolayısıyla da uyku problemlerinin tedavi edilmesi

otistik belirtileri, öğrenmeyi ve davranım bozukluklarını azalttığı saptanmıştır (Malow, 2006).

## **1.2.Çalışmanın Amacı**

Bu çalışmanın amacı özel eğitim kurumlarına devam eden 4-14 yaş grubundaki çocuk ve ergenlerde;

- Uyku sorunları ile davranış sorunları arasındaki ilişkinin incelenmesi,
- Otizm Spektrum Bozukluğu ve Mental Retardasyon tanısı alan çocukların uyku sorunları ve davranış sorunları açısından karşılaştırılması,
- Çocukların eğitimsel becerileri ile uyku ve davranışlar arasındaki ilişkinin incelenmesi,
- Sosyodemografik değişkenlerin uyku ve davranış sorunları üzerine etkisinin değerlendirilmesidir.

## **1.3. Araştırma Metodolojisi**

Yürütülen araştırmanın yöntemi nicel araştırma yöntemi olarak belirlenmiştir. Nicel araştırma yöntemleri, bireyler tarafından sergilenen davranışların gözlem, deney ve testler vasıtası ile nesnel bir şekilde ölçülmesi ve bu ölçümler sonucunda elde edilen sayısal veriler ile davranışların açıklanmasını hedefleyen araştırma yöntemleridir. Nicel araştırma yöntemleri, geniş kitlelere uygulanabilen araştırma yöntemleridir. Nicel araştırma yöntemleri vasıtası ile toplanan veriler, istatistik analizlerine son derece uyumludur ve bu analizler kapsamında elde edilen bulgular vasıtası ile araştırma sonuçları ışığında genelleme yapmak mümkün olmaktadır.

Yöntemi nicel araştırma yöntemi olarak belirlenen araştırmalarda kullanılan iki temel desen olduğu bilinmektedir. Bu iki temel desen; tarama

modelleri ve deneme modelleri olarak adlandırılmaktadır. Tarama modelleri, var olan bir durumu, var olduğu şekil ile betimleme amacı taşıyan modellerdir ve bu modeller var olan duruma ilişkin olayları, kişileri ya da grupları olan koşulları kapsamında tanımlamaktadır. Deneme modelleri ise, araştırma kapsamındaki olaya ilişkin neden ve sonuç ilişkisi belirleme amacı taşıyan modellerdir ve bu modeller, araştırmanın uygulayıcılarının hipotezler geliştirerek, gözlemlenmek istenen olayları üretebilmektedir.

Nicel araştırma yöntemleri kapsamında yürütülen bu araştırmanın modeli deneme modeli olarak tasarlanmış ve araştırma değişkenleri arasındaki ilişkiler hipotezler vasıtası ile kurulmuştur. Araştırma sonucuna varmak amacı ile geliştirilen araştırma hipotezleri aşağıdaki gibidir;

- H<sub>1</sub> : OSB ve Mental Retardasyon açısından uyku sorunları açısından istatistiksel olarak farklılık göstermektedir.
- H<sub>2</sub> : Uyku sorunları ve davranışsal sorunlar arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- H<sub>3</sub> : Davranışsal sorunlar temel gruplar açısından anlamlı farklılık göstermektedir.
- H<sub>4</sub> : Davranışsal sorunlar ile yaş değişkeni arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- H<sub>5</sub> : Davranışsal sorunlar ile cinsiyet değişkeni arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- H<sub>6</sub> : Davranışsal sorunlar ile anne eğitim durumu arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- H<sub>7</sub> : Davranışsal sorunlar ile baba eğitim durumu arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- H<sub>8</sub> : Davranışsal sorunlar ile ebeveynlerin akrabalık durumu arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- H<sub>9</sub> : Uyku sorunları ile mental retardasyon ve otizm arasında anlamlı bir ilişki vardır.

#### 1.4. Ünitelerin Planı

Yürütülen araştırma dört temel bölümden oluşmaktadır. Araştırmanın birinci bölümü olan giriş bölümünde yürütülen araştırmaya ilişkin problemin tespitine, amacına, metodolojisine ve araştırma kapsamında ele alınan konulara ilişkin genel çerçeve verilmiştir.

Çalışmanın literatür bölümünü oluşturan ikinci bölümde otizm spektrum bozukluğu, mental retardasyon, uyku ve uyku bozuklukları konuları ele alınmıştır. Bu çerçevede öncelikle, otizm spektrum bozukluğu kavramı açıklanmış ve tarihçesi çerçevesinde tanımlanmıştır. Otizm spektrum bozukluğunun belirtileri ve tanı koyma süreci, otizmin yaygınlığı ve görülme sıklığı ile etiyolojisi incelendikten sonra, mental retardasyon kavramı tanımı, tarihçesi, epidemiyoloji ve etiyolojisi kapsamında detaylandırılmıştır. Mental retardasyon başlığı altında zekâ geriliği ve derecelendirmesi konuları ile otizm spektrum bozukluğu ve mental retardasyon kavramlarına sıklıkla eşlik eden sorunlar davranışsal ve ruhsal boyutlar kapsamında ele alınmıştır. Literatür bölümünün son başlığı olan uyku ve uyku bozuklukları kapsamında kavramlara ilişkin tanım, tarihçe açıklanmış ve sonrasında uyku evreleri, uykuya ilişkin epidemiyoloji, uykunun öğrenme ve davranış kontrolü üzerindeki etkileri ile uyku problemlerinin yaygınlığı üzerinde etki sahibi olan faktörler incelenmiştir.

Çalışmanın üçüncü bölümü yürütülen uygulamanın yönteminin açıklandığı bölümdür. Bu çerçevede araştırmanın örnekleme ve veri toplama araçları (ölçekler) detaylı bir şekilde açıklanmış ve elde edilen verilerin değerlendirilmesine yönelik hangi istatistik hesaplamalarının kullanılacağı belirtilmiştir.

Çalışmanın dördüncü bölümü araştırma kapsamında elde edilen verilere yönelik yürütülen istatistik analizleri kapsamındaki bulgulardan ve bu bulguların yorumlanmasından oluşmaktadır.

## 2. BÖLÜM

### OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU

#### 2.1. Otizm Spektrum Bozukluğu Kavramı ve Tarihçesi

Otizm kavramı günümüzde oldukça bilinen bir kavramdır. Otizm hastalığına yönelik bilimsel dayanakları olan tanımlama, çağdaş tıbbın gelişmesi ile birlikte yapılmıştır ancak, otizm hastalığının tarihsel köklerinin oldukça eskilere dayandığı bilinmektedir. Tarih öncesi dönemlerde efsanelerde, destanlarda ya da masallarda bahsi geçen ve bireylerin arasına karışmayan, yabani hisler besleyen ve tek başına yaşamayı tercih eden kişilerin aslında otizimli olduğu düşünülmektedir (Broxmeyer, 2012: 14).

Otizm kavramının 20. yüzyılın ortalarına kadar tam anlamı ile adlandırılmadığını söylemek mümkündür. Otizm *autism*, Yunan dilinde yer alan *autos* (kendi) kelimesi ile Latin dilinde yer alan *ismus* (bir sürecin, görüşün geneline işaret eden ek) kelimelerinin birleşmesi ile oluşan bir kelimedir. 1943 yılında Doktor Leo Kanner, 11 tane çocuk üzerinde yürüttüğü bilimsel çalışma kapsamında, çocukların sosyal ilişki kuramadığını, iletişim becerilerinin gelişmediğini ve çocuklar tarafından yineleyici davranışlar sergilendiğini tespit etmiştir. Bunun yanı sıra çocukların değişikliklere uyum sağlama becerisine de sahip olmadıkları görülmüştür. Bu bulgular çerçevesinde Kanner, *erken çocukluk otizmi* terimini literatüre kazandırmıştır. 1944 yılında ise Hans Asperger, Kanner tarafından tespit edilen bozukluğun daha hafif bir derecesini tespit etmiş ve bu vesile ile Asperger sendromunu tanımlamıştır ve *otizm* kavramı literatür kapsamında kabul gören bir kavram halini almıştır.

Kanner tarafından yürütülen bilimsel araştırma sonucunda elde edilen bulgular, uzun bir dönem otizm teşhisinde kullanılan kriterler olarak kabul edilmiştir. Günümüzde halen Kanner tarafından belirlenen kriterlerin bazıları otizm tespitinde kullanılan kriterler olmakla birlikte bazı kriterlerin geçerliliğini

yitirdiği görülmektedir. DSM III' e kadar otizm, çocukluk dönemi psikozları içerisinde değerlendirilmiştir. Ancak, yapılan araştırmalar ve yürütölen çalışmalar sonucunda otizm ile çocukluk şizofrenisinin farklı bozukluklar olduğu konusunda genel bir kabul oluşmuştur. Bu sayede, otizm DSM III içerisinde resmi bir sınıflama kavramı olarak yer almıştır.

Otizm ile ilgili bilimsel kaynakların 1960' lı yıllarda yaygınlaştığı görölmektedir. 1990'lı yıllarda ise, otizm ile ilgili önemli bir bilimsel altyapının oluştuğu, otizm tanı ve sınıflandırma kriterlerinin netleştirilmesine yönelik çalışmaların sonuçlarını verdiği görölmektedir. Özellikle 1994 yılında, DSM IV' de otizm ile ilgili olan kriterlerin netleştiği ve YGB başlığı altında yerini aldığı görölmektedir. Kavram ile ilgili bilimsel araştırmalar arttıka ve otizme yönelik vaka incelemeleri çoğaldıkça, otizmin mevcut sınıflandırmadaki yerini *otizm spektrum bozukluğu* kavramına bıraktığı ve DSM V' de nöro-gelişimsel bozukluklar başlığı altında yer aldığı görölmektedir (Ozonoff ve Rogers, 2003: 3). DSM V' de, yaygın gelişimsel bozukluklar çatısı altında yer alan otistik bozukluk, Asperger Sendromu, başka türlü adlandırılmayan yaygın gelişimsel bozukluk ve çocukluğun dezintegratif bozukluğu tanı kategorileri yerine birleştirilmiş tek bir otizm spektrum bozukluğu tanısı kullanılmıştır (DSM V).

Otistik bozukluk, genellikle ilk üç yaş içerisinde başlayan, iletişim, etkileşim gibi alanlarda belli bir gecikme ve sapmalara neden olan, kısıtlı sayıda ilgi alanı ve tekrar eden davranışları seyreden nöro-gelişimsel bir bozukluk olarak ifade edilmektedir (Wolkmar, Lord ve Bailey, 2004: 135-170).

Otizm Spektrum tanılı bireylerin yaklaşık %10-15'i normal ve normalüstü zekâ düzeyinde; %25-35'i sınır zekâ ve hafif mental retardasyon grubundadır ve geriye kalanların zekâları ise orta ve ağır derecededir (Shopler ve Mesibov, 1995).

Literatürde "psikojenik kuram" olarak geçen kurama göre; otistik çocukların içe kapanma ve sosyal olmayan davranışlarda bulunmalarının temel nedeni duygusal etkenler ve ebeveynin çocuğu yetiştirme biçimidir. Bu kurama

göre otizm; özellikle anne-çocuk ilişkisinde, çocuğun soğuk reddedici olarak algılanan davranışlarla karşılaşması sonucunda ortaya çıkan, psikolojik bir geri çekilme davranıştır. Ancak konuyla ilgili bu gözlemlerin çoğu derinlemesine yapılan çalışma ve araştırmalara dayandırılmamıştır. Otistik çocukların ebeveynleri ile normal çocukların ebeveynleri arasında, ailelerden kaynaklanan ilgisiz, soğuk tavır ve yetiştirilme biçimi gibi nedenlerden dolayı zarar görmüş olmaları ön konusunda yapılan karşılaştırmalı çalışmalarda, normal çocuklardan belirgin bir farklarının olmadığı görüşü ileri sürülmektedir (Darıca ve ark, 1992).

Aydın (2008)' a göre bebeklikten başlayarak karşısında bulunan kişinin gözlerine bakmaktan çekinme, dikkat etmesi ve bir noktayı işaret edebilmesi için gerekli olan davranışlarında yetersizlik ve isteksizlik davranarak kendini ortaya çıkarmaktadır. Daha sonraki dönemlerde diğer insanlarla ilişki kuramama gibi güçlük yaşarlar ve rutin davranışlarından vazgeçememe isteği sergilemekte, sürekli tekrarlayan davranışlarla tekrarlayıcı konuşmalar görülmektedir. Sembolik bir oyun oynama davranışında ciddi yetersizlik tespit edilmektedir.

Eric Schopler (1971) otizmin nörogelişimsel bir bozukluk olduğunu ve aynı zamanda kültür gibi işlev gördüğünü de belirtmiştir. Otizm kavramı ile kültür arasında ilişki kurulmasının nedeni, kültür kavramının bireylerin tutum, davranış, gelenek, görenek, algı, boş vakitlerini değerlendirme, iletişim süreçlerindeki davranışlar gibi birçok eyleminde etki sahibidir. Bu etki, farklı toplumlarda farklı şekillerde ortaya çıkmaktadır ve bu nedenle de farklı toplumlara / topluluklara dâhil olan bireyler arasında kültür farklılık göstermektedir. Bu farklılık nedeni ile de farklı kültürlerle ait bireyler birbirlerini anlamakta zorlanmaktadır. Bu noktada otizm ve kültür arasında bir benzerlik bulunmaktadır.

Otizm kavramına ilişkin Schopler (1995) tarafından yapılan tanımlama ile birlikte, kavrama yönelik psikolojik ve biyolojik araştırmaların arttığı görülmektedir. Biyolojik olarak yürütülen araştırmalar, otizmin nedenleri arasında genetik etkenlerin var olup olmadığını ve otizmlili bireylerin anormal beyin

yapısına sahip olup olmadıklarını araştırmaktadır. Psikolojik araştırmalar ise, otizme yönelik hangi bilişsel süreçlerde sapma görüldüğü veya bu süreçlerden hangisinin otizme yönelik olduğunu ve bu bozukluğun sosyal yetenek eksikliğine neden olup olmadığını araştırmaktadır (Atasoy, 2008).

Günümüzde otizm ile ilgili bilimsel çalışmalar ve araştırmalar yoğun bir şekilde devam etmektedir. Bu araştırmaların en temel hedefinin otizme ilişkin erken tanının koyulmasına yönelik hastalık belirtilerinin teşhisi ve tedavi sürecinin iyileştirilmesi ile ilgilidir.

### **2.1.2. Otizm Spektrum Bozukluğu Belirtileri ve Tanı Koyma**

Otizm hastalığına ilişkin tanı konulması hastalığın ilk yıllarında oldukça zor olmaktadır. Otizm hastalığına sahip çocuklara yönelik erken tanı konulması özellikle hastalığa ilişkin tedavi sürecinin erken başlaması için oldukça önemlidir. Otizimli ocuklarda hastalığa ilişkin ilk belirtilen doğumdan sonraki 24. aydan itibaren ortaya çıktığı bilinmektedir. Bilimsel anlamda gelişmiş ülkelerde otizm hastalığının teşhisinin 15 aylık çocuklara kadar indiği bilinmektedir. Türkiye’de ise özellikle ailelerin bilinçsiz olması ve hastalığa ilişkin yeterli bilgilendirme olmaması nedeni ile teşhis süresi oldukça geçtir.

Otizm hastalığına sahip çocuklarda, hastalığa ilişkin belirtiler özellikle 12 ila 18 aylık olduklarında gözle grlmektedir. Bu noktada erken teşhis edilebilmesi için en önemi adım aileler tarafından atılmalıdır. Erken teşhisin en önemli faktörü, ailenin çocuğunu iyi tanması ve motor özellikler ve tutum ile davranışlar kapsamında yaşıtları ile doğru bir şekilde karşılaştırabilmesidir. Doğru şekilde yapılan bir karşılaştırma ile otizimli çocuklarda var olan farklılıklar kolaylıkla teşhis edilebilmektedir. Bu karşılaştırmanın vaktinde yapılmaması ve otizmin geç teşhis edilmesindeki en temel sorun, tedavinin gecikmesidir. Ancak bazı durumlarda, yaşıtları ile karşılaştırma yapıldığında bile otizme ilişkin belirtileri tespit etmek zor olmaktadır. Özellikle fiziksel anlamda herhangi bir



eksiklik vasıtası ile teşhis edilememesinden dolayı otizm tanısının zor konulduğu bilinmektedir. Ve ayrıca, gelişiminde gerilik olan her çocuğun da otizm hastalığına sahip olmaması nedeni ile hastalığa ilişkin doğru tanının konulması bazı durumlarda oldukça zorlaşmaktadır. Tanı konulma noktasında hastalık ile ilgili en belirgin özellikler, çocuğun iletişim kurmaktan kaçınması, dış faktörlere ve ismine tepki vermemesi ve çevreye ilgi göstermemesidir.

Otizm tanısının konulması noktasında en önemli faktörlerden bir tanesi, kavrama benzer diğer hastalıkların da tam anlamı ile bilinmesi ve diğer hastalıklar ile karıştırılmadan otizm teşhisinin konulmasıdır. Bu noktada; (i) otistik bozukluk, (ii) mental retardasyon, (iii) başka şekilde adlandırılmayan yaygın gelişimsel bozukluk ve (iv) Rett Sendromu kavramlarını açıklamak faydalı olacaktır.

- Otistik Bozukluk: Otistik bozukluğa sahip olan çocuklar sosyal ilişki kurmakta, iletişim süreçlerinde ve oyun kurmada zorluklar yaşarlar ve eş zamanlı olarak basmakalıp davranışlar sergilemektedirler.
- Mental Retardasyon: Mental retardasyon en temel anlamda, ortalama zekânın altında kalan bir zekâ'ya sahip olmak ve temel davranışların yerine getirilmesinde aksaklıklar yaşanması anlamına gelmektedir.
- Başka Şekilde Adlandırılmayan Yaygın Gelişimsel Bozukluk: Bu tanı çocuk belli bir teşhis alamadığı, fakat pek çok alanda gelişim bozukluğu gösterdiği zaman söz konusudur.
- Rett Sendromu: İlerleyen bir bozukluktur. Çocuk ilk yıllarda normal bir gelişim gösterir. 1-4 yaşlarından itibaren kazandığı pek çok beceri geriler, ellerinin amacına uygun kullanımı giderek yerini tekrarlayan el hareketlerine bırakır. Bugüne kadar yalnızca kız çocuklarda görülmüştür.

### **2.1.3. Otizmin Yaygınlığı ve Görülme Sıklığı**

OSB; kültür, etnik köken ve sosyo-ekonomik düzey gibi bireyler ve toplumlar arası farklılaşan faktörlerden bağımsız olarak her düzeydeki çocukta

görülebilen bir hastalıktır. OSB göz ardı edilemeyecek düzeyde yaygın bir hastalıktır. Özellikle teşhis ve tanıya ilişkin süreçlerin gelişmesi ile paralel olarak OSB sahibi çocuk sayısı ve OSB'nin görülme sıklığı artmaktadır. Teşhis ve tanı yöntemlerinin daha az geliştiği dönemlerde, 2.500 çocuktan 1 tanesinde tespit edilen otizm, günümüzde 1.000 çocuktan 1 tanesinde görülmektedir. Araştırmalara göre OSB'nin görülme sıklığı son yıllarda hızla artmaktadır. Gelecek dönemlerde bu oranın 88 çocuktan 1 tanesinde olacağı öngörülmektedir (Aydın, 2003; Ünal, 2006).

OSB ile ilgili bir diğer önemli istatistik, cinsiyet ile ilgilidir. Otizm ile ilgili yürütülen araştırmalar ve var olan istatistiki bilgiler kapsamında, otizmin erkek çocuklarında daha yaygın bir hastalık olduğu bilinmektedir. Erkek çocuklarda teşhis edilen otizm vakası kız çocuklarındaki otizm vakasından yaklaşık dört kat daha fazladır ve araştırmalara göre her 54 erkek çocuktan bir tanesi OSB riski taşımaktadır (Odfed, b.t.).

Otizmin yaygınlaşması ve her geçen gün daha fazla çocuğun otizm riski ile karşı karşıya kalma oranının artmasına yönelik nedenlere ilişkin literatürde farklı görüşler bulunmaktadır. Bir kısım araştırmacı, otizmin artmasının, çevre kirliliği, radyasyon, beslenme alışkanlıklarının değişime bağlı olduğunu savunmaktadır. Otizmin artmasına yönelik bir diğer görüş ise, hastalık teşhisinin kolaylaşması ve eş zamanlı olarak hastalığın hafif formlarının da istatistiklere eklenmesinin sayıyı arttırdığıdır. Hastalık ile ilgili yaygınlaşmayı genetik bilimi bakış açısı ile ele alan araştırmacılar hastalığın yaygınlaşmasını genetik kodlamaya bağlamaktadır. Bu bakış açısı ile eğer bir ailede otizimli biri var ise bu ailede bir başka otizimli çocuğa sahip olma riskinin %5 ila %8 arasında olduğu şeklindedir.

OSB'nin sıklığının ve yaygınlaşmasının artması ile birlikte Otizm Mücadele Hareketi (Pl 109-416) 2006 yılında ortaya çıkmıştır. Bu hareket, otizmin tanılama, tedavi ve eğitim araştırmaları için 5 yıl içerisinde 945 milyon dolarlık bir bütçe toplanmıştır ve otizm üzerine yapılan harcamalar özellikle biyomedikal araştırmalara yönelik olarak kullanılmaktadır. Ancak, tüm harcamalara ve

yürütülen bilimsel araştırmalara rağmen, otizme neden olan faktörler tam anlamı ile belirlenememektedir (Akçamete, 2011).

Otizm Spektrum Bozukluğu en sık rastlanan gelişimsel bozukluklar arasındadır (Kılıç Ekici, 2011). Eric Fombonne, 1966-2004 yılları arasında yapılan araştırmalara bakarak, otizm epidemiyolojisiyle yaptığı çalışmalarında otizm spektrum bozukluğunun 13/10000 olarak bildirmiştir (Fombonne, 2003). Otizme yönelik artışa bağlı tanı değişikliklerinin etkisiyle yapılan bir araştırmada 1992-2005 yılları arasında Kaliforniya’da ki bulgulardaki dörtte birlik artışın, tanı kriterleri ile ilgili olduğu belirtilmiştir (King ve Bearman, 2009). Otizmin daha erken yaşta fark edilmesi toplum ve sağlık alanında çalışanlar tarafından tanınmasıyla sağlanmıştır. Otizmi daha çabuk tanılamak için davranışsal ve biyolojik özelliklerle ilgili daha sağlam yaklaşımlar geliştirilmeye çalışılmıştır (Volkmar, Wiesner, Westphal, 2006). Erken tanı önemlidir fakat çocuk doktorlarının düzenli izlenim yapmalarına rağmen otistik belirtileri fark etmede ve aileyi bilgi, beceri ve davranış konusunda yönlendirmede eksikler olduğu belirtilmektedir (Erden, Akçakın, Gümüş Doğan, Öztürk Ertem 2010).

#### **2.1.4. Etiyoloji**

OSB etiyolojisi kapsamında psikojenik teori, organik teori, hamilelik ve doğumla gerçekteşen güçlüklere bağlı faktörler, otizme neden olabilecek enfeksiyonlara bağlı faktörler ve otizm ile ilgili bilişsel sorunlar ele alınmıştır.

##### **2.1.4.1. Psikojenik Teori**

Psikojenik kurama göre, otizm tanısı koyulan çocuklar, normal olarak doğmaktadırlar ve fakat içerisinde buldukları çevrede var olan faktörler nedeni ile doğum sonrası otistik anomaliler sergilemektedirler.

Psikojenik teori, 1950 ve 1960 yılları arasında geçerliliğini korumuş olan bir görüştür. Psikojenik kuram, ebeveynlerin çocuklarını yetiştirme şekillerinin ve çevresel etkilerin, otizmin nedeni olarak kabul etmektedir. Bu nedenler, çocukların sosyal olmayan davranışlar sergilemesi ve içlerine kapanmaları noktasında temel nedenler olarak belirlenmiştir. Özellikle anne ile çocuk arasındaki ilişkide, çocuğun soğuk ve ilgisiz davranışlarla karşılaşması ve çocukta bir geri çekilmeye neden olması OSB'nin belirtilerinin nedeni olarak görülmüştür. Ancak otizmliler çocukların ebeveynleri ile normal çocukların ebeveynleri arasında, ailelerden kaynaklanan ilgisiz yetiştirilme biçimi gibi nedenler ile zarar görmüş olmaları konusunda karşılaştırmalı çalışmalar yapılmış ve otizmliler çocukların, normal çocuklardan belirgin bir farkın olmaması bu kuramın geçerliliğinin sorgulanmasına neden olmuştur. (Darıca, Gümüşçü ve Pişkin, 1992).

