

T.C.
MALTEPE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

ÖZEL ÖĞRENME