#### **2.1.4.2. Organik Teori**

Günümüzde yürütülen araştırmalar kapsamında, otizmin biyolojik bir kaynağı olduğu neredeyse kesinlik kazanmış bir bilgi olarak kabul edilmektedir. Beyindeki bazı yapısal anormallerin otizme neden olduğu kabul edilmektedir. Bu konuda yapılan son araştırmalar, cerebellumun (beyincik) gelişmesi ile ilgili bir bozukluk olduğu üzerinde durmakta ve teknolojinin gelişmesine bağlı olarak ileride beyin yapısının daha ayrıntılı inceleneceği düşünülmektedir. Otizmin, organik bir nedene bağlı olarak beynin bazı fonksiyonlarını yerine getirmemesi sonucu ortaya çıktığını öne süren bu teori günümüzde oldukça benimsenmektedir. Bu görüş aynı zamanda, otistik çocuklardaki belirli fiziksel ve biyokimyasal farklılığı vurgulayan verilerle de doğrulanmaktadır. Otizmin ortaya çıkma riskini arttırmada, doğum öncesi ve sonrası oluşan biyolojik yönden yeterince gelişememe ve özellikle hamileliğin ilk üç ayında, etkileri olan bazı durumlar da etken olabilir. Bunun yanı sıra genetik yönden yapılan incelemelerde; otistik çocuklar ve ailelerinin kanında normalden farklı bulgulara rastlanmaktadır. Genetik çalışma sonuçları otizmin çift yumurta ikizlerinden çok tek yumurta ikizlerinde belirgin olarak ortaya çıktığını göstermektedir. Yapılan araştırmalarda

otizmin ikizlerde görülme oranının %50 daha fazla olduğu belirtilmektedir (Bardakçı, 2015).

#### **2.1.4.3. Hamilelik ve Doğumla Gerçekleşen Güçlüklere Bağlı Faktörler**

Hamilelik ve doğum sürecinde karşılaşılan bazı sorunların otizm ile ilişkilendirilebileceği kabul edilmektedir. Özellikle, hamilelik sürecinde anne yaşının ileri olması, gebelik sürecinde kanama geçirilmesi, valproat ya da talidomid etken maddeli ilaçların kullanılması ve gebelik sürecinde yaşanan enfeksiyonlar, bebeklerin prematüre doğması; apne, hiperbilirubinemi, solunumsal distress sendromu, düşük Apgar skoru gibi doğuma ait durumların yaşanmasının otizm sahibi çocukların geçmiş tanılarında var olduğu bilinmektedir. Ancak günümüzde bu durumların hiçbirisinin otizme özgün olmadığı ve belirleyici olarak kullanılamayacağı kabul edilmektedir (Minshew, Sweeney ve Bauman, 2005: 95-101).

Asperger, 1944 yılında otizmi, doğum ya da doğumdan sonraki ilk 30 ayda görülen, davranış ile ilgili bir bozukluk olarak adlandırmıştır (Darıca ve ark, 2011). Otizm ve metabolik hastalık ilişkisi, gerek vaka bildirimleri gerekse de vaka serileriyle yıllardır irdelenen ve iyi bilinen bir durumdur. Çeşitli çalışmalarda OSB hastalarında DMH sıklığı %2 ile %5 arasında saptanmıştır. Özellikle Fenilketonüri, Homosistinüri, Sanflippo hastalığı gibi metabolik hastalık düşündürecek fizik muayene bulgusu olmayan hastalıklar nedeniyle OSB hastalarında DMH araştırmasının önemi vurgulanmıştır (Schiff, Benosist ve Aissaoui, 2011: 1371).

#### **2.1.4.4. Otizme Neden Olabilecek Enfeksiyonlara Bağlı Faktörler**

Genetik faktörler ve hamilelik ile beraberinde gelen doğum ile ilgili faktörlerin otizmle ilişkisi olduğu gibi çocukluk döneminde beyinde hasar oluşturan enfeksiyonlarında otizmle ilişkili bulunmuştur. Bu ve diğer durumların hala neden ve sonuçları ile ilgili netlik yoktur (Akt. Atasoy, 2008).

#### **2.1.4.5. Otizmde Bilişsel Sorunlar**

1943 yılında Leo Kanner tarafından ‘Erken Çocukluk Otizmi’ olarak adlandırılan otizm kavramı; Kanner bildirdiği 11 olguda, insanlarla ilişki kurmakta güçlük, ekolali, zamirleri tersten söyleme, tekrarlayıcı ve amaçsız davranışlar ve değişime direnç gibi özellikleri tanımlamıştır. Kanner’den bağımsız olarak Asperger 1944’te otizmi, yaklaşık 10000 çocuktan dördünde doğumda ya da doğumdan sonraki 30 ay içinde görülen, davranış bozukluğu ile ilgili bir hastalık tablosu olarak tanımlamıştır. 1961 yılında Mildred Creak otistik çocuğun, kendi bilişsel kimliğinin farkında olmaması, belli nesnelere bağımlılık geliştirmesi, nesnelere amacına yönelik kullanamaması, içinde bulunduğu ortamdaki değişikliklere karşı tepki göstermesi, mevcut normal ya da özel zihinsel yeteneklere sahip olmanın yanında gözlenen genel bir gerilik olması gibi özelliklere bağlı olarak tanımlamıştır (Gillberg ve Coleman, 2000).

#### **2.1.5. Sosyal Beceri**

Otizm spektrumu bozuklukları (OSB) tipik olarak üç yaşından önce başlayan sosyal, iletişimsel ve bilişsel gelişimde gecikme, duraklama ve sapmanın görüldüğü nörogelişimsel bozukluklar grubunu kapsar. Temel özellikleri sosyal ilişkide sorunlar, sözlü ve sözsüz iletişim bozuklukları, yineleyen davranış kalıpları ve kısıtlı ilgi alanıdır (Volkmar, Lord ve Bailey, 2004: 135-170).

İnsanoğlu etrafındaki bir başka insana olumlu tepki vermesine neden olabilecek ve olumsuz tepki vermesini önleyebilecek yeteneklere sahip olması büyük önem taşımaktadır. Her insan toplum içerisinde kabul gören davranışlara ve karşılıklı etkileşimi mümkün kılacak davranışlara sahip olmayı amaçlar. Bunlar ise toplumda sosyal beceri olarak tanımlanmaktadır. Bu sosyal becerileri tek bir çatı altında birleştiren bir anlayış bulunmamaktadır (Yüksel, 2004).

Toplum içerisinde sosyal beceri tanımı ile ilgili senelerdir çok tanım yapılmış ve bu konu hakkında çok şeyler söylenmiştir. Hala sosyal beceri tanımı her insanda farklı tanımlar çağrıştırmaktadır. Bu anlam ile ilgili söylemlerin her biri mutlaka bir gerçeklik oluşturmaktadır. Fakat herhangi biri için sosyal beceri kavramını tek başına kapsayacak genişlikte ve yeterlilikte olduğunu söylemek olası değildir (Yüksel, 2004).

Margalit(1993)'a göre, sosyal beceri önceden belirlenmiş belli bir hedefe yönelik kuralları olan, herhangi bir duruma göre değişim gösteren, ortamlar arası farklılık gösteren, pozitif ya da nötr geribildirimlerin meydana gelmesine yardımcı olan ve gelebilecek negatif tepkilere karşı önlem almayı sağlayan öğrenilmiş tüm davranışlardır (Çakır, 2006). Erwin (2000) ise, sosyal etkileşimi sağlamak için yapılan davranışların tümü olarak tanımlamıştır (Dereli, 2008). Normal gelişim düzeyindeki öğrencilerin okuldaki başarılarındaki önemli parçalardan biri de okul ortamına uygun davranış sergilemeleridir. Sosyal beceri öğrenci ile öğretmen arasındaki olumlu ilişkileri kurmayı sağlar ve kaynaştırma ortamında öğrencide başarıyı artırır aynı zamanda diğer arkadaşlarından öğrenemediklerini öğrenmesini sağlar. Sosyal bir ortam olan sınıf içerisinde öğrencinin kabul görmesini sağlar ve kendine olan güvenini artırır. Bunların tam tersi özel gereksinimi olan çocukların bu becerileri yaşlılarına oranla daha azdır. Sınıf ortamında birçok problemlilik davranış sergilerler ve bu nedenlerin sosyal beceri yetersizlikleri olduğu veya bu becerileri yerinde kullanamamaları olduğu kabul edilmektedir (Girli, 2004).

Özel gereksimine ihtiyacı olan çocukların sosyal beceri kazanamamaları veya sahip oldukları sosyal becerileri yeterli bir şekilde kullanamamaları çoğunlukla gözlenebilmektedir. Sosyal beceriler akademik beceriler için gereklidir ( Sucuoğlu ve Kargın).

## 2.2. Otizm Spektrum Bozukluğunda Uyku Bozuklukları

Otizm spektrum bozukluğunda uyku problemleri, normal sağlıklı bireylere göre daha sık olarak gözlenmektedir. Uyku sorunları OSB olanlarda %70'in üzerinde bildirilmişken yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş kontrol gruplarında bu oranların %50 civarında olduğu bilinmektedir (Aitken, 2012). Bu noktada yanıtlanması gereken soru OSB'de neden uyku sorunlarının daha sık görüldüğüne ilişkindir. Bu soruya ilişkin yanıtları altı temel başlık kapsamında cevaplandırmak gerekmektedir;

### **OSB ve Malatonin Metabolizmasındaki Farklılık**

Melatonin, esansiyel bir aminoasit olan triptofan metabolizmasından elde edilmektedir. Bu iyi tanımlanmış genetik yolağın birçok OSB olgusunda mutasyona uğramış olduğu tanımlanmıştır. Triptofan seratonin üretiminde de esansiyeldir. Seratonin metabolizması ve fonksiyonu da birçok OSB olgusunda bozuk olarak tanımlanmaktadır (Anderson ve ark, 2009).

OSB tanılı kişilerde uyku yolağımızın önemli komponenti olan Melatonin metabolizması ile ilgili genetik farklılıklar bulunmuştur. Melatonin reseptör genlerinden biri olan MTNR1B genindeki anomalilerin OSB popülasyonunda daha sık olduğu gösterilmiştir (Chaste, 2010). Bu ise, anormal Melatonin bağlanması ile OSB ve çok çeşitli uyku bozuklukları arasında bir bağlantıyı önermektedir. MTNR1B, aynı zamanda kan şekerinin düzenlenmesinde görevlidir ve mutasyonunda tip 2 DM riskinin %20 oranda arttığı gösterilmiştir (Prokopenko ve ark, 2009). Birçok çalışmada OSB popülasyonunda Melatonin üretimi ve metabolizması ile ilgili anormallikler tanımlanmıştır. OSB tanılı bazı kişilerde anormal Melatonin sentezi ile ASMT (Asetil Seratonin Metil Transferaz) enzim aktivitesinde azalma arasında bir ilişki olduğu gösterilmiştir (Melke ve ark, 2013). ASMT enzimi, N-asetil seratonin' in Melatonin'e dönüşümündeki son basamakta yer almaktadır.



Melatonin' in ekzojenik kullanımının doğal salınan melatoninin metabolik etkileri oluşturulabilmektedir (Braam ve ark, 2009). Bu durum melatonin düzeylerinin normal uyku sürdürümü için yeterli olmadığı birçok olguda yardımcı olabilmektedir. Gelişimsel bozukluğu olan erişkinlerle yapılan bir çalışmada Melatonin takviyesine olan olumlu yanıt ile tedavi öncesi serum melatonin düzeyleri arasında bir ilişki olduğu gösterilmiştir (Laakso ve ark, 2007).

### **Görme bozuklukları ve azalmış melatonin sentezi ile ilişkisi**

Görme engellilerde uyku bozukluklarının sık olarak görüldüğü bilinmektedir. Ülkemizde yapılan 7-18 yaş arasındaki 257 görme engelli çocuğun DSM-4 tanı kriterlerine göre değerlendirildiği bir çalışmada otistik bozukluk sıklığı %11,7 olarak raporlanmıştır (Mukaddes vd, 2007). Bu bulgular, melatonin patogenezi içeren biyolojik mekanizmaların bazı OSB olgularında önemli olduğunu, uyku sorununun da eşlik ettiği olgularda potansiyel tedavi seçeneği olarak sentetik melatonin preparatlarının kullanımının da faydalı olabileceğini desteklemektedir.

### **Oksitosin mekanizmasında bozukluklar**

Oksitosin uyku ile ilişkisi olduğu kanıtlanmış bir diğer nörokimyasal ajandır. 9 aminoasitten oluşan bir nonapeptiddir. Temel olarak hipotalamusta yer alan supraoptik ve periventriküler çekirdekdeki magnozölüler nörosekretuar hücreler tarafından üretilmektedir. Daha sonra kana hipofiz bezinin arka lobundan salınmaktadır. Bu yapı direk olarak ön hipotalamustaki SCN'un altında ve ona bitişik olarak yer almaktadır. SCN uykunun düzenlenmesindeki anahtar yapıdır ve beyinin ana sirkadyan saati olarak adlandırılmaktadır.

Oksitosin' in sosyal fonksiyonlar, cinsel davranışlar ve EEG mü/ alfa beta ritmi ile ayna nöron etkisi daha çok araştırılmıştır. Mü ritminin sosyal kognisyonu da içeren ve OSB' nun erken gelişimini anlamamızda potansiyel önemli olan erken evre nöronal sistemlerin gelişiminde rolü olabileceği düşünülmektedir (Marshall ve Meltzoff, 2011). Oksitosin ve uyku siklusu üzerine etkisi bugüne kadar görece

olarak az araştırılmıştır. Erkek farelerle yapılan bir çalışmada oksitosinin intraserebral enjeksiyonu sonucunda strese maruz tutulan farelerin uyku haline devam ettikleri gösterilmiştir.

### **OSB' da kortikal internöronların genetik bozukluğu**

OSB tanılı bireylerde uyku-uyanıklık siklusu ile ilgili olan, kortikal internöronlar olarak adlandırılan gelişimsel hücrelerdeki genetik bozukluklar da OSB tanılı kişilerin sık uyku bozukluğu yaşamasına neden oluyor olabilir. GABAerjik inhibitör nöronlar birçok genetik faktörden etkilenmektedir ve hayvan modellerinde davranışsal bozukluk, epilepsi ve uyku uyanıklık siklus bozukluklarına yol açmaktadır. Bu durumda OSB'nin bir çeşit 'Gelişimsel Ayrışma Sendromu' olduğu normal beyin bağlantılarının tam olarak oluşmadığı düşünülebilir (Geschwind ve Levitt, 2007).

### **Sosyal bir davranış olarak uykunun OSB olan kişilerde bozuk olması**

Otizm tanılı kişiler sosyal ipuçlarının daha az farkında olduğu için uyku ile ilgili sosyal ipuçlarını daha az fark ederek bunlara daha az yanıt vermektedirler. OSB tanılı ortalama yaşı 3 olan çocuklarda 'uyku zamanı hikâyeleri' sırasında görülen beyin aktivitesinin kronolojik ve mental yaş olarak eşleştirilmiş kontrol grubundan farklılık gösterdiği, bu OSB'li çocuklarda normalin tersine paternde kortikal aktivite görüldüğü bildirilmiştir (Redcay ve Courchesne, 2008). Bu durum seçici sosyal algideki geniş farklılıklardan kaynaklanıyor olabilir. Pierce ve ark tarafından yapılan güncel bir çalışmada OSB olan 14 aylık çocuklara dans eden canlı figürler ve canlı geometrik şekiller aynı anda gösterilmiş ve OSB olan çocukların hepsinin de canlı geometrik şekillere yöneldiği bildirilmiştir (Pierce ve ark, 2011). Uyku zamanı hikâyeleri sırasında beyin aktivitesini değerlendiren başka bir çalışmada ortalama 3 yaşında OSB tanılı çocuklarda sol üst temporal girus aktivitesinde az miktarda değişiklik gözlemlenmiş, kontrol grubunda ise buna zıt olarak sol tarafta daha belirgin olmakla birlikte her iki hemisferde de yüksek aktivite artışı gözlemlenmiştir (Pierce, 2011).

Sosyal bağlamdan etkilenen bazı uyku ilişkili davranışlar OSB olan kişilerde daha farklı olarak görülmektedir. Örneğin bulaşıcı esneme diye adlandırılan durum, bir kişi esnediği zaman arkasından da esnemeye yatkınlık olmasıdır. Esnemenin bu sosyal tarafının OSB olan kişilerde bozulmuş olduğu gösterilmiştir. Bulaşıcı esneme gelişimsel bir fonksiyondur. İlk olarak 5 yaş civarındaki çocuklara esneyen kişilerin videosunun izlenmesi ile başladığı, 6 yaş civarında da esneme ile ilgili okuma ve hikâye dinleme ile normal gelişen çocuklarda devam etmektedir. Japonya’da yapılmış bir çalışmada yaş ortalaması 11 olan 24 OSB tanılı çocuk ve 25 sağlıklı çocuğa esneyen insan videoları ve normal videolar izletilmiş ve çocukların esneme durumu değerlendirilmiştir. Sağlıklı kontrol çocuk grubunda esneyen insanların videolarını izleyenlerde esnemede anlamlı derecede farklılık bulunurken OSB olan grupta herhangi bir farklılık bulunamamıştır (Senju ve ark, 2007). Genel popülasyonda bulaşıcı esneme ile empati kurma, başkasının duygu ve düşüncelerini anlama becerisi arasında bir ilişki bulunduğu tespit edilmiştir.

Bulaşıcı esneme ile ilgili muhtemel biyolojik ilkenin görsel yollar ile limbik sistem arasında olduğu düşünülmektedir. Bu ise retina ile hipotalamik sistem arasındaki yapısal ve fonksiyonel bağlantılar ve SCN’nin çapraz bağlantıları da dâhil edildiğinde çok geniş bir alanı kapsar (Trachtman, 2010). Bu alanda daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır. Bu çalışmalar ışığında OSB olan çocuklardaki sosyal ipuçlarını anlamadaki zorluğun özellikle erken çocukluk döneminde uykuya başlatmada da önemli olduğu, bu durumun erken dönemde fark edilip müdahale edilmesinin önemli bir odak noktası olabileceği söylenebilir.

### **Uyku-duygudurum ve OSB**

Uyku ve duygudurum arasındaki ilişki birçok çalışmada ele alınmıştır. Bazıları pratik olarak önemli görünmektedir. Örneğin geniş bir ikiz çalışmasında 2 yaşında var olan uyku sorunlarının 10 yaşında depresif semptomatoloji açısından yordayıcı olduğu bildirilmiş ve önleyici müdahale olarak iyi bir tarama aracı

olabileceği önerilmiştir (Gregory ve ark, 2009). Bir dizi OSB'ye eşlik eden durumun hipotalamik sistem ile ilişkili olabileceği gösterilmiştir. Bunlar arasında Klinefelter Sendromu, Biedl Bardet Sendromu, Noonan Sendromu, Prader Willi Sendromu, Rett Sendromu, Smith Magenis Sendromu ve Tourette Sendromu sayılmaktadır.

### **2.3. Mental Retardasyon (MR)**

Amerikan Psikiyatri Birliğinin yayımlanmış olduğu DSM-5'te (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2013) yer alan mental retardasyon tanıma göre ortalamanın altında kalan zekâ, günlük temel davranışların yerine getirilmesinde aksaklıklar ve bu özelliklerin 18 yaş öncesi saptanmış olması olarak belirtmiştir. Bu hastalarda bilişsel, duyuşsal, konuşma ve motor becerileri, psiko-sosyal durumlar, günlük belirli yaşamsal faaliyetlerini yerine getirme gibi belirli yönlerde eksiklik ya da kısıtlılık söz konusudur (Helen ve ark, 2007). Bunlar ile birlikte MR, birçok sendromu içerisinde barındıran genel bir terimdir. Bu sendromlar, tek bir genden kaynaklanan mutasyondan, kayıp veya ekstra kromozom varlığından veya kromozomun bir bölgesinde meydana gelen hatadan kaynaklanabilir. Örnek olarak ve FMR1 genindeki mutasyon sonucu oluşan Frajil X sendromu, extra bir kromozomun varlığı sonucu oluşan Down sendromu (47,XX+21/47,XY+21) ve mikrodelsiyon/duplikasyon sendromları verilebilir.

Spearman, zekâ ile ilgili yapılan ilk araştırmaların neticesinde ilk zekâ kurumlarının henüz ortaya çıkmadığı bir dönemde, araştırmasını öğretmen değerlendirmeleri üzerinden geliştirilmiştir. Faktör analizi yöntemi ile zihinsel süreçlerin temelinde ortak bir "g" faktörü olduğunu ve bu "g" faktörünün hem öğrenme düzeyini oluşturduğu hem de bilginin deneyime ulaşması oranını etkilediği belirlenmiştir (Spearman, 1904). Thorndike'in 1930'lu yıllarda bir takım zihinsel yetenekleri zekâ değil zekâlar olarak öne sürmüştür ve öne sürdüğü zihinsel yetenekler şu şekildedir: Sözel kavrama, bellek, muhakeme, uzay ilişkilerini görselleştirme kabiliyeti, sayısal yetenek, sözel akıcılık ve algısal hız Thorndike'dan sonra 30 sene sonra Guilford zekâ kavramını önce 120 faktörlü

daha sonrasında sayıyı artırarak zekâ kavramını 150'ye çıkarmıştır. Zekânın çeşitleri ve ölçüm şekline yönelik tartışmalar sonucunda zekâ geriliği (ZG) kavramı öne çıkmıştır. Zekâ geriliğine yönelik tanımlar farklı olmasına rağmen tanı koymadaki ölçütü zamanla zihinsel işlev bozukluğu haline gelmiştir (Gottfredson, 1997). Zekâ, akıl yürütme, problem çözme, soyut düşünme, planlama ve deneyimlerden bir şey öğrenme yetenekleri gibi genel zihinsel kapasitedir (Carroll,1997).

Zihinsel işlevlerdeki sınırlılıkları ele almak zekânın tanımlanmasından ziyade tutarlı bir şekilde ölçülmesini gerektirir. 5 yaşın altındaki çocuklarda zekâ ölçümlerinin standardize olmaması ya da güvenilir görülmemesi sorun oluşturmaktadır (Gould, 1981).

### 2.3.1. Mental Retardasyon Tanımı ve Tarihçesi

Farklı bilim adamları tarafından tanımlanan zekâyı Binet, “ iyi akıl yürütme, iyi hüküm verme ve kendini eleştirme kapasitesi” şeklinde tanımlamıştır. Terman’a göre “Birey, soyut düşünebildiği ölçüde zekidir.”, Wechsler’e göre zekâ, “Bireyin amaçlı davranma, mantıklı düşünme ve çevresiyle ilişkilerinde etkili olma kapasitesi” dir. Zekâ ile ilgili farklı araştırmacılar tarafından yapılan tanımlamalar aşağıda yer alan Tablo 2.1 kapsamında sunulmaktadır.

#### Zekâ Kavramına İlişkin Tanımlar

Araştırmacı	Tanım
Baldwin	Bilme yetisi ya da kapasitesi
Piaget	Organizma ile çevresi arasındaki kendine uydurma (assimilatory) ve kendini uydurma (accomodatory) ile ilgili etkileşimlerdir
Freeman	Bütün yaşantıları bütünleştirme ve yeni durumlara uyumu sağlayan tepkilerde bulunma kapasitesi

**Kaynak:** Volkmar ve ark, 1968.

Zekâ kavramının zıttı bir kavram olarak kabul edilen zekâ geriliği kavramına ilişkin birçok tanımlama vardır ve kavrama ilişkin tarihe oldukça eskiye dayanmaktadır (Selçuk, 1999; Zigler, 1986). John Locke zekâ geriliği ile ruh hastalığının ayırımı yapan ilk İngiliz düşünür olarak kabul edilmektedir. Locke (1960) “İnsanı Anlamak Üzerine” adlı denemesinde bu ayırımı şu şekilde ifade etmiştir;

*“Aptallar ile deliler arasındaki fark şudur: deliler yanlış fikirler öne sürerler, ancak aptallar ya çok az önermede bulunurlar ya da hiç bulunmazlar ve hemen hemen hiç akıl yürütmezler” (Sherr ve Elliott, 2003).*

Zekâ geriliğine ilişkin bilimsel çalışmaların hız kazanması, Aydınlanma Çağında başlamıştır ve 19. yüzyılda önemli oranda artış göstermiştir. Büyük sosyal devrim zamanında, bebeklerin ve çocukların ölüm oranları azaldığında görülmüştür. Aydınlanma çağı sonrasında, çocuklara, eğitime, hastalıklarda kalıtım ve çevrenin etkisine ilgi artış göstermiştir (Candland, 1993; Simon, 1978). Sequin gibi eğitimciler tarafından çocukların gelişimine katkıda bulunmak için çeşitli yöntemler geliştirilmeye başlanmıştır. Zekâ geriliğine sahip çocuklar için 19. yüzyılın yarısında bakımları için birçok kurum oluşturulmuştur. Bu kurumlar başlarda çocukları ailelerine teslim etmeden önce belli bir tedavi süreci geçirse de zamanla geribildirimlerdeki tepkiler sebebiyle zekâ geriliği olan bireylerin bakımlarının kendi evlerinde yapılması gerektiğine yönelik uygulamalar ortaya konulmuştur. Günümüzde aşağılayıcı ve küçümseyici olarak görülen “embesil”, “geri zekâlı”, “aptal” gibi terimler 19. yüzyılda, kullanılarak zekâ geriliği seviyeleri arasında ayırım yapılmıştır ve bu ayrımların etyolojik dayanağı başlangıçta sınırlıydı. Zihinsel geriliğin bilinen az sayıda etyolojik nedeni varken aynı zamanda zihinsel işlev konusunda çok az bilgi mevcuttu. 20. yüzyıldaki zekâ geriliği ile ilgili tanımları, bu hastalığın tedavisinin mümkün olmadığını bir takım sınırlılıkların olduğu, topluma katılımlarının engellendikleri ve uyuma yönelik kapasitelerde bozukluk olduğunu öne sürmüştür. Zihinsel geriliğe sahip kişilerin kontrole ihtiyaç duyduklarını, başkalarından destek almadan bağımsız bir şekilde varlıklarını sürdürmelerinin güç olduğunu ve normal çevre koşullarına uyum

sağlamalarını engelleyen zihinsel gelişim bozukluklarının olduğunu söylemiştir (Tredgold, 1937).

19. yüzyılın sonları ve 20. yüzyılın başlarına doğru her iki sınırlılık konusuna değinilmiştir. İngilizceye çevrilen ve ABD’de Terman’ın uyarladığı ilk zekâ testi Binet tarafından geliştirilmiştir (Binet ve Simon, 1916; Terman, 1911).

### **2.3.2. Epidemiyoloji**

Zekâ; bireyin algılama, yönelim, bellek, soyutlama, kavramsallaştırma, neden- sonuç bağlantıları kurabilme, gerçeği değerlendirme, yargılama gibi bilişsel işlevlerini, düşünebilme, anlatabilme, öğrenme ve uyum amaçları için bütünleştirerek kullanabilme yetilerini içerir. Bireyin zekâsı uygun ve sağlıklı çevre koşullarında büyük oranda kalıtım etkisi ile belirlenir ve genellikle yaşam boyu çok büyük değişme göstermez (Öztürk ve Uluşahin, 2011).

DSM-5’te ise “Entelektüel yeti yitimi ya da Entelektüel gelişimsel bozukluk olarak isimlendirilmiş ve kavramsal, toplumsal ve uygulamalı alanlarda, hem entelektüel hem de uyumsal işlev eksikliklerini kapsayan, gelişimsel evre sırasında başlayan bir bozukluk” şeklinde tanımlanmıştır (American Psychiatric Association, DSM 5).

Birçok çocuğu bedensel, zihinsel, duygusal ve algı yönünden özürlü durumuna getiren birçok kronik hastalıklar vardır ve şu şekildedir: genetik hastalıklar, kazalar, travmalar ve istismar (Demirbilek, 2013). Zekâ geriliğine yüzlerce neden vardır ve bunlardan tıbbi, genetik ve sosyal faktörler 3 temel ana grubu oluşturmaktadır. Oluşumlarına göre kültürel, coğrafi, etnik, ırk, ekonomik farklılıklar, antenatal ve perinatal yönlerle yakın bir ilişki içindedir.

Amerikan MR Derneği (The American Association on Mental Retardation) Mental Retardasyon ile ilişkili görülen nedenleri 3 temel gruba ayırmıştır. Bunlar; prenatal, perinatal ve postnatal nedenlerdir (Çoğulu, Karaca ve Özkınay, 2006).

Örnek verecek olursak prenatal sebepler genetik olabileceği gibi genetiğe bağlı dış etkenler de klinik durumunun oluşumuna neden olabilir. Gebelikte alkol tüketimi, malnutrisyon, gebelik döneminde geçirilen enfeksiyon, prematürite, perinatal anoksi veya travma ve bunlara ek benzer nitelikte multigenik ve çevresel etkenlerde kendi aralarında birleşip etkileşim haline gelecek MR'ye neden olabilir. Mental Retardasyonun gelişmesine etki eden faktörler sıklıklarına göre şu şekildedir: dış faktörler %18.6 - %44.5, genetik faktörler %17.4-%47.1 arasında değişim göstermektedir (Çoğulu, Karaca, Özkınay, 2006). Mental retardasyon The London Dysmorphology Database'de 1000'in üstünde sendromun bir bulgusu şeklinde gösterilmektedir (Çoğulu, Karaca, Özkınay, 2006). Literatüre bakıldığında birçok kromozomal hastalığın da asıl bulgularındandır. Yapılan çalışmalara rağmen olguların önemli kısımlarında neden görünmeyebilir. Bu alt gruplar yerine olgular ağır (IQ50) olarak 2 ana grupta toplanmaktadır. Mental retardasyon olgularının %89'unu hafif, %7.0' sini orta ve kalan %4.0'ünü ağır gerilik oluşturur (Çoğulu, Karaca, Özkınay, 2006). Yaş ilerledikçe ve 20 yaşına geldikçe mental retardasyonun da sıklığının arttığı görülmektedir (Çoğulu, Karaca, Özkınay, 2006).

### **2.3.3. Etiyoloji**

Sosyal etkenler gelişim geriliğinin oluşması için tek başına yeterli olmazken aynı zamanda birçok olumsuz etkenlerin bir araya gelmesinde risk oranlarını artırmaktadır (Özkubat, 2014). Tedavinin gerçekleşmesi, sonlanması ve yenilenmesi için etiyojinin aydınlatılması büyük önem taşımaktadır. Bu araştırmada görüldüğü üzere gelişim geriliği sebebiyle başvuruda bulunan çocukların sadece %63'ünde etiyojik nedenler belirlenmiştir. Hafif düzeyde zekâ geriliği için %58-78, ileri seviyede zekâ geriliği için %23-43 oranında belirtilmiştir.

Olguların üçte birinin nedenini, enfeksiyon, travma ve toksinler, prenatal, perinatal ya da postnatal, doğumda oluşabilecek problemler ve prematurite gibi etmenler açıklayabilmektedir. Bunlara ek olarak literatüre ve yapılan çalışmalara



bakıldığında genetik etkenler çevresel etkenlerden daha sık görülmektedir (Demc ve ark, 2004; Gürses, 2007).

#### **2.3.4. Zekâ Geriliği ve Derecelendirilmesi**

Zekâ testleri kişilerin zihinsel süreçlerde bulunma düzeyini belirler. Bu testler bulunan maddeler kişilerin sorulan sorulara ve verilen problemlere doğru ve zekice cevap vermesini gerektirir ve bu testler standart ölçüm araçlarıdır. Testin sonucundaki zekâ; Zekâ Bölümü (ZB-IQ) puanı şeklinde ifade edilmektedir (Ersoy ve Avcı, 2001). Stanford-Binet ve Wechsler (WISC-IV) ölçekleri günümüzde zihinsel engelli çocukların tanılanmasında yaygın olarak kullanılan güvenilirlik ve geçerliliği en yüksek ölçeklerdir (Ersoy ve Avcı 2001).

Wechsler Zekâ Ölçekleri üç ayrı ölçekten oluşmaktadır. Wechsler Yetişkinler Zekâ Ölçeği (WAIS) daha sonra 6-17 yaş arasındaki çocuk ve gençler için Wechsler Çocuklar İçin Zekâ Ölçeği (WISC) ve 4-6,5 yaş arası çocuklar için Wechsler Okul Öncesi Çocuklar İçin Zekâ Ölçeği (WPPSI) hazırlanmıştır. Hala bu ölçeklerin gözden geçirilmiş şekli kullanılmaktadır. Ülkemizde Wechsler Çocuklar İçin Zekâ Ölçeği (WISC-R) yaygın bir şekilde kullanılmaktadır (Ersoy ve Avcı, 2001);

- Stanford Binet IQ Skoru WISCH-III IQ Skoru Eğitim Düzeyi
- Hafif 67-52 70-55 eğitilebilir (EMR-Elektromanyetik Radyasyon)
- Orta 51-36 54-40 öğretilbilir (TMR)
- Ağır 35-20 39-25
- Belirgin 20 altı 24 altı

#### **2.3.5. Otizm Spektrum Bozukluğu ve Mental Retardasyon'a Sıklıkla Eşlik Eden Davranışsal ve Ruhsal Sorunlar**

OSB nöro-gelişimsel bir bozukluk ve bir özel eğitim alanıdır (Kırcaali-İftar, 2016, s.17). OSB, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı

(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) 5'te (DSM-V) sosyal etkileşim ve iletişimde olan bozukluklarla birlikte, sınırlı yineleyici ilgi ve davranışlarla kendini gösteren, genelde erken gelişim evresinde ortaya çıkan nöro-gelişimsel bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır.

OSB'li bireyin başkalarıyla iletişimi ve etkileşim kurma becerisini önemli derecede olumsuz etkileyen bir yetersizliktir. OSB; normal beyin gelişimini engellemekte; sözel ve sözel olmayan iletişimde, sosyal etkileşim ve oyunda yetersizliklere neden olmaktadır. Bu yetersizlikler, OSB olan çocukların etraflarındaki dünya ile ilişki kurmalarını zorlaştırmaktadır (Block ve ark 2006: 2).

OSB'li olan çocukların temel özellikleri sosyal ilgisizlik, iletişim bozuklukları ve yineleyici davranışlar olmakla birlikte, OSB olan birçok çocukta zihin yetersizliği ve motor yetersizlikler de görülmektedir (Heward, 2013: 236-244). OSB olan çocukların yaklaşık olarak 2/3 - 3/4 kadarında zihin yetersizliği görülmektedir. Genellikle çocuğun otizm belirtileri ne kadar ağırsa, zihin yetersizliği de o kadar ağırdır (Block ve ark 2006: 4).

Özel eğitime gereksinimi olan bireylerde yetersizliklerinin yanı sıra, bazı istenmeyen, toplum tarafından kabul görmeyen davranışlar da görülebilmektedir. Bu davranışlara problem davranışlar denmektedir. Bu problem davranışlar özel eğitime gereksinimi olan bireyin sahip olduğu becerilerini kullanmasının yanında yeni becerileri kazanmasını da engellemektedir. Ayrıca, problemleri davranışlar, etraflarındaki kişilerle sosyal etkileşimini olumsuz etkilemekte, topluma uyum sağlamasını da güçleştirmektedir (Öztürk, 1988, Eripek, 1996; Akt: Koyuncu, 2009). Çocukların sosyal gelişimini olumsuz etkileyen problem davranışların sebeplerinin sosyal ve iletişim becerilerinde yaşadıkları yetersizlikler olduğu söylenmektedir. Bu problem davranışların genelde, çevresindeki kişilerin dikkatini çekmek istemeleri, istemedikleri ortamdan ya da karşılaştıkları durumlardan kaçmak istemeleri ya da istedikleri bir şeyi elde etme amacı ile çıktığı belirtilmektedir (Koyuncu, 2009).

Sosyal beceri yetersizliği, çoğunlukla içselleştirilmiş ve dışsallaştırılmış problemlerin bir parçası olarak görölmektedir. Bu görüş, kaçınılmaz bir soruya neden olmaktadır. Sosyal beceri yetersizliği davranış problemlerinin nedeni mi yoksa sonucu mudur? Lewinsohn (1974), sosyal beceri yetersizliğinden dolayı kişinin başkaları tarafından sosyal olarak kabul görmediğini, bu durumunda içselleştirilmiş ve dışsallaştırılmış problemlerin ortaya çıktığını vurgulamaktadır. Okul ortamında, sosyal becerileri düşük olan ve çevresindeki arkadaşlarıyla sosyal etkileşime giremeyen bir çocuk, arkadaşları tarafından kabul görölmemekte ve reddedilmektedir. Onu reddeden arkadaşlarının dikkatini çekebilmek için çocuk saldırgan ve sosyal olmayan davranışlara yönelmektedir. Bu olumsuz davranışlar onu akranlarından ayırmaktadır. Akranları, ona karşı olumsuz tutum ve sosyal davranış içinde olmaktadır. Bunun da, çocuğun daha sonraki zamanlarda sosyal becerileri kazanmasına engel olacağı ileri sürölmektedir. Akranları tarafından reddedilen, popöler olmayan, sosyal olarak içe kapanık olan çocukların depresyon ve yalnızlık yaşamalarının olası olduğu belirtilmektedir (Poyraz, 1999).

Otizimli çocuklarda görölen problem davranışlar; *öfke nöbetleri, kendisine zarar verici davranışlar, çevresine zarar verici davranışlar, stereotip vücut hareketleri ve özel korkulardır.*

Bu kapsamda araştırmanın problem cümlesi “*Özel Eğitim Görmekte Olan 4-14 Yaşlarındaki Otizimli, Mental Retarde Çocukların uyku ve Davranış Problemlerinin Karşılaştırılması*” olarak belirlenmiştir.

Otizim Spektrum Bozukluğu (OSB); iletişim ve sosyal etkileşimde bozulma ve tekrarlayıcı/ritüelistik davranışlarla karakterize yaklaşık %1 sıklıkta görölen nörogelişimsel bir hastalıktır. OSB’ ye tik bozukluklarının eşlik etmesi durumu birkaç çalışmada incelenmiş ve %6 ile toplum örneklemlerinden daha sık göröldüğu belirtilmiştir (Baron-Cohen ve ark 1999). Bu birlikteliğe, TB ve OSB gibi iki nörogelişimsel bozukluğun ortak nörobiyolojik ve genetik faktörlerinin

neden olabileceği düşünülmektedir. Daha güncel bir çalışmada ise OSB'li 105 çocuk ve ergen değerlendirilmiş; olguların %11' nin TB, %11' nin de kronik motor tik bozukluğu tanısı aldığı görülmüştür (Canitano ve Vivanti 2007).

## **2.4. Uyku ve Uyku Bozuklukları**

Sağlıklı bir yaşam sürmemiz için vazgeçilmez bir olgu olan uyku ile hayatımızın üçte birini geçiriyoruz. 21. yüzyılda EEG'nin uygulanmasıyla uykunun fizyolojisi açıklanabilmiştir. Geçici bilinçsizlik durumu olan uyku bireyi ses ve bir başka uyararla uyandırılabilir (Guyton ve Hall, 2001). Uykunun edilgen bir süreç olarak uyanıklığı takip ettiği düşünülürken daha sonraki araştırmalarda uykunun etkin bir süreç olduğu bulunmuştur (Işık, 1999).

Fetusta 32. haftadan itibaren uyku ve uyanıklık dönemlerinin ortaya çıktığı görülmektedir. Yeni doğan bebeklerin toplam uyku süresi 19 saattir ve %57 si gece uykusudur. Uykunun günlük düzeni yaklaşık olarak bir yaşında oluşmaktadır ve 4-5 yaşından sonra gündüz uykularında azalma görülmektedir. Toplam uyku süresinin çocukluk döneminde azalarak ortalama olarak 8 saate indiği görülmüştür (Işık, 1999). Yapılan araştırmalara göre çocukların yaklaşık dörtte birinin uyku sorunu olduğu belirlenmiştir (Blundens ve ark, 2004). Çocuklarda yaygınlaşan ve onlara uygun olmayan uyku alışkanlıkları ve bunun neticesindeki uyku süresinin yetersizliğinin halk sağlığı problemi haline gelmiştir. Çocukların psikolojik hayatını, okul başarı düzeyini aile ve sosyal ilişkilerini ve fiziki görünümünü sağlıklı uyku süresinin azalması ve gündüz uyuma gereksinimi etkileyebilmektedir (Gozal, 2007).

### **2.4.1. Uyku ve Uyku Bozukluğunun Tanımı ve Tarihçesi**

Tüm vücudun dinlenmesini sağlayan geri döndürülebilir bir bilinçsizlik durumu olan uyku aynı zamanda bütün vücudu güne yeniden hazırlayan etkin bir yenilenme sürecidir (Karadağ, 2007). Günün belli saatlerinde düzenli bir şekilde

yaşadığımız uyku, doğumdan itibaren her yaştaki insanların gelişimini, büyümesini, dinlenme ve öğrenmelerini sağlar ve bir sonraki güne sağlıklı bir şekilde hazırlar (Karadağ, 2007).

Literatüre baktığımızda Hipokrat'a göre uyku; kan ve ısının vücudun her düzeyine akışıyla oluşur. Aristo ise uykunun besinlerin sindirimi sonucunda başladığını ileri sürer. Freud ise farklı bir şekilde uyku ve rüyanın psikolojik ve fizyolojik alt temellerini araştırmıştır (Kaynak, 1998). Uykunun anlaşılabilmesi için uyku esnasında vücut fonksiyonlarının kaydedilip incelenmesiyle çözüm bulmuştur (Karadağ, 2008; Benca, 2007). Uyku ile ilgili yayınlanmış ilk kitaplardan biri Robert MacNis'nin 1834'te yayımladığı “The Philosophy of Sleep” uykuyu” “ölüm ile uyanıklık arasında bir dönem” şeklide tanımlayarak ve uzun süre bu düşünceye inanılarak uykunun pasif bir dönem olduğu düşünülmüştür (Macnish, 1834).

20. yüzyılın başlarında uyku ile ilgili çeşitli teoriler geliştirilmeye başlanmıştır. 1907 senesinde bahsi geçen ve öncesinde de öne sürülmüş olan Hipnotokson teorisi, Legendre ve Pieron tarafından ampirik bir çalışma ile desteklenmiş ve uykusuz köpeklerden alınan serumun, uyku sorunu olmayan normal köpeklerde uykuya neden olduğu ortaya çıkmıştır (Pelin ve Gözükırmızı, 2001). Uyku sırasında ilk EEG çalışması 1930'larda yapılmıştır. 1953 yılında, uyku esnasında hızlı göz hareketlerinin olduğu süreç, EEG’ de gösterilmiştir. 1956'da uyku esnasında tekrar eden dönemlerin görüldüğü bildirilmiştir. Uyku esnasında solunumun durması ilk olarak 1956'da tanımlanmıştır. 1974 yılında çoklu uyku ölçümü ÇUÖ (Polisomnografi) kullanılmıştır (Karadağ, 2007).

#### **2.4.2. Uykunun Evreleri**

Uyku evrelerinin anlaşılabilmesine hızlı göz küresi hareketlerinin varlığı ile kas tonusu azalması olanak sağlamıştır. Uyku sırasındaki kapalı göz kapakları

ardındaki göz hareketi olup olmamasına göre isimlendirilmiş iki faz bulunmaktadır ve bu fazlar uykunun iki majör evresi olarak kabul edilmektedir;

- Non-Rapid Eye Movement (Non Rem); hızlı olmayan göz hareketi
- Rapid Eye Movement (REM); hızlı göz hareketleridir.

Elektrik akımlarını alan ve kayıt eden elektroensefalografi (EEG), göz hareketlerini kayıt altına alan elektrookülogram (EOG), kas tonusunu kayıt eden elektromiyografi (EMG) ile incelenmektedir (Uğraş, 2006; Widmaier ve ark, 2010).

#### **2.4.2.1. NonREM Uykusu (NREM)**

NonREM olarak adlandırılan uyku dört temel evreye sahiptir.

##### **I. Evre**

Uykuya dalma olarak bilinir ve EEG de karışık frekansta, düşük voltajlı dalgalar bulunur. EOG kanallarıyla da yavaş göz küresi hareketleri izlenir. Yavaş göz küresi hareketleri, uykuya daldıktan sonra gözlerin iki tarafa yavaş bir şekilde hareket etmesidir (Guyton, 2001). Yaşam boyu süregelen bulgular ile metabolizmanın belli bir aşama ile azalmasıyla birlikte fiziksel aktivitelerde azalma görülmektedir. 1. evrede uykudan uyandırılan kişiler, çok nadir olsa da rüya gördüklerini ifade ederler ve birey uyandıığında kendisini rüyada hissedebilir. Bu 1. evre toplam uykunun ortalama olarak %1-5'ini oluşturmaktadır (Widmaier ve ark, 2010).

##### **II. Evre**

1. evredesine benzer düşük voltajlı daha sonra amplitüdü giderek artan, 4-7 Hz frekansında “teta dalgaları” kaydedilir. Uykunun derinleştiğini kısa 13 süreli, 13-14 Hz frekansında, iğ şeklinde bir faaliyet gösteren uyku iğleri ile yüksek amplitüdü üçlü kompleks bir yapı olan K kompleksleri gösterir (Guyton, 2001).

Kişi uykuya daldıktan sonra 1. Evreye göre daha zor uyandırılır. Vücudun işlevleri yavaş bir şekilde devam ederken 10-20 dakika sürer bu şekilde toplam uykunun ortalama %50-55'ini oluşturmaktadır (Widmaier ve ark, 2010).

### **III. Evre**

Uykunun iyice derinleştiği evredir. 1-4 Hz frekansında “delta dalgaları” olarak isimlendirilen, yüksek voltajlı yavaş dalgalar EEG’ye sahip olur ve bu durum komadaki hastalara benzer durumdadır (Goodlin-Jones ve ark, 2001). Uyuyan kişi seyrek bir şekilde hareket eder ve uyanma durumu zorlaşır. Yaşamsal bulgular azalmasına rağmen düzenlidir ve kaslar tamamen gevşemiştir. 3. Evre 15-30 dakika sürer ve toplam uykunun %10’unu oluşturmaktadır (Widmaier ve ark, 2010).

### **IV. Evre**

Bu evrede kişi derin bir uykuya geçiş yapmaktadır. Geçiş yaptığı bu uyku yavaş dalga uykusu veya delta uykusu olarak adlandırılmaktadır. Bu evrede uykudan uyanmak zordur. Birey uykuya dalar ise gecenin önemli bir kısmını bu evrede geçirmiş olacaktır. 4. Evrede büyüme hormonu salınımı arttığı gibi protein sentezi de artış göstermektedir. Yaşama yönelik bulgular uyanık olduğu saatlere oranla belirgin bir şekilde azalmaktadır. EEG ile beyin dalgalarının kaydedilmesi, nabız ve solunum hızında, arteriyel kan basıncında düşüş görülmesi vücuttaki fizyolojik değişimlerdir. Aynı zamanda kaslarda gevşeme, metabolizmada yavaşlama ve vücut sıcaklığında düşme görülmektedir. Bu evrede toplam uykunun ortalama olarak %10’ unu oluşturmaktadır (Widmaier ve ark, 2010).

#### **2.4.2.2. Rem Uykusu (Paradoksal Uyku)**

Birçok özelliği ile diğer uyku evrelerinden farklılık gösterir. EEG de 1. Evredeki faaliyetle benzerlik görülürken kimi zaman testere dişine benzeyen dalgalar ortaya çıkmaktadır. EOG kanallarında kayıt edilen hızlı göz küresi hareketi REM uykusuna isim veren temel farklılıktır (Guyton, 2001). 90 dakikalık

uyku döngüsünün bitiminde görülen bir fazdır REM uykusu. Non – REM'e göre REM uykusundaki kişileri uyandırmak daha güçtür. REM uykusu yetişkin kişilerin gece uykusunun %20-25'ini oluşturmaktadır. Literatüre baktığımızda rüyaların %80'inin görüldüğü REM uykusunda rüyaların hatırlanmadığı görülmektedir. REM uykusunda, nabız, solunum hızında, arteriyel kan basıncı, metabolik hızda ve vücut sıcaklığında yükselme görülmüştür. Aynı zamanda REM uykusu; öğrenme, hafıza ve adaptasyon işlevlerinde rol oynayarak zihinsel ve duygusal dengenin temelini oluşturmaktadır. Bunlara ek olarak REM uykusu esnasında fiziksel yenilenmenin de gerçekleştiği literatürde görülmektedir. REM uykusu döneminde beynin oksijen tüketimi NREM ya da uyanıklık dönemine oranla daha yüksektir (Widmaier ve ark, 2010).

Uyku-uyanıklık düzenlenmesinin biyolojik olgunlaşma ve gelişimsel etmenler ile etkileşmesiyle çocuklarda uyku bozukluklarının görülmesi yüksektir. Araştırmalar, çocukların yaklaşık dörtte birinin uyku sorunu olduğunu ileri sürmektedir (4,22). Uyku sorunu yaşayan çocuklarda uykuya dalma güçlüğü % 23, gece sık uyanmalar % 28, karabasan %6,5, altını ıslatma % 17, kâbus bozukluğu % 31, uykuda konuşma % 32, diş gıcırdatma % 9,5 oranında görülmektedir (Salzarulo ve Chevalier, 1983). Bir başka çalışmada, 3 yaş grubu çocukların % 14'ünde gece sık uyanma, % 12'sinde uykuya dalmada zorluk, 8 yaş grubunda ise % 12 uykuya dalmada güçlük, % 3 oranında da gece sık uyanma bildirilmiştir (Richman, 1981). Uluslararası uyku bozuklukları sınıflaması (UUBS-2) 2005 kitabında çocuklarda uyku bozukluklarının sıklığı şu şekilde belirtilmiştir: Uyurgezerlik % 17, karabasan % 1-6,5, uyku felci % 5, kâbus bozukluğu % 10-50, uykuda konuşma % 5, uykuda horlama % 10-12, uykuda tıkayıcı solunum durması % 2, şüursuz uyanma % 17,3, çocukluk çağının davranışla ilgili uykusuzluğu % 10-30, gecikmiş uyku faz bozukluğu % 7-16 oranında bildirilmiştir (American Academy of Sleep Medicine: International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic and Coding Manual, 2. Ed 2005).



### 2.4.3. Epidemiyoloji

Zihinsel yetersizliğin görüldüğü çocuklarda, paralel şekilde uyku sorunlarında sıkça görüldüğü belirtilmektedir (Didden ve ark, 1999); Richdale, 2003; Dorris ve ark, 2008; Goodlin-Jones ve ark, 2009). 2-11 yaşları arasındaki çocuklara bakıldığında, bu yaşlarda yaygın gelişimsel yetersizliğe sahip olan çocukların %54' ünde uyku problemi olduğu belirtilmektedir (Honomichl ve ark, 2002). Bununla beraber zihinsel yetersizliği olan çocuklarda uykuyu sürdürme ve uykuya dalma problemleri daha fazla yaşanmaktadır (Dorris ve ark, 2008).

Gelişimsel yetersizliğe sahip olan çocuklara bakıldığında uykuya dalma sürelerinin uzun olduğu, geceleri uykularından çok fazla uyandıkları ve yeniden uykuya dalmakta güçlük çektikleri sonucuna varılmıştır (Honomichl ve ark, 2002). Bunun akabinde gece fazla uyanan çocuklarda gün içerisinde uykusuzluk ve kısa süreli uykuya (şekerleme) rastlanmaktadır (Richdale, 2003). Hollanda'da yapılmış olan bir araştırmaya göre, ileri düzeyde zihinsel yetersizliğe sahip, epilepsisi, serabell palsisi olan, sık ilaç kullanan ve yaşça küçük olan çocuklarda daha fazla uyku problemlerinin olduğu belirtilmiştir (Didden ve ark, 2002). Down sendromlu çocuklar konjenital hava yolu darlığından dolayı solunum sorunları yaşarlar. Bu solunum sorunları da peşinde uyku bozukluklarını getirmektedir (Wiggs, 2001). Epilepsisi olan çocuklar incelendiğinde, gündüz uykusuzluğunun (parasomnia) epilepsisi olmayan çocuklara göre anlamlı oranda daha fazla görüldüğü sonucuna varılmıştır (Maganti ve ark, 2006). Nörolojik yetersizliklerin uyku bozukluklarına neden olduğu bilinen bir gerçektir (Maganti ve ark, 2006). Beden kitle indeksi, yaş, zihinsel yetersizlik derecesinde uyku problemlerine minor derecede sebep olduğu belirtilmiştir (Lindblom ve ark, 2001). Türkiye'de zihinsel yetersizlik sorunu olan çocuklara bakıldığında uyku örüntülerini ve sorunlarını kapsayan araştırmalar bulunamamıştır. Türkiye'deki bu eksiklik fark edilmiş ve durumu incelemek amacıyla bu çalışma hazırlanmıştır.

#### **2.4.4. Uykunun Öğrenme ve Davranış Kontrolü Üzerindeki Etkileri**

Otizmi gelişimsel ve davranışsal açıdan değerlendirdiğimizde belirtilerin ve tedavinin kontrolü açısından oldukça önemlidir. Uykunun öğrenme, hafıza, bilişsel gelişim ve davranış üzerine etkileri düşünüldüğünde, uyku problemlerine erken müdahale oldukça önem arz etmektedir (Wang ve ark, 2011). Uyku problemi olan çocukların sorunları tedavi edildiğinde hafıza fonksiyonu, dikkat, görsel diskriminasyon gibi yürütücü işlevsel fonksiyonlarında düzelmeler saptanmıştır (Horne, 1993; Muzur ve ark, 2002; Sadeh ve ark, 2006). Uykunun başladığı evre olarak bilinen Non-Rapid Eye Movement (NREM) ikinci evrede gözlenen uyku içciklerinin hafıza ve öğrenme ilişkisi saptanmış olup (Bruni ve ark, 2009), davranış, davranışsal ve duygusal fonksiyonlarının düzenlenmesi olan kortikal ve subkortikal alanlarla etkileşimi belirlenmiştir (Lopez ve ark, 2010).

İkinci evredeki içnecik yoğunluğu sosyal beceri, depresyon ve anksiyete riskini azalttığı ileri sürülmüştür (Mikoteit ve ark, 2013). Yavaş dalga uykusu olan NREM'in komponenti hafızanın konsolidasyonu açısından önemli olduğu saptanmıştır (Marshall ve ark, 2006). REM komponentinin hafızanın duygusal bileşeni ve duygu durum düzenlemesi açısından önemli olduğu belirtilmiştir (Wang, 2011).

#### **2.4.5. Uyku Problemlerinin Yaygınlığı ve Etkileyen Faktörler**

Uyku bozuklukları çalışmaları arasında farklılıklar görülmektedir. Bunun nedenlerine baktığımızda uykuyla alakalı bilgi alınan kişinin çoğunlukla ebeveyninin yerine aile üyeleri, bakıcılar ve öğretmenleri olmasıdır. Bunun dışındaki sorunlar ise OSB'ye eşlik eden diğer bozukluklardır. Epilepsi, mental retardasyon, Prader-Willi sendromu, Down sendromu, Frajil X, depresyon, anksiyete bozukluğu, davranım bozukluğu, DEHB gibi bozukluklar OSB'ye oldukça sık eşlik etmektedir (Goodlin-Jones, 2008).

Uyku problemlerine baktığımız zaman normal gelişime sahip çocuklarda oran %9-50 olduğu gözlenirken, OSB olan çocuklarda %50-80 olduğu bildirilmiştir (Polimeni, 2005; Allik, 2006). Bu alanda birçok çalışmada normal gelişimi olan veya sadece mental retardasyonu olan gruba göre OSB olanlarda daha fazla uyku bozukluğu olduğu belirtilmiştir. Yapılan OSB çalışmasında 2-5 yaş çocuklarında dâhil edildiği uyku bozukluğunun OSB bozukluğu grubunda %52.5, gelişim geriliği olan grupta %46, normal gelişimi olan grupta %31.9 oranında olduğu belirlenmiştir (Krakowiak ve ark, 2008). Mayes'in 2009 yılında 785 çocukla yaptığı bir çalışmasında 650 nöropsikiyatrik bozukluğu olan 135 normal çocuğun değerlendirmesinde otizmlili grupta Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), depresyon, anksiyete, beyin hasarı ve normal gelişimi olan çocuklara göre anlamlı olarak daha fazla uyku sorunu olduğu saptanmıştır.

Nörogelişimsel açıdan baktığımızda OSB, DEHB ve epilepsinin, uyku sorunları açısından herhangi bir hastalığı olmayan çocuklar ile karşılaştırıldığı çalışmada OSB veya DEHB tanısı olan grupta diğer gruplara göre anlamlı oranda uyku problemlerinin sık olduğu özellikle huzursuz bacak sendromunun daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Tsai, 2012).

#### **2.4.6. OSB ve MR ile Uykunun Davranışsal Sorunlarla İlişkisi ile İlgili Araştırmalar**

Literatür incelendiğinde, OSB ve MR'de uykunun davranışsal özelliklerinin incelendiği çalışmaların çoğunluğunun deneysel olduklarına rastlanmamaktadır. Mutluer ve Abalı (2013)'nin gerçekleştirmiş olduğu "Otizm Spektrum Bozukluğunda Uyku Alışkanlıklarının ve Farklı Parametrelerle Olan İlişkinin Değerlendirmesi Uzmanlık Tezi" adlı çalışmada OSB tanılı çocuklarda uyku göreceli olarak araştırılmıştır. Çalışmada OSB tanılı çocuk ve ergenler ile sağlıklı kontrol grubu oluşturan çocuk ve ergenlerin uyku alışkanlıkları karşılaştırılmıştır. OSB tanılı çocuklarda mevcut uyku sorunları ile ilişkili

olabilecek birtakım klinik parametreler araştırılmıştır. Yapılan araştırmaya yaşları 6-18 yaşları arasındaki OSB tanılı 64 çocuk ve ergen bu gruptan yaş, cinsiyet ve aile aylık geliri düzeyi bakımından 53 sağlıklı çocuk ve ergen dâhil edilmiştir.

Erbilgin (2016)'in "Çocuk ve Ergenlik Dönemi Tourette Bozukluğunda Eşlik Eden Psikiyatrik Tanılar, Aile Özellikleri ve Yaşam Kalitesi" adlı çalışmasında da OSB ve uykunun davranışsal sorunlarına yer verilmiştir. Çalışmada TB tanısı alan çocuk ve ergenlerde sosyodemografik özelliklerin, tik ağırlığının, eşlik eden psikiyatrik tanıların, aile işlevselliğinin değerlendirilmesi ve bunların çocuğun yaşam kalitesi ile ilişkilerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

### 3. BÖLÜM YÖNTEM

#### 3.1. Örneklem

Yürütülen araştırma İstanbul ilinde faaliyet gösteren beş Özel Eğitim ve Rehabilitasyon merkezinde eğitim gören 4-14 yaş grubundaki 160 çocuğun, anne-baba ve öğretmenlerinin kullanılan ölçeklere verdikleri cevaplar değerlendirilmiştir. Araştırma örneklemini oluşturan çocuklardan % 36'sı kız ve % 64'ü erkektir.

#### 3.2. Veri Toplama Araçları

Araştırma kapsamında dört adet ölçek kullanılmıştır. Bunlar; demografik bilgi toplanmasına yönelik olarak “Kişisel Bilgi Formu”, çocukların uyku ile ilgili verilerinin toplanmasına yönelik olarak “Çocuklarda Uyku Ölçeği (ÇUÖ)”, “Eğitsel Form” ve çocukların davranışlarının ölçülebilmesi için “4-18 Yaş Çocuk ve Ergenler için Davranış Değerlendirme Ölçeği” kullanılmıştır.

##### 3.2.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmaya katılan öğrencilerin, doğum tarihi, cinsiyeti, evlatlık / öz olma durumu, doktor tarafından konulmuş tanısı, tanıya ilişkin raporda yer alan özür oranı, ilaç tedavileri ve çocukların öz bakım becerileri diğer fiziksel hastalıklarının var olup olmamasına ilişkin bilgiler toplanmıştır. Ayrıca bu form dahilinde, özel eğitim ve rehabilitasyon kurumuna giden çocukların anne ve babalarına ilişkin olarak, doğum tarihi, eğitim durumu, mesleği, akrabalık durumu, aile durumu, ekonomik gelir durumu, yönelik sorular da yer almaktadır.

### 3.2.2. Çocuklarda Uyku Ölçeği (ÇUÖ)

Uyku Ölçeği çocuklarda uyku bozukluklarının değindirilmesinde kullanılan 72 soruluk bir formdur. Ölçek kısaltılmış ve uzun olmak üzere iki ayrı formu bulunmaktadır. Kısa olan form daha çok uykuya bağılı solunum problemleri ile ilişkili iken kapsamlı olan formunda, daha fazla uyku sorunu değerdendirilebilmektedir. Ölçeğin A ve B bölümlerindeki sorular “Evet”, “Hayır” ya da “Bilmiyorum” şeklinde yanıtlanmaktadır. A ve B bölümündeki sorular puanlanırken “Evet” işaretlemeleri 1 puan, “Hayır” işaretlemeleri 0 puan olarak kodlanır. “Bilmiyorum” yanıtı değerdendirilmeye alınmaz. C Bölümünde yer alan sorular 4'lü Likert ölçeği kullanılarak cevaplandırılmaktadır. Bu bölümün puanlamasında 0 ve 1 işaretleri sıfır, 2 ve 3 işaretlemeleri 1 puan olarak kodlanmakta ve ölçek toplam puanı bu şekilde hesaplanmaktadır.

Ölçeği geliştiren yazarlardan Ronald Chervin'den yazılı izin alındıktan sonra birisi profesyonel çevirmen olmak üzere bağımsız 3 çevirmen tarafından ölçeğin çeviri ve geri çevirileri yapılmış, son hali yazarlardan P.Ö. tarafından oluşturulmuştur. Çevirinin yeterliliği ön uygulama ile kontrol edilmiş ve aileler tarafından iyi anlaşılmadığı belirtilen maddeler yeniden gözden geçirilmiştir.

### 3.2.3. Eğitsel Değerdendirme Formu

Çocuklardaki fiziksel, özbakım, bilişsel, iletişim, sosyal beceriler ve öğrencinin yetersizliklerine ilişkin davranışların belirlenmesi amacıyla, Özel Eğitim Rehberlik ve Danışma Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 26 Mayıs 2011 tarihinde yayınladığı bir ölçektir. Toplamda sekiz bölümden oluşmaktadır. Bu bağlamda; çocukların özür türü, gelişim özellikleri, öncelikli ihtiyaçları dikkate alınan destek eğitim süreleri de göz önünde bulundurularak modül ve kazanımları belirlemek. Ölçek; 0, 1, 2 ve 3 olarak derecelendirilir ve maddeler çeşitli alt ölçekler içinde gruplandırılır.

### 3.2.4. 4-18 Yaş Çocuk ve Ergenler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği

Ölçek, 4-18 yaş grubu çocuk ve gençlerin yeterlilik alanları ve sorun davranışlarını anne babalarından elde edilen bilgiler doğrultusunda değerlendirmek amacıyla Achenbach ve Edelbrock (1983) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türk çocuklarına uyarlama çalışmaları Erol ve arkadaşları (1998) tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçek 20 yeterlik (spor eğilimi, sosyal durumu okul başarısı, vb. olan) 118 problem maddesinden oluşmaktadır. Bu çalışmada ölçeğin yeterlilik ile ilgili maddeleri değerlendirmeye alınmamıştır. Çocuk ve gençlerde davranış ve duygusal sorunları tanımlayan 118 madde değerlendirilmiştir. Sorunlu davranışlar son altı ayda görülme sıklık derecesine göre 0,1 ve 2 olarak derecelendirilir ve maddeler çeşitli alt ölçekler içinde gruplandırılır. Ölçekten İçe Yönelim ve Dışa Yönelim gibi iki ayrı davranış belirti puanı elde edilmektedir. İçe yönelim grubunu “Sosyal İçe Dönüklük, Somatik Yakınmalar, Anksiyete/Depresyon” Dışa Yönelim grubunu ise “Suça Yönelik Davranışlar ve saldırgan davranışlar” alt testlerinin toplamı oluşturmaktadır. Ayrıca her iki gruba da girmeyen Sosyal Sorunlar, Düşünce Sorunları ve Dikkat Sorunları da ölçekte yer almaktadır. Ölçeğin iç tutarlılığı Cronbach alpha katsayısı ile hesaplanmış ve katsayılar İçe Yönelim de 82, Dışa Yönelimde 81 ve Toplam Problemde 88 olarak bulunmuştur (Balat ve ark, 2008). Ölçek verileri orijinal ölçeğin değerlendirildiği CROSS (CBCL/4-18) programına işlenerek değerlendirilip ölçek alt puanları bulunmuştur.

### 3.3. Uygulama

Araştırmanın yapıldığı 5 özel eğitim ve rehabilitasyon merkezinde eğitim gören toplam 250 çocuğun ebeveynlerine, çocuklarını özel eğitime bıraktıklarında, çalışmayla ilgili bilgi verildi. Çalışmaya katılmayı kabul eden 250 çocuğunun ebeveynine doldurmaları için Sosyodemografik Bilgi Formu, Çocuklarda Uyku Ölçeği (ÇUÖ) ve 4-18 Yaş Çocuk ve Ergenler için Davranış Değerlendirme Ölçeği verilmiştir. Öğretmenlerinede doldurması için Eğitsel Form verilmiştir.

Çalışmada kullanılacak ölçekleri, ebeveynleri ve öğretmenleri tarafından uygun şekilde doldurulup getirilen 160 kişidir. Çalışmada 160 çocuğun verisi kullanıldı.

### 3.4. İstatistiksel Değerlendirme

Araştırma kapsamında, toplanan verilerin analizi için SPSS 22.0 İstatistik Paket Programı kullanılmıştır.

İstatistik değerlendirme kapsamında öncelikle araştırma katılımcılarının demografik verileri analiz edilmiştir. Katılımcılara ilişkin demografik veriler “Kişisel Bilgi Formu” kapsamında toplanan verilerdir. Bu verilere ilişkin analizler, tanımlayıcı istatistikler kapsamında yapılmıştır. Demografik verilere yönelik tanımlayıcı istatistiksel analizler, yaş, cinsiyet, anne ve baba eğitim durumu, anne ve babanın çalışma durumu, anne-baba arasındaki akrabalık durumu, anne ve babanın evlilik sayıları, ailenin birliktelik (boşanmış, birlikte) durumu, ailenin maddi gelir düzeyi, ailede var olan diğer kardeş sayısı, ruhsal durum, doğum süreci, çocuğa doktor tarafından konulan tanı, çocukların fiziksel süreçleri (geçirdiği ameliyat, nöbet, istemsiz kas hareketi, yürüme yaşı vb.), ilaç kullanma durumu, çocukların bilişsel gelişimi (cümle yaşı, kelime yaşı), tuvalet eğitimi kapsamında değerlendirilmiştir. Bu değerlendirmelerde, frekans ve yüzde analizleri kullanılmıştır.

Araştırma katılımcılarının demografik değişkenleri ile davranış bozukluğu arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik olarak t-testi ve tek yönlü varyans analizi yürütülmüştür.

Araştırmada kullanılan “Çocuklarda Uyku Ölçeği” nde yer alan sorulara yönelik katılımcıların vermiş oldukları yanıtlar her bir soru ve yanıt bazında yüzde analizine tabi tutulmuş ve katılımcıların hangi sorulara hangi oranda katıldıkları / katılmadıkları belirlenmiştir. Çocuklarda Uyku Ölçeği’ne yönelik olarak ayrıca kişisel bilgi formu kapsamında elde edilen çocuklara doktor tarafından konulan



“tanı” (mental retardasyon / otizm) ile uyku ölçeği alt boyutları karşılaştırılmıştır. Bu karşılaştırma, tanı ve uyku ölçeği alt boyutları (horlama problemleri, nefes alma problemleri, uykuya bağlı gün içi huzursuzluk problemleri, huzursuz uyku ve diğer uyku problemleri) kapsamında yürütülmüştür.

Araştırma katılımcılarının doldurmuş olduğu bir diğer form olan “Eğitsel Form” analizine yönelik olarak cevapların yüzde analizi ve form alt boyutlarının birbirleri olan ilişkilerine yönelik korelasyon analizi yürütülmüştür.

Araştırma ölçeklerine yönelik yürütülen analizlerden ayrı olarak, araştırmanın değişkenleri arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik olarak uyku sorunları ve davranışsal sorunlar arasındaki ilişki ve uyku sorunları ve tanı arasındaki ilişki için korelasyon analizi yapılmıştır. Korelasyon analizleri kapsamında Pearson Korelasyon analizi kullanılmıştır. Davranışsal sorunlar ve tanı arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik tek yönlü ANOVA testi yapılmıştır. Yapılan tüm istatistiksel analizlerde anlamlılık düzeyi 0,05 (güven aralığı % 95) olarak kabul edilmiştir.

Davranışsal sorunlar, uyku sorunları ve eğitsel beceriler arasındaki ilişkinin ortaya konulması noktasında, regresyon analizi yürütülmüştür. Regresyon analizinin yürütülmesi noktasındaki amaç, değişkenlerin anlamlı bir regresyon modeli çerçevesinde tanımlanıp tanımlanamayacağını belirlemesidir.

## 4. BÖLÜM BULGULAR

### 4.1. Güvenilirlik Analizi

Bu bölümde “Kişisel Bilgi Formu” , “Eğitsel Değerlendirme İsteği Formu” ve “Çocuklar İçin Uyku Formu” bütününe uygulanan güvenilirlik analizleri sonucu incelenebilmektedir. Güvenirlik için Cronbach’s Alpha değeri hesaplanmıştır (Tablo 4.1).

Cronbach Alpha değerinin hesaplanması sonucunda, kullanılan ölçeğin güvenilir olup olmadığı sonucuna varılmaktadır. Hesaplanan Cronbach Alpha değerinin yorumlanması sürecinde geçerli olan değer aralıkları aşağıdaki gibidir;

- $0,00 \leq \alpha < 0,40$  ise ölçümler güvenilir değildir,
- $0,40 \leq \alpha < 0,60$  ise ölçümler düşük güvenilirliktedir,
- $0,60 \leq \alpha < 0,80$  ise ölçümler oldukça güvenilirdir,
- $0,80 \leq \alpha < 1,00$  ise ölçümler yüksek derecede güvenilir bir ölçümdür.

**Tablo 4.1.** Ölçeklerin Cronbach’s Alpha Katsayıları

Güvenilirlik Analizi	
<b>Cronbach’s Alpha</b>	N
<b>,873</b>	245

Tablo 4.1.’de görüldüğü gibi, ölçeklerin Cronbach’s Alpha değeri 0,873 olarak hesaplanmıştır. Hesaplanan değer 0,80 ile 1,00 arasında yer almaktadır ve ölçeklerin yüksek derecede güvenilir olduğu sonucuna varılmıştır.

## 4.2. Demografik Bulgular

Bu bölümde, sosyodemografik bilgilerden elde edilen verilerin frekansları, yüzdeleri ve problem konularının sınılanması sonucu toplanan verilerin istatistiksel analizleri ile elde edilen bulgular bulunmaktadır. Tablo 4.2, Tablo 4.3, Tablo 4.4 ve Tablo 4.5 kapsamında sunulmaktadır.

**Tablo 4.2. Katılımcılara İlişkin Demografik Verilerin Dağılımı I**

Değişken	Yanıt	Adet	Yüzde (%)
Yaş	4-7	62	38.8
	8-10	44	27.5
	11-14	54	33.8
Cinsiyet	Kız	59	36.8
	Erkek	101	63.2
Anne Eğitim	İlkokul	46	28.8
	Ortaokul	38	23.8
	Lise	23	14.4
	Üniversite	29	18
Baba Eğitim	İlkokul	3	1.9
	Ortaokul	88	55.0
	Lise	42	26.3
	Üniversite	20	12.5
Anne Çalışma	Çalışıyor	8	5.0
	Çalışmıyor	152	95.0
	Emekli	0	0.0
Baba Çalışma	Çalışıyor	158	98.8
	Çalışmıyor	1	0.6
	Emekli	1	0.6

Araştırma katılımcılarının yaşları incelendiği zaman yaklaşık %39'unun 4-7 yaş aralığında olduğu görülmektedir. Bu grup araştırma grubunun en çoğunluğunu en yüksek orana sahip grubunu temsil etmektedir. Katılımcıların %27,5'i 8-10 yaş aralığında, yaklaşık %34'ü ise 11-14 yaş aralığındadır.

Katılımcıların %36,8'i kız çocuklarından, %63,2'si ise erkek çocuklarından oluşmaktadır. Bu bize araştırma grubunun çoğunluğunun erkek olduğu göstermektedir. Araştırma katılımcısı çocukların annelerinin eğitim durumları incelendiği zaman çoğunluğun ilkokul mezunu olduğu görülmektedir. Bu grup %28,8'lik bir bölümü temsil etmektedir. Annelerin yaklaşık %42'si ortaokul veya liseden mezun olurken, %18'i üniversite mezunudur. Bu değişkende en düşük oran ise %15 ile lisansüstü mezunu anneleri temsil etmektedir. Çocukların babalarının eğitim durumları incelendiği zaman bu bölümde en yüksek çoğunluğu %55 ile ortaokul mezunu, %26'lık oranla lise mezunudur. %12,5'i üniversite mezunudur. % 4,4'ü ise lisansüstü mezunudur. Araştırma grubuna katılan çocukların annelerinin %95'i çalışmamaktadır. Babalarının ise %98,8'i çalışmaktadır.

**Tablo 4.3. Katılımcılara İlişkin Demografik Verilerin Dağılımı II**

Değişken	Yanıt	Adet	Yüzde (%)
<b>Akrabalık Durumu</b>	Evet	48	30.0
	Hayır	112	70.0
<b>Evlilik Sayısı</b>	1.00	153	95.6
	2.00	6	3.8
	3.00	1	0.6
<b>Aile Durumu</b>	Birlikte	155	96.9
	Boşanmış	5	3.1
<b>Maddi Gelir</b>	1300 TL	7	3.8
	1301-2500 TL	80	50.0
	2501-3500 TL	67	41.9
	3501-4500 TL	6	3.8
	4051 TL ve üzeri	0	0.0
<b>Kardeş Sayısı</b>	0	32,0	20,0
	1	0,0	0,0
	2	73	45,6
	3	32	20,0
	4	10	6,3
	5	7	4,4
	+6	6	3,8
<b>Ruhsal Durum</b>	Var	132	82,5
	Yok	28	17,5
<b>Doğum ve Hamilelik</b>	Var	115	71,9
	Yok	45	28,1

Araştırmaya katılan çocukların annelerinin ve babalarının akrabalık durumu incelendiği zaman %30'unun akraba evliliği gerçekleştirdiği görülmektedir. Anne ve babaların yaklaşık %96'sı ilk evliliklerini gerçekleştirmişlerdir. %3,5'i ikinci, %0,6'sı ise 3. evliliklerini gerçekleştirmiştir. Ailelerin birliktelik durumları incelendiği zaman yaklaşık %97'si birlikteliğine devam etmektedir. Yaklaşık %3'ü ise birlikteliklerini sonlandırmışlardır. Ailelerin maddi durumları incelendiğinde ise yaklaşık %4'ünün 1301 TL'nin altında bir gelirle yaşadığı görülmektedir. Ailelerin %50'si 1301 TL-2500 TL aralığında bir gelir ile hayatlarını idame etmek durumundadırlar. %41,9'luk bir bölüm 2501-3500 TL aralığında ve yaklaşık %4'lük bir kısım ise 3501-4500 TL aralığında maddi gelire sahiptir. Grupta 4501 TL üzerinde geliri olan aile bulunmamaktadır. Katılımcıların %45,6'sının 3 kardeşi bulunmaktadır. %20'sinin 3, yaklaşık %6'sı 4, %8,2'si ise 5 ve üzeri kardeş sahibidir. Araştırma katılımcılarının ailelerinin %82,5'inin ailesinde ruhsal bir hastalığa sahip birey bulunmaktadır. Tablo 4.4. de bir sonraki sayfada yer almaktadır.

**Tablo 4.4. Katılımcılara İlişkin Demografik Verilerin Dağılımı III**

<b>Değişken</b>	<b>Yanıt</b>	<b>Adet</b>	<b>Yüzde(%)</b>
<b>Tanı</b>	Otizm	77	48.1
	Mental Retardasyon	83	51.9
	Yaygın Gelişimsel Bozukluk	0	0.0
	B.T.A. Otizm	0	0.0
	Yüksek Fonksiyonlu Otizm	0	0.0
	Rett Sendromu	0	0.0
	Çocukluğun Dezintegratif Bozukluğu	0	0.0
	<b>Dehb</b>	Var	154
Yok		6	3.8
<b>Fiziksel</b>	Var	7	4.4
	Yok	153	95.6
<b>Geçirdiği Ameliyat</b>	Var	17	10.6
	Yok	143	89.4
<b>Nöbet</b>	Var	23	14.4
	Yok	137	85.6
<b>İstemsiz Kas</b>	Var	40	25.0
	Yok	120	75.0
<b>Yoğun Korku</b>	Var	70	43.8
	Yok	90	56.3
<b>Bedensel Yakınma</b>	Var	4	2.5
	Yok	156	97.5
<b>Dürtü Kontrol</b>	Var	80	50.0
	Yok	80	50.0
<b>İlaç Kullanımı</b>	Var	79	49.4
	Yok	81	50.6
<b>İlaç Faydası</b>	Var	78	48.8
	Yok	82	51.3

Araştırmaya katılan çocukların %48,1'ine Otizm tanısı konulmuştur. %51,9'unun ise Mental retardasyona sahip olduğu görülmektedir. Katılımcıların %96,3'ü Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğuna sahiptir. Araştırmaya katılan çocuklardan %4,4'ü fiziksel bir rahatsızlığa da sahiptir. Katılımcıların yaklaşık %11'i ameliyat geçirmiştir. Katılımcıların yaklaşık %15'i nöbet geçirmektedir.

Bununla beraber %25'i istemsiz kas hareketleri sergilemektedir. Katılımcıların %43,8'i yoğun bir korkuya sahiptir. Araştırmaya katılan çocuklardan %97,5'inin bedensel bir yakınması bulunmamaktadır. Katılımcıların yarısı dürtü kontrolünden yoksundur. Yine katılımcıların yaklaşık yarısı bir ilaç kullanmaktadır. Ebeveynlerin %51,3'ü ilaçların bir faydası bulunmadığını belirtmektedir. Tablo 4.5. de katılımcılara ait demografik verilerin dağılımı yer almaktadır.

**Tablo 4.5. Katılımcılara İlişkin Demografik Verilerin Dağılımı IV**

<b>Değişken</b>	<b>Yanıt</b>	<b>Adet</b>	<b>Yüzde(%)</b>
<b>İlk Kelime Yaşı</b>	0	34	21.3
	1	44	27.5
	2	33	20.6
	3	21	13.1
	4+	28	17.5
	0	58	36.3
<b>Cümle Yaşı</b>	1	2	1.3
	2	6	3.8
	3	17	10.6
	4	13	8.1
	5	23	14.4
	6	14	8.8
	7+	27	16.9
	0	1	0.6
<b>Yürüme Yaşı</b>	1	18	11.3
	2	94	58.8
	3	24	15.0
	4	18	11.3
	5+	5	3.1
	0	31	19.4
<b>Tuvalet Yaşı</b>	1	1	0.6
	2	10	6.3
	3	29	18.1
	4	38	23.8
	5	20	12.5
	6	22	13.8
	7	7	4.4
	8	2	1.3

Araştırmaya katılan çocukların ilk kelime yaşları incelendiği zaman yaklaşık %49'unun 2 yaşının altında ilk kelimesini söylediği belirtilmektedir.

%51'i ise 2 yaşından sonra ilk kelimesini söylemiştir. Araştırmaya katılanların cümle yaşı araştırıldığı zaman yaklaşık %41'inin 3 yaşının altında ilk cümlesini kurmuşlardır. Yaklaşık %51'i ise 3 yaşının üzerinde ilk cümlesini kurmuştur. Çocukların yürüme yaşı incelendiği zaman sadece %11,9'unun 3 yaşının altında yürümeye başlamıştır. Önemli bir çoğunluk olan %58,8'i 3 yaşında yürümeye başlamıştır. 3 yaşının üzerinde yürümeye başlayanların oranı ise %29,4'tür. Katılımcıların tuvalet ihtiyacını dile getirme yaşı incelendiği zaman çocukların %19,4'ü 1 yaşının altında tuvalet ihtiyaçlarını belli etmeye başlamıştır. Bu grupta 4 ve üzeri yaşlarda tuvalet ihtiyaçlarını belli edenlerin oranı toplamda %55,6'dır.

### **4.3. Demografik Değişkenler ile Davranış Bozukluğu Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular**

Demografik değişkenler ile davranış bozukluğu arasındaki ilişkinin tespit edilmesine yönelik olarak; demografik değişkenler ve davranışsal bozukluk ölçeği arasında Bağımsız T testi ve Tek Yönlü Varyans Analizi yapılmıştır. Analize ilişkin değerler Tablo 4.6'da sunulmaktadır.



**Tablo 4.6. Demografik Değişkenler – Davranış Bozukluğu İlişkisi**

<b>Değişken</b>		<b>N</b>	<b>t.</b>	<b>SS</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
<b>Yaş</b>	4-7	62	59.1032	3.9646	2.42	0.092
	8-10	44	61.2386	7.80778		
	11-14	54	59.4741	3.17586		
<b>Cinsiyet</b>	Kız	58	59.569	3.63034	0.005	0.941
	Erkek	101	59.9812	5.89764		
<b>Anne Eğitim</b>	İlkokul	46	60.3111	4.2053		
	Ortaokul	38	60.2527	6.07535		
	Lise	29	59.0036	3.23241		
	Üniversite	24	58.7	2.26765		
	Lisansüstü	3	58.7556	4.01096	0.607	0.694
<b>Baba Eğitim</b>	İlkokul	3	57.9667	3.9879		
	Ortaokul	88	59.8784	3.79441		
	Lise	42	60.7214	8.02133		
	Üniversite	20	58.17	2.94209		
	Lisansüstü	7	59.0857	2.93679	0.964	0.429
<b>Akrabalık Durumu</b>	Evet	48	60.075	7.63		
	Hayır	112	59.704	3.67	1.662	0.199
<b>Anne Çalışma</b>	Çalışıyor	8	60.775	3.004		
	Çalışmıyor	152	59.765	5.255	0.164	0.686
<b>Baba Çalışma</b>	Çalışıyor	158	59.85	5.181		
	Çalışmıyor	1	59.2			
	Emekli	1	54.7		0.498	0.608

Yaş ve davranış sorunları arasındaki ilişkinin incelenmesi yaş değişkeni ve davranışsal sorunlar ölçeği arasında tek yönlü varyans analizi yapılmıştır. Yaş değişkeni açısından davranışsal sorunlar ölçeği üzerinde grupların ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur [ $p=0.092>0.05$ ]. Cinsiyet değişkeni ve davranış bozukluğu arasındaki ilişki bağımsız t testi ile incelenmiş ve cinsiyet değişkeninin davranışsal sorunlar açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği sonucuna ulaşılmıştır [ $p=0.941>0.05$ ]. Ebeveynlerin eğitim durumları ve davranış bozukluğu arasındaki ilişki tek yönlü varyans analizi ile incelenmiş ve annenin eğitim durumu ve babanın eğitim durumunun davranışsal bozukluk açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği sonucuna ulaşılmıştır [ $p=0.694>0.05$ ,  $p=0.429>0.05$ ]. Akrabalık

durumunun davranış sorunlarına etkisinin olup olmadığı incelenmiştir. Bu değişkenin de yine davranış sorunları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği sonucuna ulaşılmıştır [ $p=0.199>0.05$ ]. Son olarak ebeveynlerin çalışma durumu incelenmiştir. Bunun sonucunda annenin çalışma durumu ve babanın çalışma durumunun da davranış sorunları için istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği sonucuna ulaşılmıştır [ $p= 0.686>0.05$ ,  $p=608>0.05$ ].

Elde edilen bulgular kapsamında, demografik değişkenlerin sosyal davranış ölçeği üzerinde bir etkisi olmadığı sonucuna varmak mümkündür.

#### **4.4. Çocuklarda Uyku Ölçeği Kapsamındaki Bulgular**

Uyku ölçeği kapsamında verilen “Evet” yanıtları 1 puan ve “Hayır” yanıtları 0 puan olarak değerlendirilmektedir. Katılımcıların sorulara yönelik verdikleri “Bilmiyorum” yanıtları ise araştırma kapsamında kullanılmamıştır ancak, frekans ve yüzdelerin doğru değerlendirilmesi açısından bilmiyorum yanıtları ölçek kapsamındaki bulguların yer aldığı tablolara dâhil edilmiştir.

Araştırma katılımcılarının uyku ölçeği kapsamında vermiş oldukları yanıtlara yönelik bulgular Tablo 4.7’de sunulmaktadır.

**Tablo 4.7. Çocuklarda Uyku Ölçeğine Verilen Yanıtlar**

Soru	( % )		
	Evet	Hayır	Bilmiyorum
Uyurken horlar.	22.50	76.90	0.60
Zamanın yarısında horlar.	2.50	96.90	0.60
Daima horlar.	3.10	96.90	0.00
Yüksek sesle horlar.	11.90	87.50	0.60
Belirgin ya da yüksek sesle soluk alıp verir.	22.50	77.50	0.00
Nefes alıp vermekte sorun yaşar ya da zorluklarla nefes alır.	23.10	76.90	0.00
Gece nefes alıp vermediğini gördüm.	21.90	76.30	1.90
Soluk alış verışı ile ilgili kaygılıyım.	33.10	65.60	1.30
Uyansın ve nefes alsın diye sarstığım olur.	24.40	75.00	0.60
Horlama sesiyle uyandığı olur.	14.40	85.00	0.60
Huzursuz bir uykusu vardır	43.13	56.88	0.00
Yatakta bacaklarının huzursuz olduğunu fark ettim.	53.80	43.10	3.10
Bir ya da iki bacağında kısa tekmeleme hareketleri gördüm	13.75	82.50	3.80
Terler/pijamaları terden ıslanır.	73.10	26.90	0.00
Yataktan çıkar.	40.00	60.00	0.00
Çiş yapmak için yataktan çıkar.	45.63	54.40	0.00
Genelde ağzı açık uyur.	49.38	49.40	1.30
Geceleri bunu genelde dolu ya da tıkalı olur.	15.00	78.10	6.90
Burnundan soluk almasını engelleyen bir alerjisi var.	11.88	76.30	11.90
Gündüz ağzından soluk alıp verir.	75.00	23.80	1.30
Sabah kalktığında ağzı kurumuş olur.	7.50	49.40	43.10
Geceleri midesinin altüst olduğunda şikâyet eder.	0.60	43.80	55.60
Geceleri boğazında yanma hissi olduğundan şikâyet eder.	3.10	45.00	51.90
Geceleri dişlerini gıcırdatır.	50.00	44.40	5.60
Ara sıra yatağını ıslatır.	61.30	38.10	0.60
Ortalama olarak haftada bir ya da daha fazla kâbus görür.	3.80	86.90	9.40
Çılgık atarak uyandığı oldu.	18.10	76.90	5.00
Sanki ne uyuyor nede uyanıkmiş gibi bir harekette bulunduğu oldu.	10.60	76.90	12.50
Uykuya dalmakta güçlük çeker.	38.80	60.00	1.30
Yattıktan sonra uykuya dalması zaman alır.	28.70	64.40	6.90
Yatma zamanından önce zor rutinleri veya törenleri vardır.	67.50	32.50	0.00
Uykuya dalarken başını ya da vücudunu sallar.	86.30	13.80	0.00
Ortalama olarak gecede ikiden fazla uyanır.	42.50	57.50	0.00
Gece uyanırsa yeniden uykuya dalmakta sorun yaşar.	33.13	66.90	0.00
Sabah erkenden uyanır ve yeniden uykuya dalmakta zorluk yaşar.	40.00	60.00	0.00
Yatma zamanı günden güne çok fazla değişiklik gösterir.	31.88	68.10	0.00
Kalma zamanı günden güne çok fazla değişiklik gösterir.	19.38	80.63	0.00

Ebeveynlerden alınan bilgilere göre araştırmaya katılan çocukların %22,5'i uyurken horlamaktadır. Ancak horlayanlardan sadece %2,5'i uyuduğu zamanın yarısından fazlasını horlayarak geçirmektir. Yine bu grup tüm uyku süreci boyunca horlamaktadır. Katılımcıların %11,9'u yüksek sesle horlamaktadır. %22,5'i uyurken belirgin ya da yüksek sesle soluk alıp vermektedir. Çocukların yaklaşık %23'ü nefes alıp verirken sorun yaşamaktadır.

Ebeveynlerin %21,9'u çocuğunun gece nefes alıp vermediğine şahit olmuştur. Ebeveynlerin %33,1'i çocuklarının soluk alıp verişiyle ilgili kaygılıdır. Toplamda %24,4'lük bir bölümü çocuğunun uyanması ve nefes alması için gece uyandırıp sarstığı olmuştur. Katılımcı ebeveynlerin %43,13'ü çocuğunun huzurlu bir uykusu olmadığını belirtmektedir. Çocukların %53,8'inin yatakta bacalarının huzursuz olduğu görölmektedir. Çocukların %14'ünün bir veya iki bacağında kısa tekmeleme hareketleri görölmektedir. Çocukların %73,1'i gece yatarken terlemektedir. %40'ı gece yataktan çıkmaktadır. Katılımcıların yaklaşık %46'sı tuvalet ihtiyacı için yataktan çıkmaktadır. Çocukların yarısı gece yatarken ağzı açık uyumaktadır. %15'inin gece yatarken burnunun tıklalı olduğu görölmektedir. %11,8'inin burnundan soluk almasını engelleyen bir alerjisi bulunmaktadır.

Araştırma katılımcılarının %75'inin gündüz ağzından soluk alıp verdiği gözlemlenmiştir. Çocukların %7,5'inin sabah uyandığında ağzının kuru olduğu gözlemlenmiştir. Çocuklardan sadece 1 tanesi gece midesinin altüst olduğunda şikâyetçidir. 5'i geceleri boğazında yanma hissi olduğundan şikâyetçidir. Çocukların %50'si gece yatarken dişlerini gıcırdatmaktadır. Yaklaşık %62'si arada sırada gece uyurken yatağını ıslatmaktadır. Çocukların %18'inin gece uykusunda konuştuğu gözlemlenmiştir. Çocukların %40'ı haftada en az bir kez kâbus görmektedir. Çocukların %28,7'si geceleri ne uyuyor ne de uyanıkmiş gibi bir davranış sergilemektedir. Yaklaşık %68'i uykuya dalmakta güçlük çekmektedir. %86,3'ünün gece yatmadan önce bir rutini veya töreni bulunmaktadır.

Araştırma kapsamında ebeveynlerin gözlemlerine dayanılarak ulaşılan verilere göre çocukların %40'ı ortalama olarak gece 2'den fazla uyanmaktadır. %31.88'i gece uyandıktan sonra uykuya dalmakta sorun yaşamaktadır. Çocukların yaklaşık %20'si sabah erkenden uyanmakta ve yeniden uykuya dalmakta zorluk yaşamaktadır. Çocukların yaklaşık %60'ının günden güne uyku vakti değişmektedir. Yine aynı oranda çocukların uyanma vakti değişmektedir.

Çocukların gün içerisindeki davranışları ve olası sorunlar incelendiği zaman yaklaşık %74'ünün sabahları dinlenmemiş olarak uyandığı gözlemlenmiştir. %16.9'unun gün içerisinde uykulu olma sorunu bulunmaktadır. %6'sı gün içerisinde uykusu geldiğinden şikâyet etmektedir. 12 çocuğun öğretmenleri gün içerisinde uykulu olduğu konusunda ebeveyni bilgilendirmiştir. Çocukların %33'ü gün içerisinde şekerleme uykusuna yatmaktadır. Ebeveynleri çocukların yaklaşık %19'unu sabahları uyandırmakta zorluk çekmektedir. Çocuklardan 6'sı sabahları baş ağrısı ile uyanmaktadır. Çocuklardan 8'inin ayda en az bir kez baş ağrısı olmaktadır. Çocukların %60'ını doğduğu tarihten itibaren gelişiminde duraklama olan bir dönem gözlemlenmiştir. Çocukların %17,5'inin bademcikleri alınmıştır. Katılımcıların %44'ü nefes almakta zorlandığı bir dönem yaşamıştır. Çocukların %25'i uyanırken rüyadaymış gibi hissettiği olmuştur. Çocuklardan 8'i gün içerisinde kafein içeren bir ürün tüketmektedir. Araştırmaya katılan çocuklardan 2 tanesi tütün veya tütün ürünü kullanmaktadır.

Uyku formunda ek olarak araştırılan davranışlar incelendiği zaman çocukların %40,6'sı ebeveynleri konuştuğu zaman dinlemiyormuş gibi görünmektedir. %52'si üzerine aldığı işlerde zorlanmaktadır. Çocukların yaklaşık %75'i dışardan gelen uyanlarla dikkati kolayca dağılmaktadır. Katılımcıların %30'unun eli ayağı sürekli oynamakta veya oturduğu yerde sürekli kıpırdanmaktadır. Çocukların %25'i başkalarının yaptığı şeylerin arasına girmekte örneğin konuşmaları kesme, arkadaşlarının oyunlarını bölmek gibi davranışlar sergilemektedir.

Araştırma katılımcılarının vermiş oldukları yanıtlar kapsamında; mental retardasyon ve otizm tanılarına göre uyku ölçeği alt boyutları puanlarının ortalama ve standart tablolarının puanlarının karşılaştırılması yapılmıştır. Tablo 8’de incelenebilmektedir. Bu çalışma için ölçek horlama problemleri, nefes alma problemleri, uykuya bağlı gün içi huzursuzluk problemleri, huzursuz uyku ve diğer uyku problemleri olarak alt gruplara ayrılmıştır.

**Tablo 4.8. OSB ve MR Uyku Ölçek Alt Boyutları Karşılaştırması**

Uyku Ölçeği Alt Boyutları	OSB		Mental Retardasyon	
	Ort.	SS.	Ort.	SS.
Horlama Problemleri	0.002	0.019	0.004	0.026
Nefes Problemleri	0.023	0.108	0.012	0.030
Gün İçi Huzursuzluk	0.099	0.090	0.064	0.089
Huzursuz Uyku	0.015	0.049	0.012	0.051
Diğer Uyku	0.075	0.045	0.060	0.046

#### 4.5. Eğitsel Form Analizine Yönelik Bulgular

Araştırma kapsamında ebeveynlerin gözlemlerine göre çocukların kaba motor becerileri incelendiği zaman katılımcıların ortalama %2’si kaba motor becerilerini gerçekleştirmekte başarısız olduğu gözlemlenmektedir. Katılımcıların ince motor becerileri incelendiğinde ise katılımcıların yaklaşık %30’unun bu becerilerde başarılı olmadığı gözlemlenmiştir.

Çocukların öz bakım becerileri incelendiği ortalama %30’unun öz bakım becerilerin yeterli olmadığı gözlemlenmiştir.

Gözlem verilerine dayanarak katılımcıların okumaya hazırlık bölümünde %50 oranında yeterli bir bilişsel beceriye sahip olmadığı gözlemlenmektedir. Buna ek olarak yine çocukların yarısının okuma yazma konusunda yazma becerilerinin yeterli olmadığı gözlemlenmiştir.

Çocukların sayılar ile ilgili becerileri incelendiği zaman ortalama %70'inin ritmik sayı sayma, doğal sayıları kavrama, toplama, çıkarma, çarpma, bölme, sayısal kavramlar gibi yeteneklerinin yeterli olmadığı gözlemlenmektedir.

Katılımcıların iletği görüşlere göre çocukların iletişim ve sosyal becerileri incelendiği zaman ortalama %50'sinin alıcı dil becerileri, ifade edici dil becerileri ve sosyal becerilerinin yeterli olduğu gözlemlenmektedir.

Çocukların yetersizliklerine ilişkin gözlemler incelendiği zaman %50'sinin geç ve güç öğrendiği gözlemlenmiştir. %60'ı öğrendiklerini çabuk unutmaktadır. Yine %50'si fazlası soyut kavramları öğrenmede güçlük çekmektedir. Yaklaşık %55'i soyut kavramları öğrenmede güçlük çekmektedir. Çocukların %90'ının dikkat süresi kısa ve dağınıktır. Çocukların yaklaşık %70'i basit ve kısa cümlelerle konuşmaktadır. Çocukların ortalama %50'si not tutma ve tahtada yazılanları defterine geçirmede, talimatları anlamada, okul araç gereçlerini düzenli kullanmakta zorluk çekmektedir. Gözlemlere göre çocukların yaklaşık %60'ı dalgın ve sürekli uyuklamak istemekte, çekingen içine kapanık çalışmalara ilgisiz, verilen görevleri yerine getirmekte yetersizdir.

Eğitsel form alt boyutları ve alt boyutlar arasındaki ilişki Tablo 4.9'da sunulmaktadır.

**Tablo 4.9. Eğitsel Form Alt Boyutları Arası İlişki**

	Fizik	Bakım	Biliş	Okuma	Sayı	Kavramlar	İletişim	Sosyal
<b>Fizik</b>	1							
<b>Bakım</b>	0.720	1						
<b>Biliş</b>	0.745	0.695	1					
<b>Okuma</b>	0.677	0.645	0.768	1				
<b>Sayı</b>	0.615	0.578	0.697	0.838	1			
<b>Kavramlar</b>	0.655	0.626	0.761	0.769	0.788	1		
<b>İletişim</b>	0.669	0.623	0.752	0.791	0.768	0.863	1	
<b>Sosyal</b>	0.475	0.427	0.566	0.54	0.595	0.636	0.654	1

Korelasyon değerleri incelendiği zaman beceriler arasında genellikle pozitif yönde kuvvetli bir ilişki grlmektedir. Buna göre beceriler birbirleri ile bağlantılıdır. Çocukların farklı alanlardaki becerileri geliştikçe bu beceriler birbirlerini tetiklemektedir. Örneğin bir çocuğun kavramlar üzerindeki becerisi fazla ise iletişimde buna göre artış gösterecektir.

#### **4.6. Uyku Sorunları ve Davranışsal Sorunlar Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular**

Araştırma katılımcılarının uyku sorunları ile davranışsal sorunları arasında ilişkinin olup olmadığına yönelik yürütülen analiz, söz konusu sorunların llmesine yönelik kullanılan lklere verilen yanıtların korelasyon analizine tabi tutulması vasıtası ile bulunmuştur. Bu bulgular Tablo 4.10’da sunulmaktadır.

**Tablo 4.10. Uyku Sorunları ve Davranışsal Sorunlar Arasındaki İlişki**

	<b>Davranışsal Sorunlar</b>	<b>Uyku Sorunları</b>
<b>Davranışsal Sorunlar</b>	1	-0.129
<b>Uyku Sorunları</b>	-0.129	1

Davranış sorunları ve uyku sorunları arasındaki ilişki incelendiğinde, davranışsal sorunlar ile uyku sorunları arasında negatif yönlü ve zayıf düzeyde bir ilişki olduğu grlmektedir.

#### **4.7. Davranışsal Sorunlar ve Tanı Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular**

Davranışsal sorunlar ve tanı arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik olarak yürütülen analiz; davranışsal sorunlar açısından temel gruplar arasındaki farkın belirlenmesine yönelik olan tek yönlü ANOVA testidir. Tek yönlü ANOVA testine yönelik bulgular Tablo 4.11’de sunulmaktadır.



**Tablo 4.11. Davanışsal Sorunları OSB ve MR Arasındaki İlişki**

Değişken		N	Ort.	SS	F	p
Davanışsal Sorunlar	Otizm	77	59.7013	6.42535	0.072	0.788
	Mental retardasyon	83	59.9217	3.66586		

Davanışsal sorunlar, tanı açısından anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Çocuğa konulan tanının davranış sorunları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi yoktur [ $p=0.788>0.05$ ].

Davanışsal sorunlar ile ilgili elde edilen bulgulara yönelik ölçek sorularına dair istatistikler Tablo 4.12’de sunulmaktadır.

**Tablo 4.12. Davanışsal Sorunlar Ölçeği Alt Boyutları**

	Cinsiyet	N	Ort	S.Sapma	F	P
Sosyal İçe Dönüklük	Kız	58	60.7069	6.49699		
	Erkek	102	61.0196	5.50244	2.163	0.143
Somatik Sorunlar	Kız	58	55.4828	5.3418		
	Erkek	102	59.4314	50.15925	1.505	0.222
Anksiyete/Depresyon	Kız	58	52.5345	5.46188		
	Erkek	102	52.3333	5.63815	0.129	0.72
Sosyal Sorunlar	Kız	58	60.3793	5.93481		
	Erkek	102	58.7157	6.64127	0.953	0.331
Düşünce Sorunları	Kız	58	51.0862	3.16386		
	Erkek	102	51.8529	5.50139	3.452	0.065
Dikkat Sorunları	Kız	58	54.7241	4.33991		
	Erkek	102	55.2647	5.15296	4.828	0.029
Saldırđan Davranış	Kız	58	72.8448	7.71829		
	Erkek	102	71.9706	7.68624	0.078	0.78
Dışa Yönelim	Kız	58	56.9483	6.26161		
	Erkek	102	57.3137	6.0998	0.026	0.873
İe Yönelim	Kız	58	53.0862	4.30945		
	Erkek	102	52.9804	4.16962	0.012	0.913

Davranışsal sorunlar ölçeğinin alt boyutları incelendiği zaman istatistiksel olarak farklılık göstermekte olduğu sonucunu elde etmekteyiz [ $p>0.05$ ].

#### 4.8. Uyku Sorunları ve Tanı Arasındaki İlişki

Uyku sorunları açısından temel grupların arasındaki farkın incelenmesi için tek yönlü Anova testi uygulanmıştır. Analize ilişkin sonuçlar Tablo 4.13.'de sunulmaktadır.

**Tablo 4.13. Uyku Sorunları OSB ve MR Arasındaki İlişki**

Değişken	N	Ort.	SS	F	P
Uyku					
Otizm	77	0.0760	0.0049	4.724	0.031
Mental retardasyon	83	0.0606	0.04566		

Tablo 4.13'de yer alan bulgular kapsamında, uyku problemleri tanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir [ $p = 0.171>0.05$ ] sonucuna varmak mümkündür.

#### 4.9. Davranışsal Sorunlar, Uyku Sorunları ve Eğitsel Beceriler Regresyon Analizi

Araştırma değişkenleri arasındaki ilişkinin matematiksel bir eşitlik olarak sunulmasına yönelik regresyon analizi yürütülmüştür. Bu kapsamda, davranışsal sorunlarını açıklamak için öncelikle demografik sorulara verilen yanıtlar kodlanmış daha sonra her katılımcı için ortalamaları alınmış ve demografik bağımsız değişkeni oluşturulmuştur. Buna ek olarak uyku ölçeği horlama problemleri, nefes problemleri, uykusuzluk kaynaklı gün içi problemler, huzursuz uyku, diğer uyku sorunları alt ölçeklerine ayrılmıştır. Son olarak eğitsel form ile alınan yanıtlarda davranışsal sorunları açıklamak için kullanılmıştır. Bu bağımsız değişkenler ile bağımlı değişken olan davranışsal sorunları açıklamak için

doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Analize ilişkin bulgular Tablo 4.14.'te sunulmaktadır.

**Tablo 4.14. Regresyon Analizi**

Model	Bağımsız	$\beta$	St. Hata	t	p	R	R <sup>2</sup>	F /
	Değişken							p(sig.)
<b>Davranışsal Sorunlar</b>	Sabit	58.40	2.067	28.259	0.000	0.785	0.617	34.934/0.000
	Demografik	-0.57	0.312	-1.832	0.007			
	Horlama Problemleri	-11.77	11.573	-1.018	0.031			
	Nefes Problemleri	-1.49	3.457	-0.431	0.667			
	Uyku Gün İçi	0.171	3.438	0.05	0.960			
	Huzursuz Uyku	4.37	5.563	0.787	0.433			
	Diğer Uyku	-11.14	7.164	-1.555	0.012			
	Eğitsel Problemler	0.098	0.006	15.097	0.000			

Demografik değişkenler, horlama problemleri, nefes problemleri ve diğer uyku problemlerin  $\beta$  katsayıları negatiftir. Bu da bu değişkenler ile davranışsal sorunlar arasında negatif yönlü bir ilişki olduğunu göstermektedir. Diğer değişkenler yani, uyku gün içi, huzursuz uyku ve eğitsel problemler ile pozitif yönlü bir ilişkisi vardır.

Regresyon analizi kapsamında ortaya çıkan model aşağıdaki gibidir;

$$\text{Davranışsal Sorunlar} = 58.40 - 0.57 * \text{Demografik} - 11.77 * \text{Horlama Problemleri} - 1.49 * \text{Nefes Problemleri} + 0.171 * \text{Uyku Gün İçi} + 4.37 * \text{Huzursuz Uyku} - 11.14 * \text{Diğer Uyku Problemleri} + 0.098 * \text{Eğitsel Problemler}$$

Davranışsal problemlerin belirlenen diğer değişkenler ile anlamlı bir ilişkisi vardır (F=34.934, p=0.000). Regresyon analizine göre davranışsal sorunlar ve belirlenen diğer değişkenler arasında yüksek düzeyde bir ilişki vardır (R=0.785). Oluşturulan modelin davranışsal problemleri açıklama oranı ise %61,7'dir (R<sup>2</sup> = 0.617). (Tablo 4.14).

## 5. BÖLÜM

### TARTIŞMA VE SONUÇ

#### 5.1. Araştırma Bulguları ve Literatür Karşılaştırması

Bu çalışmada beş özel eğitim ve rehabilitasyon merkezinde eğitim gören 4-14 yaş grubu çocuklarında; OSB ve MR tanısı almış çocukların uyku sorunları arasındaki ilişki incelenmiştir. Aynı zamanda, çocukların sosyodemografik özellikleri ile çocuklardaki OSB ve MR belirtilerinin, davranışsal sorunları üzerine etkileri değerlendirilmiştir.

Uyku tüm vücudun dinlenmesini sağlayan geri döndürülebilir bir bilinçsizlik durumu olan aynı zamanda bütün vücudu güne yeniden hazırlayan etkin bir yenilenme sürecidir (Karadağ, 2007). Günün belli saatlerinde düzenli bir şekilde yaşadığımız uyku, doğumdan itibaren her yaşta insanlarımızın gelişimini, büyümesini, dinlenme ve öğrenmelerini sağlar ve bir sonraki güne sağlıklı bir şekilde hazırlar (Karadağ, 2007). Zihinsel yetersizliğin görüldüğü çocuklarda, paralel şekilde uyku sorunlarının da sıkça görüldüğü belirtilmektedir (Didden ve ark, 1999); Richdale, 2003; Dorris ve ark, 2008; Goodlin-Jones ve ark, 2009). 2-11 yaşları arasındaki çocuklara bakıldığında, bu yaşlarda yaygın gelişimsel yetersizliğe sahip olan çocukların %54'ünde uyku problemi olduğu belirtilmektedir (Honomichl ve ark, 2002). Bununla beraber zihinsel yetersizliği olan çocuklarda uykuyu sürdürme ve uykuya dalma problemleri daha fazla yaşanmaktadır (Dorris ve ark, 2008).

Otizm Spektrum Bozukluğuna ve Mental Retardasyona ilişkin tarihsel süreç incelendiğinde her geçen dönem arttığı gözlemlenmiştir. Araştırmalara göre OSB'nin görülme sıklığı son yıllarda hızla artmaktadır. Günümüzde OSB tanısının erken yaşta konulabilmesi ve diğer davranış bozukluklarının gelişmesini engelleyecek şekilde tedavi edilmesi mümkün olmaktadır. Bu çerçevede yürütülen

araştırmalar incelendiğinde OSB ve MR tanısı konulmuş olan çocuklarda var olan uyku ve davranış sorunların saptanmasının amaçlandığı görölmektedir.

Zihinsel yetersizliğe sahip çocukların uykuyu sürdürme ve uykuya dalmaya ilişkin problemleri daha fazla yaşadığı belirlenmiştir (Dorris ve diğerleri, 2008). Başka bir çalışmada; uyku sorunu yaşayan çocuklarda uykuya dalma güçlüğu % 23, gece sık uyanmalar %28, karabasan %6,5, altını ıslatma %17, kâbus bozukluğu %31, uykuda konuşma %32, diş gıcırdatma %9,5 oranında görölmektedir (Salzarulo ve Chevalier, 1983). Bir başka çalışmada, 3 yaş grubu çocukların %14'ünde gece sık uyanma, %12'sinde uykuya dalmada zorluk, 8 yaş grubunda ise %12 uykuya dalmada güçlük, %3 oranında da gece sık uyanma bildirilmiştir (Richman, 1981).

Çalışmamızda, ulaşılan veriler incelendiğinde araştırmaya katılan örneklem grubundaki çocukların %40'ı ortalama olarak gece iki defadan fazla uyandığı, %31,88'i gece uyandıktan sonra tekrar uykuya dalmakta sorun yaşadığı, %20'si sabah erkenden uyanmakta, %60'ının günlük uyku vaktinin değiştiği belirlenmiştir. Yine aynı oranda çocukların uyanma vakitleri de farklılık göstermektedir. Çocukların %40'ının haftada en az bir kere kâbus gördüğu belirlenmiştir ve çocukların yaklaşık %68'i uykuya dalma noktasında güçlük çekmekte, %86,3'ünün gece yatmadan önce sürekli olarak uygulanan bir rutini ve / veya töreni bulunmaktadır.

Yukarıda belirtildiği üzere çalışmamızda uyku ile tanı arasında zayıf bir ilişki olduğu saptanmıştır. Çocukların uyku belirtilerinin yazında belirtilenden belirgin olarak düşük saptanmasının nedeni uyku ölçeğimizin uzun olması, çalışmamızda klinik değerlendirme yapılmadığı için ebeveynlerin ölçekteki bazı maddeleri yanlış anlaşılmasından kaynaklanmış olabilir. Veri toplama sürecinde ebeveynlerin yarısına yakını testlerdeki bazı soruları anlamadıklarına dair dönüş yapmışlardır. Çocuklarının özörlöklük durumları ve gelişimleri noktasında yeterince bilgi sahibi olmamaları için RAM raporlarına bakılmıştır. Sosyo demografik

bilgilere ve eğitim durumları göz önünde bulundurduğumuzda uyku ölçeğini sağlıklı doldurmadıkları kanısındayız.

OSB ve MR'li çocukların uyku problemlerine kıyasladığımız zaman normal gelişime sahip çocuklarda oran %9-50 olduğu gözlenirken, OSB olan çocuklarda %50-80 olduğu bildirilmiştir (Polimeni, 2005), (Allik, 2006). Bu alanda birçok çalışmada normal gelişimi olan veya sadece mental retardasyonu olan gruba göre OSB olanlarda daha fazla uyku bozukluğu olduğu belirtilmiştir.

Literatürde yer alan diğer OSB uyku çalışmasında, 2-5 yaş çocuklarında dâhil edildiği; OSB bozukluğu grubunda %52.5, gelişim geriliği olan grupta %46, normal gelişimi olan grupta %31.9 oranında olduğu belirlenmiştir (Krakowiak ve ark, 2008). Yürütülen çalışmamızda, mental retardasyonlu çocuklar otizmliler çocuklara göre daha fazla horlama problemi yaşamaktadır. Nefes alma problemleri incelendiğinde ise otizmliler çocuklarda uykuda nefes alma problemlerinin daha yüksek olduğu, bu çocukların uykuya bağlı olarak yaşadıkları gün içi huzursuzluk ve uykularının huzurlu olmaması mental retardasyonlulara göre daha yüksektir. Diğer uyku problemlerinde de otizmliler çocukların ortalamalarının yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Bu da otizmliler çocuklarının uyku problemlerinin mental retardasyonlu çocuklara göre daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Yaş, beden kitle indeksi ve zihinsel yetersizlik derecesinin uyku sorunlarında minör düzeyde rol oynadığı açıklanmıştır (Lindblom N, ve ark, 2001). Hollanda'da zihinsel yetersiz çocuklarla yapılan bir çalışmada ileri düzeyde mental olan, sık ilaç kullanan, epilepsisi, serebral palsisi olan ve yaşı küçük çocukların daha fazla uyku sorunları yaşadığı saptanmıştır (Diden, ve ark, 2002). Çalışmamızda katılımcıların yaklaşık yarısı bir ilaç kullanmaktadır. Ebeveynlerin %51,3'ü ilaçların bir faydası bulunmadığını belirtmişlerdir.

Özel eğitim gereksinimi olan bireylerde yetersizliklerinin yanı sıra toplum tarafından kabul görmeyen davranışlar da görülebilmektedir. Bu davranışlara

problem davranışlar denmektedir. Bu problem davranışları özel gereksinim duyan çocukların sahip olduğu becerilerini kullanmasının yanısıra yeni beceriler kazanmalarını da engeller. Ayrıca bu problemlili davranışlar, sosyal çevrelerini, topluma uyum sağlamalarını güçleştirmektedirler (Öztürk, 1988, Eripek, 1996; Akt: Koyuncu, 2009). Davranış ve uyku sorunları arasındaki ilişki incelendiğinde, davranışsal sorunlar ile uyku sorunları arasında zayıf düzeyde bir ilişki olduğu görülmektedir. Çocukların, sosyal etkileşimlerini olumsuz etkileyen problem davranışlarının sosyal ve iletişim becerilerinde yetersizlikler olduğu söylenmektedir. Bu problem davranışların genelde, çevresindeki kişilerin dikkatini çekmek istemeleri, istemedikleri ortamdan ya da karşılaştıkları durumlardan kaçmak istemeleri ya da istedikleri bir şeyi elde etme amacı ile çıktığı belirtilmektedir (Koyuncu, 2009).

Çalışmamızda, OSB ve MR davranışsal sorunlar, tanı arasında anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Literatüre baktığımızda zarar verici davranışların şiddeti çocuğun özür seviyesine göre de değişebilmektedir. Yani ağır otizmlili çocuklarda bu davranışlarında şiddeti fazla olabilmektedir (Wing, 2010). Çocuklara konulan tanının davranış sorunları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmaması çalışmaya alınan çocuklarının özür seviyesinin düşük olamasıyla ve ebeveynlerinin CBCL ölçeğinde bazı maddeleri yanlış anlamasından kaynaklanmış olabilir. Uyku ölçeğinde olduğu gibi testlerdeki bazı soruları anlamadıklarına dair geribildirimlerde bulunmuşlardır.

Yaş değişkeni açısından davranışsal sorunlar ölçeği üzerinde grupların ortalamaları bakımından istatistiksel olarak zayıf bir ilişki vardır. Cinsiyet değişkeni ve davranış bozukluğu arasındaki ilişki bağımsız t testi ile incelenmiş ve cinsiyet değişkeninin davranışsal sorunlar açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği sonucuna ulaşılmıştır.

Mayes (2009) tarafından yürütölen ve 785 çocukla yapılan çalışmada; 650 nöropsikiyatrik bozukluğu olan 135 normal çocuğun değerlendirmesinde otizmlili

grupta Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), depresyon, anksiyete, beyin hasarı ve normal gelişimi olan çocuklara göre anlamlı olarak daha fazla uyku sorunu olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda katılımcıların %96,3'ü Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğuna sahiptir. Nörogelişimsel açıdan baktığımızda OSB veya DEHB tanısı olan grupta diğer gruplara göre anlamlı oranda uyku problemlerinin sık olduğu özellikle huzursuz bacak sendromunun daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Tsai, 2012). Çalışmamızda, katılımcıların %30'unun eli ayağı sürekli oynamakta veya oturduğu yerde sürekli kıpırdanmaktadır. Çocukların %25'i başkalarının yaptığı şeylerin arasına girmekte örneğin konuşmaları kesme, arkadaşlarının oyunlarını bölmek gibi davranışlar sergilemektedir.

Genetik faktörler ve hamilelik ile beraberinde gelen doğum ile ilgili faktörlerin OSB ile MR ilişkisi olduğu gibi çocukluk döneminde beyinde hasar oluşturan enfeksiyonların da otizmle ilişkili bulunmuştur. Bu ve diğer durumların hala neden ve sonuçları ile ilgili netlik yoktur (Akt. Atasoy, 2008). Çalışmamızda, katılan çocukların annelerinin ve babalarının akrabalık durumu incelendiği zaman %30'unun akraba evliliği gerçekleştirdiği görülmektedir.

## **5.2. Kısıtlılıklar**

Çalışmamız İstanbul ilinde beş Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezinde yürütülmüştür. Bu kapsamda, örneklemden elde edilen veriler kısıtlıdır ve genel popülasyonu yansıtmayabilmektedir. Çalışma yapılması planlanan gruptan çalışmaya katılmaları için izin alınmış olsa da, katılımcı sayısının kısıtlı olması, çalışmaya katılmayı kabul etmeyen ya da ölçekleri uygun şekilde doldurmayan ailelerin fazla olması çalışma sonuçlarımızın genelleştirilmesini zorlaştırmaktadır. Çalışmada, kullanılan ölçeklerin ebeveynler ve öğretmenler tarafından doldurulması, değerlendirilmesi yapılandırılmış görüşmelerle gerçekleştirilmemiş olması ve işlevselliğe yönelik bir değerlendirme yapılmamış olması bu çalışmanın kısıtlılıklarındandır.



### 5.3. Sonuç ve Öneriler

OSB ve MR çocuklarına yönelik katılımcılarının uyku sorunları ile davranışsal sorunları arasında ilişkinin olup olmadığına yönelik yürütülen araştırmada anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Çocuğa konulan tanının davranış sorunları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi yoktur. Yaş değişkeni açısından davranışsal sorunlar ölçeği üzerinde grupların ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

Eğitsel Korelasyon değerleri incelendiği zaman beceriler arasında genellikle pozitif yönde kuvvetli bir ilişki görülmektedir. Buna göre beceriler birbirleri ile bağlantılıdır. Çocukların farklı alanlardaki becerileri geliştikçe bu beceriler birbirlerini tetiklemektedir.

Literatür karşılaştırmalarında OSB ve MR'nin uyku ve davranış sorunları arasında anlamlı ilişkiler çıktığına dair birçok çalışma inceledik. Yaptığımız araştırmada OSB ve MR'ye yönelik çalışmalarında ebeveynlerinin eğitim düzeyi ve tanıya dair bilgileri araştırmanın anlamlılığı noktasında son derece önemli olduğunu göstermektedir. Bu tür araştırmalar ebeveynlere yönelik rehberlik hizmetlerinin planlanmasında ebeveynlerin çocuklarını tanıma çocuklara yaklaşımları noktasında son derece önemlidir. Bu da görüşleri bağlamında özel eğitim alanından çalışma yapacak çalışmalara katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bunun yanı sıra ebeveynlerin çocuklarının tanıları ile ilişkili ebeveynlik becerileri ve psikososyal uyumları vb. alanlarda aile merkezli hizmet planlarının geliştirilmesi sürecinde hedef davranışlar hakkında fikir sağlama açısından ve özel eğitim alanında çalışan uygulamacılara katkı sağlayacağı kanısındayız.

Araştırma için 250 anket yapmamıza rağmen 160'ını kullanmamız, geriye kalan verileri kullanmamamızın nedeni ölçeklerdeki soruları sağlıklı doldurmamalarıdır. Bilimsel çalışma yapmak isteyenler bu alandaki çalışmalarını arttırmaları ve ortaya çıkan bulgular doğrultusunda bu problemleri yaşayan

çocuklara daha fazla yardımcı olmalarına katkı sağlanacağı düşünülmektedir. Bu alanda çalışma yapmak isteyenlerin örneklem sayısını arttırmaları araştırmaya katılan katılımcıların değişik sosyo/kültürel farklılığını/ eğitim düzeylerini dikkate almaları, yaş gruplarının daha geniş yelpazede olması önerilerek alanın ilerlemesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

OSB ile MR tedavisinde eğitim yöntemleri ve fiziki şartların düzenlenmesi kadar önemli diğer bir konu da, okul aile işbirliğinin sağlanmasıdır. Çocukla ilgili olarak yürütülen tedavi amaçlarının içine aileler de dahil edilmeli, çocukla ilgili uzun ve kısa süreli amaçlar ailelere anlatılmalıdır. Bu konuda ailelerin de fikirleri alınmalıdır. Aileler, OSB ve MR'nin ne olduğu ve çocuklarının tedavilerine nasıl katkıda bulunacakları konusunda eğitilmelidirler.

OSB ile MR'ye bağlı olarak gelişen uyku problem ve davranış sorunlarıyla ilgili çalışmaların artırılmasının, bu çalışmaların sonuçları doğrultusunda, alanda var olan bilgilerin çoğalmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

## KAYNAKÇA

- Abdulkadiroğlu, Z., Bayramoğlu, F., İlhan, N. (1997). Uyku ve Uyku Bozuklukları. Genel Tıp Dergisi; 7(3).
- American Academy of Sleep Medicine, International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic and Coding Manual, 2. ed. Westchester. American Academy of Sleep Medicine, 2005.
- Atasoy, S. (2008). Yüksek Fonksiyonlu Otistik Çocuklarda Çeşitli Bilişsel Özellikler Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi. Yayınlanmamış Doktora Tezi.
- Aydın, A. (2008). Sembolik Oyun Testi'nin Türçe'ye Uyarlanması Ve Okul Öncesi Dönemdeki Normal, Otistik Ve Zihin Engelli Çocukların Sembolik Oyun Davranışlarının Karşılaştırılması, Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü İlköğretim Anabilim Dalı Okul Öncesi Öğretmenliği Bilim Dalı, Yayınlanmış Doktora Tezi.
- Aydın, H., ve Özgen, F.. (2001). Uyku, Yapısı ve İşlevi. Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi. 2.2, 79-88.
- Bacanlı, H. (2008). Sosyal Beceri Eğitimi, Asal Yayınları, Ankara.
- Baron-Cohen, S. ve Bolton, P. (2003). Autism: The facts. Oxford: Oxford University Press,
- Benca, R. M. (2007). Uykunun Temel Bilimi. H. Aydın (Ed.). Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry İçinde. İstanbul: Güneş Kitabevi, 280- 295.
- Binet A., ve Simon, T. (1916). The Development of Intelligence in Children. [E.S. Kit, trans.] Baltimore, Williams & Wilkins.

- Blundens, S., Lushington, K., Lorenzen, B., Ooi, T., Fung, F., Kennedy, D. (2004). Are sleep problems underrecognised in general practice? Arch Dis Child.
- Bruni, O., Ferri, R., Novelli, L. ve ark (2009) Sleep Spindle Activity Is Correlated With Reading Abilities In Developmental Dyslexia. Sleep 32:1333-1340.
- Candland, D. K. (1993). Feral children and clever animals: Reflections on human nature. Oxford, Oxford University Press.
- Carlson, N. R. (2011). Fizyolojik Psikoloji (Davranışın Nörolojik Temelleri). M. Şahin (çeviri Ed.). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Caroll, J. B. (1997). Psychometrics, intelligence and public perceptions. Intelligence.
- Carskadon, M. A. ve W. C. Dement (2011). Monitoring and Staging Homan Sleep. M.H. Kryger, T. Roth ve W.C. Dement (Eds.). Principles and Practice of Sleep Medicine içinde. St Louis: Elsevier Saunders.
- Çakır, S. (2006). Zihin Engelli Öğrencilere Doğrudan Öğretim Yaklaşımıyla Sosyal Beceri Öğretiminin Etkililiğinin İncelenmesi, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Özel Eğitim Bölümü, Zihin Engellilerin Eğitimi Anabilim Dalı, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, (2016).
- Çoğulu, Ö., Karaca, E., Özkınay, F. (2006). Mental retardasyon ve kromozomlarda subtelomerik bölge. İzmir Bakırköy Tıp Dergisi; 2: 73-81.
- Darıca, N., Gümüşçü, Ş., ve Pişkin, Ü. (1992). Otizm ve Otistik Çocuklar. Ankara: Dizgi Baskı.

- Demc, Jansen, Krol, B., Groothoff, J. W. (2004). People with İntellectual Disability And Their Health Problems: A Review Comparative Studies. *Journal of Intellectual Disability Research*, 48: 93-102.
- Demirbilek, M. (2013). Zihinsel Engelli Bireylerin ve Ailelerinin Gereksinimleri. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*; 7: 26-28.
- Demirezen, E., Coşansu, G. Adolesan (2005). Çağı Öğrencilerde Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi. *STED*; 14: 174-178.
- Dereli, E. (2008). Çocuklar İçin Sosyal Beceri Eğitim Programının 6 Yaş Çocukların Sosyal Problem Çözme Becerilerine Etkisi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çocuk Gelişimi ve Ev Yönetimi Anabilim Dalı Çocuk Gelişimi Ve Eğitimi Bilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Konya.
- Diden, R., Moor, J. D., Kruit, I. W. (1999). The Effects of Extinction in the Treatment of Sleep Problems with a Child with a Physical Disability. *International Journal of Disability, Development and Education*;46: 247-52.
- Diden, R., Korzilius, H., Van Aperlo B., Van Overloop C., De Vries M. (2002). Sleep problems and daytime problem behaviours in children with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*;46: 537-47.
- Doğangün, B. (2008). Özel eğitim gerektiren psikiyatrik durumlar. Türkiye’de sık karşılaşılan psikiyatrik hastalıklar Sempozyum Dizisi; 68: 157-174.
- Doksat, N. (2011). Çocuk Ruh Sağlığı Çocuğun Zihinsel-Ruhsal Gelişimi ve Hastalıkları, Som Kitap Yayınları, İstanbul; 1: 95.
- Dorris, L., Scott, N., Zuberi, S., Gibson, N., Espie, C. (2008). Sleep Problems İn Children With Neurological Disorders. *Developmental Neurorehabilitation*;11: 95–114.

- Erden, G., Akçakın, M., Gümüş Doğan, D., Öztürk Ertem, İ. (2010). Çocuk Hekimleri ve Otizm: Tanıda Zorluklar. Türkiye Klinikleri J. PEDIATR;19(1):9-15.
- Ersoy, Ö. ve Avcı, N. (2001). Özel Gereksinimi Olan Çocuklar ve Eğitimleri. YA-PA Yayıncılık. İstanbul.
- Ertuğrul, A., Rezaki, M. (2004). Uykunun Nörobiyolojisi ve Bellek Üzerine Etkileri. Türk Psikiyatri Derg;15:300-8.
- Fombonne, E. (2003). The Prevalence Of Autism. JAMA, 289(1):87–89.
- Gargiulo, R. M. (2003). Special Education in Contemporary Society an Introduction to Exceptionality. Wardsworth. Australia, Canada, Mexico, Singapore, Spain, United Kingdom & United States: Thomson Learning.
- Girli, A. (2004). Otizm ve Kaynaştırma Eğitimi, Işık Özel Eğitim Yayınları, İzmir.
- Goodlin-Jones, B. L., Burnham, M. M., Gaylor, E. E., Anders, T. F. (2001). Night Waking, Sleepwake Organization, and Self-Soothing in The First Year of Life. Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 22 (4): 226-233.
- Gottfredson, L. S. (1997). Mainstream Science on intelligence. Intelligence.
- Gould, S. J. (1981). The Mismeasure Of Man. Newyork WW Norton.
- Gozal, D., Gozal, K. L. (2007). Neurocognitive and behavioral morbidity in children with sleep disorders. Curr Opin Pulm Med.;13:505-9.
- Guyton, A. C. (2001). Hall JE. Tıbbi Fizyoloji, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul.
- Guyton, A. C., Hall, J. E. (2001). Tıbbi Fizyoloji. Çavuşoğlu H (çev). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.

- Gürses, N. (2007). Engelli Çocuklarda Fiziksel Aktivite: Fiziksel Aktiviteyi Engelleyen Kardiyopulmoner Durumlar. Özürlüler'07 Kongre Bildirileri Kitabı.
- Hatun, Ş. (2002). Çocuk Hakları Sözleşmesinin 13. Yılında Yoksulluk ve Çocuklar Üzerine Etkileri. Kasım.
- Heber, R. (1961). Ed. A Manual on Terminology And Classification in Mental Retardation. Washington, DC. : American Association on Mental Retardation.
- Hermelin, B., ve O'Connor, N. (1970). Psychological Experiments With Autistic Children. Oxford: Pergamon Press.
- Ho, B.P.V., Stephenson, J. ve Carter, M. (2012). Anger in children with autism spectrum disorder: Parent's Perspectives. *International Journal of Special Education*, 27, 14-32.
- Honomichl, R. D., Goodlin-Jones B. L., Burnham, M., Gaylor, E., Anders, T. F. (2002). Sleep Patterns of Children with Pervasive Developmental Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*.
- Horne, J. A. (1993). Human Sleep, Sleep Loss And Behaviour. Implications for The Prefrontalcortex And Psychiatric Disorder. *Br J Psychiatry* 162:413-419.
- Işık, E. (1999). Organik Psikiyatri, Tayfa Matbaası, İstanbul.
- Karadağ, M. (2007). Uyku bozuklukları sınıflaması (ICSD-2). T Klin Akciğer Arşivi.
- Karadağ, M. (2008). Dünyada ve Türkiye'de Uyku Çalışmaları, Tarihçe. Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi Özel Sayısı. 1, 1-4.

- Kılıç Ekici, Ö. (2011). Otizmi Anlamak ve Yaşamak: Karmaşık Bir Gelişimsel Bozukluk. *Bilim ve Teknik Dergisi*.
- King, M. ve Bearman, P. (2009). Diagnostic change and the increased prevalence of autism. *International Journal of Epidemiology*.
- Korkmaz, B. (2005). Yağmur Çocuklar. Otizm Nedir? İstanbul: 8. Gün Özel Eğitim Rehabilitasyon ve Psikolojik Danışma Merkezi.
- Koyuncu, M. (2009). Karşılıklı Yoğunlaştırılmış Etkileşim Yönteminin Otizmlilerde Çocuklarda İletişim Becerilerinin Gelişimine Etkisinin Değerlendirilmesi, Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Özel Eğitim Anabilim Dalı, Özel Eğitim Bilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Konya.
- Köroğlu, E. (2009). Klinik Uygulamada Psikiyatri Tanı ve Tedavi Klavuzları. 1. Baskı. Ankara: Hekimler Yayınlar Birliği Basım Yayın.
- Lindblom N, Heiskala H, Kaski M, Leinonen L, Nevanlinna A, Iivanainen M et al. Neurological Impairments And Sleep-Wake Behaviour Among The Mentally Retarded. *J. Sleep Res.* 2001; 10: 309-318.
- Lopez, J., Hoffmann, R., Armitage, R. (2010) Reduced Sleep Spindle Activity In Early-Onset And Elevated Risk For Depression.
- Maganti, R., Hausman, N., Koehn, M., Sandok, E., Glurich, I., Mukesh, B. N. (2006). Excessive Daytime Sleepiness and Sleep Complaints Among Children With Epilepsy. *Epilepsy & Behavior*.
- Marshall, L., Helgadottir, H., Molle, M. ve ark (2006) Boosting Slow Oscillations During Sleep Potentiates Memory. *Nature*.
- Mercer, L., Creighton, S., Holden, J.J.A. ve Lewis, M.E.S. (2006). Parental perspectives on the causes of an autism spectrum disorder in their children. *Journal of Genetic Counseling*, 15, 41–50.



- Mikoteit, T., Brand, S., Beck, J. (2013). Visually detected NREM Stage 2 Sleep Spindles in Kindergarten Children are Associated with Current and Future Emotional and Behavioural Characteristics. *J Sleep Res* 22:129-136.
- Muzur, A., Pace-Schott, E. F., Hobson, J. A. (2002). The Prefrontal Cortex in Sleep. *Trends Cogn Sci* 6:475-481.
- Nealy, C. E., O'Hare, L., Powers, J. D. ve Swick, D. C. (2012). The impact of autism spectrum disorders on the family: A qualitative study of mothers' perspectives. *Journal of Family Social Work*, 15, 187–201.
- Özkubat, U., ve Töret, G. (2014). Zihinsel yetersizliği olan çocuklara gündüz tuvalet kontrolü becerisi öğretiminde anneleri tarafından sunulan geleneksel gündüz tuvalet kontrolü öğretiminin etkililiği. *Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*.
- Özusta, S. (1999). Otizm: Tanı ve Ayırıcı Tanı. Eksi, A.(Ed.). *Ben Hasta Değilim*, İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi.
- Pekcan, G. (2004) *Adolesan Döneminde Beslenme*. Klinik Çocuk Forumu.
- Pelin, Z., ve Gözükırmızı, E. (2001). Uyku ve Uyanıklığın Kontrol Mekanizmaları. *T Klin Psikiyatri*; 2: 69-74.
- Pişkin, Ü. (1993). Otizmlili Çocuklarda Oyun, *Özel Eğitim Dergisi*, (3).
- Poyraz Tüy, S. (1999). 3-6 Yaş Arasındaki İşitme Engelli ve İşiten Çocukların Sosyal Beceri ve Problem Davranışları Yönünden Karşılaştırılmaları, *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, Ankara.
- Richdale, A. A. (2003). Descriptive Analysis Of Sleep Behaviour in Children With Fragile X'. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 28: 135-44.

- Sadeh, A., Pergamin, L., Bar-Haim, Y. (2006). Sleep In Children With Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Meta-Analysis Of Polysomnographic Studies. *Sleep Med Rev* 10:381- 398.
- Schopler, E. ve Mesibov, G. (Eds). (1995). *Learning and Cognition in Autism*. New York: Plenum Press.
- Selçuk, Z. (1999) *Bireyi Tanıma Teknikleri, İlköğretimde Rehberlik*, Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Sherr, H. ve Elliott, H. (2003). *Current Opinion in Pediatrics*.
- Simeonsson, R. J., Sharp, M. C. (1992). Developmental Delays, in Hoekelman RA, Friedman SB, Nelson NM, *Primary Pediatric Care*. St Louis, Mosby-Yearbook.
- Simon, N. (1978). Kaspar Hauser's Recovery And Autopsy: A Perspective On Neurological And Sociological Requirements For Language Development. *J Autism Child Schizophr*; 8:209-217.
- Skeels, A. ve Dye, H. B. (1939). A Study Of The Effects Of Differential Stimulation On Mentally Retarded Children. *Proceeding of the American Association of Mental Dciciency*.
- Skeels, H. M. (1966). Adult Status Of Children With Contrasting Early Life Experiences. *Monographs of the Society for Research in Child Development*.
- Spearman, C. (1904). General İntelligence, Objectively Determined And Measured. *Am J Psychol*.
- Sucuoğlu, B. ve Kargın, T. (2006). *İlköğretimde Kaynaştırma Uygulamaları*, Morpa Yayınları, İstanbul.

- Şanlıer, N. ve Yabancı, N. (2005). Okul Çağında Beslenme. 7-14 Yaş Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Dizisi. Morpa Kültür Yayınları, İstanbul.
- Terman, L. M. (1911). The Binet-Simon Scale For Measuring Intelligence: Impressions Gained By Its Application. Psychol Clin.
- Toker, F., Kuzgun, Y., Cebe, N., Uçkunkaya, B. (1968). Zekâ Kuramları, M.E.B. Talim ve Terbiye Dairesi Araştırma ve Değerlendirme Bürosu, Ankara.
- Tredgold, A. F. (1937). A textbook of mental deficiency. Baltimore: Wood.
- Uğraş, G. (2006). Nöroşirurji Yoğun Bakım Ünitesindeki Hastaların Uykusunu Etkileyen Faktörler, Sağlık bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Ünal, A. E. (2006). Sanat Eğitiminin Otizmlili Çocukların Duyusal Problemleri Üzerine Etkisinin İncelenmesi, Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Volkmar, F. R., Dykens, E. (2002). Mental Retardation. Child and Adolescent Psychiatry. Oxford: Publishing Ltd, 2002.
- Volkmar, F. R., Wiesner, L. A., Westphal, A. (2006). In the spectrum of Autism in Children Health care Related Topics. Türkiye Klinikleri. Current Opinion In Psychiatry (Türkçe Baskısı).
- Wang, G., Grone, B., Colas, D. ve ark (2011) Synaptic Plas- Wiggs L, Stores G (2004) Sleep Patterns and Sleep Disorders in Children With Autistic Spectrum Disorders: Insights Using Parent Report And Actigraphy. Dev Med Child Neurol.
- Whitman, T. L. (2004) The Development of Autism; A Self Regulatory Perspective. London: Jessica Kingsley Publishers.

WHO Multicentre Growth Reference Study Group, 2007.

Widmaier, P., Raff Hershel, Strang, K., Demirgören, (Çev.). (2010). Vander İnsan Fizyolojisi, Güven Kitap Evi, 10. Baskı, Ankara.

Wiggs, L. (2001). Sleep problems in Children with Developmental Disorders, Journal of the Royal Society of Medicine, 94.

Wing, L. (2010). *Otizm El Rehberi*, Çev: Kunt Semra, Sistem Yayıncılık, İstanbul. Yang, T.R., Wolfberg, P.J, Wu, S-C., ve HWU, P-Y. (2003). Supporting children on the autism spectrum in peer play at home and school, *The National Autistic Society*, Vol 7(4), 437-453.

Yüksel, G. (2004). Sosyal Beceri Envanteri El Kitabı, Asil Yayın Dağıtım, Ankara.

Zigler, E. ve Hodapp, R. (1986). Understanding Mental Retardation. New York, Cambridge University Press.

## EKLER

### Ek-1: Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

T.C. İstanbul Arel Üniversitesi

Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu

#### BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Psk. Büşra Aras tarafından yürütülen “

Otizm Spektrum Bozukluğu Ve Mental Retardasyon Tanısı Alan Çocuklarda Uyku Sorunları İle Davranışsal Sorunlar Arasındaki İlişki” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı Araştırma, özel eğitime giden 4–14 yaş grubu çocuklarının uyku özellikleri ile davranış sorunlarıyla ilişkisini anlamak ve bu iki durum arasında oluşan anlamlı farklılığı belirlemektir. Araştırmada sizden tahminen 30dk (süreyi saat veya dakika olarak belirtebilirsiniz) ayırmanız istenmektedir. Araştırmaya sizin dışınızda tahminen 100 kişi katılacaktır. <sup>1</sup> Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahiptir. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. İletişim bilgileriniz ise sadece izninize bağlı olarak ve farklı araştırmacıların sizinle iletişime geçebilmesi için “ortak katılımcı havuzuna” aktarılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir ve ya **busra.aras96@hotmail.com** e-posta adresi ve **05332713634** numaralı telefonda ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

---

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının 2:

Adı-

Soyadı:.....

İmzası: İletişim Bilgileri: e-posta:

Telefon:

İletişim bilgilerimin diğer araştırmacıların benimle iletişime geçebilmesi için “ortak araştırma havuzuna” aktarılmasını;  kabul ediyorum  kabul etmiyorum (lütfe uygun seçeneği işaretleyiniz)

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin:

Veli veya Vasisinin

Adı-

Soyadı:.....

İmzası:

Araştırmacının

Adı-Soyadı: Psk.Büşra ARAS

İmzası:

Şahidin:<sup>3</sup>

Adı-

Soyadı:.....

İmzası:

## Ek-2: Kişisel Bilgi Formu

### KİŞİSEL BİLGİ FORMU

YÖNERGE:

Değerli Veli,

Aşağıdaki kişisel bilgi formu ve ilgili ölçekler yüksek lisans tez çalışmasına veri sağlamak için hazırlanmıştır. Elde edilen veriler tez çalışması dışında kullanılmayacak ve kimseyle paylaşılmayacaktır. Araştırma sonuçlarının geçerli ve güvenilir olabilmesi için her soruyu okuyarak samimi ve içten bir şekilde cevaplamanız gerekmektedir. Lütfen kendi durumunuza en uygun seçeneği seçiniz ve cevapsız soru bırakmayınız.

Bilimsel amaçla hazırlanan bu çalışmaya cevaplarınızla yapacağınız katkılardan dolayı şimdiden teşekkür ederim.

İstanbul Arel Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Öğrencisi

Tarih:

Formu Dolduran:

Telefon Numarası:

#### Cocuğun

Adı -Soyadı:

Doğum Tarihi:

Cinsiyet: E  K

Öz

Evlat edinilmiş

Özel Eğitim Kurumu:

Çocuğunuzun doktor tarafından konulmuş tanısı:

Çocuğun rapordaki özür oranı:

fiziksel hastalıkları var mı ? : evet  hayır  varsa

Anaokulu/kreş: Gitti  Gitmedi

#### Annenin

Adı Soyadı: \_\_\_\_\_

Doğum Tarihi: \_\_\_\_\_

Eğitim Durumu: \_\_\_\_\_

Durumu: \_\_\_\_\_

Mesleği: \_\_\_\_\_

Akrabalık Durumu:

Kaçıncı Evlilikleri:

Aile Durumu: birlikte  ayrı  boşanmış  vefat

Size göre ekonomik, gelir düzeyiniz:

1400 tl ye kadar ( ) 1401-2500 ( ) 2501-3500 ( ) 3501-4500 ( ) 4501 ve üstü ( )

#### Babannın

Adı Soyadı: \_\_\_\_\_

Doğum Tarihi: \_\_\_\_\_

Eğitim

Mesleği: \_\_\_\_\_

Çocuğun Kardeş sayısı:

Varsa kardeşlerin yaş ve cinsiyetleri: 1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

- **Ailede ruhsal hastalığı olan kişi var mı?** Evet  Hayır

Varsa kim/aldığı tanı nedir? \_\_\_\_\_

- **Ailenizde son bir kaç yıl içerisinde önemli bulduğunuz, olumlu ve olumsuz değişiklikler oldu mu?**

Ölüm  Kaza  Boşanma  Taşınma  Ağır hastalık  Maddi Kayıp

Diğer \_\_\_\_\_ Yok

- **Doğum ve hamilelik dönemine ilişkin belirtmek istediğiniz bir durum var mı?**

Tüp bebek vb.  Doğum sonrası bebeğin yoğun bakımda/kuvözde kalma gereği

Düşük olasılığı  Zorunlu sezaryen  36 haftadan küçük doğum  2.5 kg.dan küçük doğum  Doğumda morarma/oksijensiz kalma  Sarılık

Yok

Diğer \_\_\_\_\_

**Çocuğunuz;** İlk kelimelerini kaç aylıkken söyledi? \_\_\_\_\_

Kaç yaşında tam cümle kurdu? \_\_\_\_\_

Kaç aylıkken yürüdü? \_\_\_\_\_

Tuvalet eğitimini kaç yaşında aldı? \_\_\_\_\_

- **Çocuğunuz şu an çiş ya da kaka kaçırıyor mu?** Evet  Hayır

- **Çocuğunuzun geçirilmiş veya tedavisi devam eden önemli rahatsızlıkları;**

Epilepsi  Travma  Şeker hastalığı  Ayak/tabana sorunları

Astım  Bademcik/geniz eti  Kalp hastalıkları  Fıtık/inmemiş testis  Yok

Diğer \_\_\_\_\_

**Geçirilmiş ameliyat:** Var  Yok

**Geçirilmiş tedavi gerektiren kaza:** Var  Yok

**Geçirilmiş ateşli havale, sara nöbeti:** Var  Yok



- **Çocuğunuzun;**

Ani istemsiz kas seğirmeleri Var  Yok

Yapmadan duramadığı, tekrarlayıcı, rahatsız edici düşünce ve davranışları Var  Yok

Yoğun kaygı/korkuları Var  Yok

Bedensel yakınmaları Var  Yok

Dürtülerini/isteklerini kontrol etme ile ilgili zorlukları Var  Yok

- **Eğer çocuğunuz 5 yaşından küçükse şu anda; 5 yaşından büyükse 5 yaşından önceki döneminde, gelişiminde aşağıdaki durumlar söz konusu oldu mu?**

Konuşmada gecikme (2 yaşta 10 kelimedenden az söylemek, 50 kelimedenden az anlamak)

Yürümede gecikme (14 ay sonrası)

Göz temasında yetersiz kalma

İsmine bakmama

Kendi eliyle işaret etmeme

Vurma, ısırma

Diğer \_\_\_\_\_

Yok

- **İlaç tedavisi**

• **İlaç Kullanıyor mu?** Evet  hayır

Danıştığımız uzmanın adı: \_\_\_\_\_

Tedavinin yararı: az  orta  çok

Tedaviyi yeterince uyguladığımızı düşünüyor musunuz? Evet  Hayır

Tedaviye devam ediyor musunuz? Evet  Hayır

- **Bilmemizi istediğiniz diğer konular:**

**TEŞEKKÜR EDERİZ.**

### Ek-3: Çocuklarda Uyku Formu

Çocuğun adı-soyadı:.....  
Formu dolduran kişinin adı soyadı:.....  
Çocukla akrabalığı:.....  
Ulaşabileceğimiz telefon numaralarınızı (alan kodu ile birlikte) belirtiniz  
Gün içindeki saatlerde:.....Akşam saatlerinde:.....  
Size ulaşamadığımız takdirde ulaşabileceğimiz başka bir yakınının adı-soyadı ve telefon  
numarası:.....

#### Doğru doldurmanız için gereken bilgi:

Lütfen takip eden sayfalardaki soruları, çocuğunuzun uyku ve uyanıklık sırasındaki davranışlarına göre yanıtlayınız. Eğer son birkaç günlük hali, her zamanki halinden farklı ise sorular çocuğunuzun genelde nasıl olduğuna göre yanıtlanmalıdır. Eğer herhangi bir soruyu nasıl cevaplayabileceğinizi bilemiyorsanız lütfen eşiniz, çocuğunuz ya da hekiminize sormakta tereddüt etmeyiniz. Cevabınızı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz ve yazmak istediklerinizi boş bırakılmış yerlere ekleyiniz.

“E” evet, “H” hayır, “Bim” bilmiyorum anlamına gelmektedir.

“Genellikle” kelimesini gördüyseniz burada “zamanın yarından fazlası” ya da “gecelerin yarından fazlası” kastedilmektedir.

#### ÇOCUĞUNUZ HAKKINDA GENEL BILGI

Bugünün tarihi (gün/ay/yıl olarak):

Bu formu nerede dolduruyorsunuz?:

Çocuğunuzun doğum tarihi (gün/ay/yıl olarak):

Cinsiyeti:

Şu andaki boyu: Şu

andaki kilosu:

Kaçıncı sınıfa gittiği:

\*(Michigan Üniversitesi Uyku Bozuklukları Merkezi Yöneticisi ve Nöroloji Profesörü Dr. Ronald D. Chervin tarafından geliştirilmiştir.)

versiyon: 070424

**A. Gece ve uyku zamanı olan davranışlar**  
**ÇOCUĞUNUZ UYURKEN ...**

E= Evet  
H= Hayır  
Blm= Bilmiyorum

A1 ...hiç horlar mı?	E	H	Blm
A2 ...zamanın yarısından fazlasında mı horlar?	E	H	Blm
A3 ...daima mı horlar?	E	H	Blm
A4 ...yüksek sesle mi horlar?	E	H	Blm
A5 ...belirgin ya da yüksek sesle mi soluk alıp verir?	E	H	Blm
A6 ...nefes alıp-vermekte sorun yaşadığı ya da zorlukla nefes aldığı olur mu?	E	H	Blm
<b>HİÇ...</b>			
A7 ...çocuğunuzun gece nefes alıp vermediğini gördüğünüz oldu mu? Eğer olduysa, lütfen nasıl olduğunu yazın:	E	H	Blm
A8 ...çocuğunuzun uykudaki soluk alıp verişiyile ilgili kaygılandınız mı?	E	H	Blm
A9 ...çocuğunuzun uyanmasını ve nefes alsın diye sarstığınız oldu mu?	E	H	Blm
A11 ...çocuğunuzun horlama sesiyle birlikte uyandığınızı gördünüz mü?	E	H	Blm
<b>ÇOCUĞUNUZUN...</b>			
A12 ...huzursuz bir uykusu var mı?	E	H	Blm
A13 ...yataкта bacaklarının huzursuz olduğunu fark ettiniz mi?	E	H	Blm
13a. ...”büyüme ağrıları” var mı (açıklanamayan bacak ağrıları)?	E	H	Blm
13b. ...yattığında kötüleşen “büyüme ağrıları” var mı?	E	H	Blm
<b>ÇOCUĞUNUZ UYURKEN SİZ HİÇ...</b>			
A14 ...bir ya da iki bacağında kısa tekmeleme hareketleri gördünüz mü?	E	H	Blm
14a. ...düzenli aralıklarla (yani yaklaşık her 20-40 saniyede bir) tekrarlayan tekmelemeler ya da sıçramalar gördünüz mü?	E	H	Blm
<b>GECELERİ ÇOCUĞUNUZ GENELLİKLE...</b>			
A15 ...terler mi ya da pijamaları terden ıslanır mı?	E	H	Blm
A16 ...yataktan çıkar mı (herhangi bir nedenle)?	E	H	Blm
A17 ...çiş yapmak için yataktan çıkar mı?	E	H	Blm
17a. Eğer öyleyse, ortalama olarak gecede kaç kez olur? .....	E	H	Blm
A21 Çocuğunuz genelde ağzı açık mı uyur?	E	H	Blm
A22 Geceleri çocuğunuzun burnu genelde dolu ya da tıkalı mı olur?	E	H	Blm
A23 Çocuğunuzun burnundan soluk almasını engelleyen herhangi bir alerjisi var mı?	E	H	Blm
<b>ÇOCUĞUNUZ...</b>			
A24 ...gündüz esnasında da ağızdan mı soluk alıp verir?	E	H	Blm
A25 ...sabahları kalktığında ağzı kurumuş mu olur?	E	H	Blm
A27 ...geceleri midesinin altüst olduğundan şikayet eder mi?	E	H	Blm
A29 ...geceleri boğazında yanma hissi olduğundan şikayet eder mi?	E	H	Blm
A30 ...geceleri dişlerini gıcırdatır mı?	E	H	Blm
A32 ...ara sıra yatağını ıslatır mı?	E	H	Blm
A33 ...çocuğunuz hiç gece uykusunda yürüdü mü? (“uyurgezerlik”)?	E	H	Blm
A34 ...çocuğunuzun uykusunda konuştuğunu hiç duydunuz mu?	E	H	Blm
A35 Ortalama olarak çocuğunuz haftada bir ya da daha fazla kabus görür mü?	E	H	Blm
A36 Çocuğunuz hiç gece çığlık atarak uyandı mı?	E	H	Blm
A37 Çocuğunuzun gece “sanki ne uyuyor ne de uyanıkmiş gibi” bir davranış ya da harekette bulunduğu oldu mu? Eğer olduysa, nasıl olduğunu yazın:	E	H	Blm
A40 Çocuğunuz geceleri uykuya dalmakta güçlük çeker mi?	E	H	Blm
A41 Çocuğunuzun yattıktan sonra uykuya dalması ne kadar zaman almaktadır (tahmini bir süre yeterli olacaktır)?	.....		
A42 Yatma zamanında çocuğunuzun zor “rutinleri” ya da “törenleri” var mı, çok tartışmanız gerekir mi ya da çocuğunuz olumsuz başka davranışlar gösterir mi?	E	H	Blm
<b>ÇOCUĞUNUZ HİÇ...</b>			
A43 ...uykuya dalarken başını yada vücudunu sallar mı, etrafa çarpar mı?	E	H	Blm

A44	...ortalama olarak gecede ikiden fazla uyanır mı?	E	H	Blm
A45	...gece uyanırsa yeniden uykuya dalmakta sorun yaşar mı?	E	H	Blm
A46	...sabah erkenden uyanır ve yeniden uykuya dalmakta zorluk yaşar mı?	E	H	Blm
A47	Çocuğunuzun yatma zamanı günden güne çok fazla değişiklik gösterir mi?	E	H	Blm
A48	Çocuğunuzun kalkma zamanı günden güne çok fazla değişiklik gösterir mi?	E	H	Blm

**ÇOCUĞUNUZ GENELLİKLE SAAT KAÇTA...**

A49	...hafta içinde yatağa gider?	.....
A50	...hafta sonu ve tatillerde yatağa gider?	.....
A51	...hafta içi sabahları yataktan kalkar?	.....
A52	...hafta sonu ve tatillerde yataktan kalkar?	.....

**B. Gün içerisindeki davranışları ve olası sorunlar:**

**ÇOCUĞUNUZ....**

B1	...sabahları dinlenmemiş bir şekilde uyanır mı?	E	H	Blm
B2	...gün içerisinde uykulu olma gibi bir sorunu var mıdır?	E	H	Blm
B3	...gün içerisinde uykusu geldiğinden şikayet eder mi?	E	H	Blm
B4	Öğretmenlerinden biri ya da ilgili diğer kişiler çocuğunuzun gün içerisinde uykulu görüldüğüne dair bir yorum yaptı mı?	E	H	Blm
B5	Çocuğunuz gündüz şekerleme uykusuna yatar mı?	E	H	Blm
B6	Sabahları çocuğunuz uyandırmak çok zor olur mu?	E	H	Blm
B7	Çocuğunuz sabahları baş ağrısı ile uyanır mı?	E	H	Blm
B8	Ortalama olarak ayda en az bir kez baş ağrısı olur mu?	E	H	Blm
B9	Çocuğunuz doğduğundan itibaren gelişiminde duraklamanın olduğu bir dönem hiç oldu mu? Eğer öyleyse, ne şekilde olduğunu tanımlayınız:	E	H	Blm
B10	Çocuğunuzun tonsilleri (bademcikleri) duruyor mu? (alındıysa neden ve ne zaman alındı?)	E	H	Blm

**ÇOCUĞUNUZ HİÇ...**

B11	...nefes almakta zorlandığı bir durum yaşadı mı? Eğer yaşadıysa, lütfen tanımlayınız:	E	H	Blm
B12	...ameliyat geçirdi mi? Eğer geçirdiyse ameliyat öncesinde, esnasında ya da sonrasında hiç solunum güçlüğü oldu mu?	E	H	Blm
B13	...güldükten ya da bir şeye şaşırdıktan sonra aniden bacaklarında veya başka bir yerinde güçsüzlük ortaya çıktı mı?	E	H	Blm
B15	...yataкта uyanık ve etrafa bakıyorken kısa bir dönem kımıldayamadığı oldu mu?	E	H	Blm
B16	Çocuğunuzun karşı konulamaz bir şekilde şekerleme yapmak istediği ve uyumasın diye onu durdurmak için çabaladığınız olur mu?	E	H	Blm
B17	Çocuğunuz uyanıkken hiç rüyadaymış gibi hissettiği (görüntüler gördüğü ya da sesler duyduğu) oldu mu?	E	H	Blm
B18	Çocuğunuz tipik bir gününde kafein içeren içecekler (kola, kahve, çay) içer mi? 18a. Eğer öyleyse günde kaç bardak ya da kaç şişe içer?	Sayı: .....		
B19	Çocuğunuz hiç keyif verici ilaçlardan kullanır mı? Eğere öyleyse adları nedir ve ne sıklıkta kullanır?	E	H	Blm
B20	Çocuğunuz sigara, tütün ya da tütün içeren herhangi başka bir ürün kullanır mı? Eğer öyleyse hangilerini, ne sıklıkta kullanır?	E	H	Blm
B22	Çocuğunuz kilolu mudur? 22a. Eğer öyleyse, bu durum ilk olarak hangi yaşta gelişti?	Yaş: .....		
B23	Size bir doktor çocuğunuzda hiç yüksek damak bulunduğunu söyledi mi?	E	H	Blm
B24	Çocuğunuz davranış problemleri yüzünden hiç Ritalin (metilfenidat ) kullandı mı?	E	H	Blm
B25	Çocuğunuzda herhangi bir hekim tarafından Dikkat Eksikliği Bozukluğu (DEB) ya da Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) bulunduğu söylendi mi?	E	H	Blm



7. Çocuğunuzun kardeşlerinde ya da anne-babasinda hekim tarafından şüphelenilen veya kesin tanısı konulan davranış bozukluğu ya da uyku bozukluğu varsa belirtiniz:

Akraba:

Hastalık:

.....  
.....  
.....

.....  
.....  
.....

#### D. Ek bilgiler

Önemli bulduğunuz ek bilgileri yazarken lütfen yazıların altında boş bırakılan alanlardan yararlanınız. Soruların herhangi birini daha detaylı tanımlamak için gerekirse lütfen bu boşluğu da kullanınız.

E. Lütfen işaretleyerek (çarpı koyabilirsiniz) aşağıdaki her bir ifadenin çocuğunuza ne kadar uyduğunu belirtiniz:

Çocuğunuz sıklıkla.....	Yok Denebilir (0)	Sadece Çok Az (1)	Oldukça (2)	Kesinlikle Çoğu Zaman (3)
C1. .... Doğrudan onunla konuştuğunuzda dinlemiyormuş gibi görünür.				
C2..... Üstüne aldığı işleri ve aktiviteleri düzenlemekte zorlanır				
C3..... Dışardan gelen uyarılarla dikkati kolayca dağılır.				
C4..... Eli-ayağı sürekli oynar veya oturduğu yerde sürekli kıpırdanır.				
C5. .... Başkalarının yaptığı şeylerin arasına girer (konuşmaları kesme, arkadaşlarının oyunlarını bölme gibi)				

## Ek-4: 4-18 Yaş Çocuk ve Ergenler için Davranış Değerlendirme Ölçeği

Çocuğun adı soyadı:.....

Tarih:.....

Aşağıda çocukların özelliklerini tanımlayan bir dizi madde bulunmaktadır. Her bir madde çocuğunuzun şu andaki ya da son 6 ay içindeki durumunu belirtmektedir. Bir madde çocuğunuz için hiç doğru değilse (0), bazen ya da biraz doğru ise (1), çok ya da sıklıkla doğru ise (2) sayılarını yuvarlak içine alınız. Lütfen tüm maddeleri işaretlemeye çalışınız.

1- Yaşından daha küçük bir çocuk gibi davranır.	0 1 2	29- Bazı hayvanlardan ve okul dışı ortamlardan ya da yerlerden korkar. Açıklayınız	0 1 2
2- Alerjisi vardır. (yeme, koklama ile, tozlu bir yerde bulunmakla, kaşıntı, döküntü, göz yaşarması vs. olması)	0 1 2	30- Okula gitmekten korkar.	0 1 2
3- Çok tartışır.	0 1 2	31- Kötü bir şey düşünmek ya da yapmaktan korkar.	0 1 2
4- Astımı (nefes darlığı) vardır.	0 1 2	32- Mükemmel olması gerektiğine inanır.	0 1 2
5- Karşı cinsten biri gibi davranır.	0 1 2	33- Kimsenin onu sevmediğine inanır ve bundan yakınır	0 1 2
6- Kakasını tuvaletten başka yerlere yapar.	0 1 2	34- Başkalarının ona zarar vereceğini, kötülük yapacağını düşünür.	0 1 2
7- Ovünür, yüksekten atar, hava yapar.	0 1 2	35- Kendini değersiz hisseder.	0 1 2
8- Dikkatini uzun süre bir konu üzerinde toplayamaz.	0 1 2	36- Çok sık bir yerlerini incitir, başı kazadan kurtulmaz.	0 1 2
9- Bazı düşünceleri kafasına takar ve bunları aklından çıkaramaz. Açıklayınız...	0 1 2	37- Çok kavga, dövüş eder.	0 1 2
10- Yerinde rahat duramaz, çok hareketlidir.	0 1 2	38- Onunla çok alay edilir. (Arkadaşları onunla çok alay eder.)	0 1 2
11- Yetişkinlerin dizinin dibinden ayrılmaz, onlara çok bağımlıdır.	0 1 2	39- Başı belada olan kişilerle dolasıır.	0 1 2
12- Yalnızlıktan yakınır.	0 1 2	40- Olmayan sesler işitir. Açıklayınız...	0 1 2
13- Kafası karışıktır, şaşkın görünür.	0 1 2	41- Düşünmeden ya da aniden hareket eder.(Aklına eseni yapar.)	0 1 2
14- Çok ağlar.	0 1 2	42- Başkalarıyla beraber olmaksızın yalnız kalmayı tercih eder.	0 1 2
15- Hayvanlara eziyet eder.	0 1 2	43- Yalan söyler ve hile yapar.	0 1 2
16- Başkalarına eziyet eder, zalimce ve kötü davranır.	0 1 2	44- Tırnaklarını yer.	0 1 2
17- Hayale dalıp gider, kendini unuttur.	0 1 2	45- Sinirli ve gergindir.	0 1 2
18- Bile bile kendine zarar verir ya da intihar girişiminde bulunur.	0 1 2	46- Kas seğirmeleri, tikleri vardır. Açıklayınız...	0 1 2
19- Hep dikkat çekmek ister.	0 1 2	47- Gece kabusları, korkulu rüyaları vardır.	0 1 2
20- Eşyalarına zarar verir.	0 1 2	48- Diğer çocuklar tarafından sevilmez.	0 1 2
21- Ailesine ya da başkalarına ait esyalara zarar verir.	0 1 2	49- Kabızlık çeker.	0 1 2
22- Evde söz dinlemez.	0 1 2	50- Çok korkak ve kaygılıdır.	0 1 2
23- Okulda söz dinlemez.	0 1 2	51- Baş dönmesi vardır.	0 1 2
24- İştahsızdır, az yemek yer.	0 1 2	52- Kendini çok suçlu hisseder.	0 1 2
25- Diğer çocuklarla geçinemez.	0 1 2	53- Aşırı yemek yer.	0 1 2
26- Yanlış davranışından dolayı suçlanmış gibi görünmez.	0 1 2		
27- Genellikle kıskançtır.	0 1 2		
28- Yenilip içilmeyecek şeyleri yer ya da içer. (kum, kil, kalem, silgi gibi) Açıklayınız....	0 1 2		

54- Aşırı yorgundur.	0 1 2		
55- Çok kiloludur.	0 1 2		
56- Tıbbi nedeni bilinmeyen bedensel şikayetleri vardır:	0 1 2		
a- Ağrılar, sızılar	0 1 2		
b- Baş ağrıları	0 1 2		
c- Bulantı, kusma hissi	0 1 2		
d- Gözle ilgili şikayetler, açıklayınız...	0 1 2		
e- Döküntüler ya da başka cilt sorunları	0 1 2		
f- Mide, karın ağrısı ve kramplar	0 1 2		
g- Kusma	0 1 2		
h- Diğer, açıklayınız...	0 1 2		
57- İnsanlara fiziksel saldırıda bulunur.	0 1 2		
58- Burnuyla, cildiyle, vücudunun başka kısımlarıyla oynar ve yolar. Açıklayınız...	0 1 2		
59- Herkesin ortasında cinsel organıyla oynar.	0 1 2		
60- Cinsel organıyla çok fazla oynar.	0 1 2		
61- Okul başarısı düşüktür.	0 1 2		
62- Dengesiz ve sakardır.	0 1 2		
63- Kendinden büyük çocuklarla olmayı tercih eder.	0 1 2		
64- Kendinden küçük çocuklarla olmayı tercih eder.	0 1 2		
65- Konuşmayı reddeder.	0 1 2		
66- Bazı hareketleri tekrar tekrar yapar. Tanımlayınız...	0 1 2		
67- Evden kaçır.	0 1 2		
68- Çok bağırır, çağırır.	0 1 2		
69- Sır vermez, düşüncelerini kendine saklar.	0 1 2		
70- Olmayan şeyleri görür. Açıklayınız...	0 1 2		
71- Sıkılgan ve utangaçtır.	0 1 2		
72- Yangın çıkarır	0 1 2		
73- Cinsel sorunları vardır. Açıklayınız...	0 1 2		
74- Gösteriştin hoşlanır, maskaralık yapar.	0 1 2		
75- Çekingen ve ürkektir.	0 1 2		
76- Çocukların çoğundan daha az uyur.	0 1 2		
77- Çocukların çoğundan gece ve gündüz daha çok uyur. Açıklayınız...	0 1 2		
78- Kakasıyla oynar ya da etrafa bulaştırır.	0 1 2		
79- Konuşma güçlüğü vardır. Açıklayınız...	0 1 2		
80- Boş gözlerle uzun uzun bakar.	0 1 2		
81- Evden çalmaları vardır.	0 1 2		
		82- Evin dışında çalmaları vardır.	0 1 2
		83- İhtiyacı olmayan nesnelere toplar, biriktirir. Tanımlayınız...	0 1 2
		84- Acayip tuhaf davranışları vardır. Açıklayınız...	0 1 2
		85- Acayip tuhaf düşünceleri vardır. Açıklayınız...	0 1 2
		86- İnatçı, somurtkan ve rahatsız edicidir.	0 1 2
		87- Duygudurumunda ani değişiklikler olur.	0 1 2
		88- Çok sık küser.	0 1 2
		89- Şüphecidir.	0 1 2
		90- Küfürlü ve açık saçık konuşur.	0 1 2
		91- Kendini öldürmekten söz eder.	0 1 2
		92- Uykuda yürür ve konuşur. Açıklayınız...	0 1 2
		93- Çok fazla konuşur.	0 1 2
		94- Başkalarıyla çok dalga geçer alay eder.	0 1 2
		95- Öfke nöbetleri vardır, çok çabuk öfkelenir.	0 1 2
		96- Cinsel konuları fazlaca düşünür.	0 1 2
		97- İnsanları tehdit eder.	0 1 2
		98- Parmak emer.	0 1 2
		99- Temizliğe ve titizliğe aşırı düşkündür.	0 1 2
		100- Uyku sorunu vardır.	0 1 2
		101- Okuldan kaçır, dersini asar.	0 1 2
		102- Hareketsiz ve yavaştır, enerjik değildir.	0 1 2
		103- Mutsuz, üzgün, çökkün ve bezgindir.	0 1 2
		104- Çok gürlütcüdür.	0 1 2
		105- Tıbbi amaç dışında alkol ya da ilaç kullanır.	0 1 2
		106- Etrafındaki eşyalara amaçsız olarak zarar vermektin zevk alır.	0 1 2
		107- Gündüz altını ıslatır.	0 1 2
		108- Yatağını ıslatır.	0 1 2
		109- Sızlanır, mızırdanır.	0 1 2
		110- Karşı cinsten olmayı ister.	0 1 2
		111- İçe kapanıktır, başkaları ile birlikte olmak istemez.	0 1 2
		112- Evhamlıdır, her şeyi dert edinir.	0 1 2
		113- Çocuğunuzun yukarıdaki listede belirtilmeyen başka sorunu varsa lütfen yazınız...	0 1 2
		<b>LÜTFEN TÜM MADDELERİ CEVAPLAYINIZ. TEŞEKKÜRLER...</b>	



## Ek 5: Eğitsel Değerlendirme İsteği Formu (Ortaöğretim Okulları)

T.C

Milli Eğitim Bakanlığı

.....Müdürlüğü

Sayı : .....  
.../.../20...

Konu : Eğitsel Değerlendirme İsteği

.....REHBERLİK VE ARAŞTIRMA MERKEZİ  
MÜDÜRLÜĞÜNE

Adı, Soyadı ve T.C kimlik numarası belirtilen öğrencimiz. Özel Eğitim Hizmetleri Yönetmeliğinin 23. maddesinde belirtilen tedbirler alınmasına rağmen; gelişim özellikleri ile eğitim yeterlilikleri açısından akranlarından beklenen düzeyde anlamlı farklılıklar göstermektedir. Bu nedenle, öğrencimizin eğitsel değerlendirme ve tanılmasının yapılarak gerekli eğitim tedbirinin alınmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

Öğrencimizle ilgili iş ve işlemlerin yapılması ve sonucun tarafımıza bildirilmesini arz ederim.

Okul Müdürü

<b>Adı SOYADI</b>	
<b>T.C Kimlik No</b>	
<b>Doğum Tarihi/Yeri</b>	
<b>Sınıfı, Şubesi</b>	
<b>Kaynaştırma Kararı Var mı ?</b>	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Varsa türü
<b>Adresi</b>	
<b>Telefonu</b>	
<b>Eğitsel Değerlendirme İsteği Nedeni</b>	<input type="checkbox"/> Akademik Başarısızlık <input type="checkbox"/> İletişim Becerilerinde Güçlük
	<input type="checkbox"/> İşitme Yetersizliği <input type="checkbox"/> Bedensel Yetersizlik
	<input type="checkbox"/> Görme Yetersizliği <input type="checkbox"/> Dikkat Eksikliği ve Hareketlilik
	<input type="checkbox"/> Dil ve Konuşma Güçlüğü <input type="checkbox"/> Özel Öğrenme Güçlüğü
	<input type="checkbox"/> Uyum ve Davranış Problemleri <input type="checkbox"/> .....
	<input type="checkbox"/> Veli görüşmesi. <input type="checkbox"/> Sınıfın fiziki ortamda düzenlemeler
	<input type="checkbox"/> Sağlık Kuruluşuna yönlendirme. <input type="checkbox"/> Öğretim yöntem ve tekniklerde düzenle.

Rehberlik ve Psk. Danış. Ser. ile işbirliği  Öğretim materyallerinde düzenle.

### **Alınan Tedbirlere Yönelik Açıklamalar**

**Açıklamalar:** Bu forumun sınıf rehber öğretmeni tarafından okul rehber öğretmeni ile birlikte, derse giren öğretmenlerden gerekli bilgileri, veli ve okul idarecilerin görüşleri alınarak doldurulması gerekmektedir.

### **FİZİKSEL GELİŞİM**

**Öğrencinin fiziksel gelişimine yönelik önemli görülen açıklamalar yazılacaktır.**

Öğrencinin :

**BİLİŞSEL BECERİLER**

Öğrencini ders başarılarına yönelik önemli görülen açıklamalar yazılacaktır.



(VARSA) GÖRME, İŞİTME DİL KONUŞMA VEYA DİKKAT EKSİKLİĞİ İLE İLGİLİ GÖZLEM VE BİLGİLER

**İLETİŞİM VE SOSYAL BECERİLER**

Öğrencinin iletişim becerileri, okula ve çevreye uyumu ile ilgili önemli görülen kişilik özellikleri yazılacaktır.

<b>ÖĞRENCİ İLE İLGİLİ GÖZLEMLER</b>					
		Her zaman	Çoğunlukla	Arasıra	Hiçbir zaman
Geç ve güç öğrenir.					
Öğrendiklerini çabuk unuttur.					
Soyut kavramları öğrenmede güçlük çeker.					
Genelleme ve kazanılan bilgilerin transferinde güçlük çeker.					
Dikkat süresi kısa ve dağınıktır.					
Basit ve kısa sözcüklerle konuşur.					
Not tutma ve tahtada yazılanları vb. defterine geçirmede zorlanır.					
<b>BELİRTİLMEK İSTENEN DİĞER AÇIKLAMALAR</b>					
<b>İNCELEME İSTEĞİ NEDENİNE İLİŞKİN</b>					
Varsa tıbbi tanısı :					
Daha önce resmi özel eğitim tedbiri alınmış mı?		<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet		
Alınan tedbir doğrultusunda gelişme gösteriyor		<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Kısmen	



Sosyal etkileşim becerilerinde yetersizdir.				
Sık sık okuldan kaçır.				
Başkalarına ait eşyalara izinsiz alır.				
Sinirlidir, sık sık öfke nöbetleri geçirir.				
Kendine ve başkalarına ait eşyaları zarar verir.				
Sürekli dikkat çekmek ister.				
Çekingen ve içe kapanıktır.				
Dalgındır, ara sıra uyuklar.				
Çalışmalara ilgisizdir.				

Velinin

Sınıf Öğretmeninin

Rehber Öğretmeninin

Adı Soyadı

Adı Soyadı

Adı Soyadı

İmzası

İmzası

İmzası

Okul Müdürü

İmzası

## ÖZGEÇMİŞ

<b>Kişisel Bilgiler</b>	
<b>Adı Soyadı</b>	Büşra Aras
<b>Doğum Yeri</b>	İstanbul
<b>E-MAİL</b>	<a href="mailto:busra.aras96@hotmail.com">busra.aras96@hotmail.com</a>
<b>ADRES</b>	Arnavutköy/İstanbul
<b>Eğitim Durumu</b>	
<b>Lisans Eğitimi</b>	Arel Üniversitesi Fen Edebiyat Fak.
<b>Yüksek Lisans Eğitimi</b>	Arel Üniversitesi Klinik Psikoloji
<b>Bildiği Yabancı Diller</b>	Orta Düzey İngilizce
<b>Bildiği Bilgisayar Programları</b>	Power Point, World, Excel, SPSS
<b>Mesleği</b>	Psikolog
<b>İş Tecrübesi</b>	
<b>Psikolog</b>	G.O.Paşa Aile Danışmanlık Merkezi
<b>Psikolog</b>	İ.D.M.Danışmanlık Merkezi
<b>Psikolog</b>	Bona Dea Psikiyatri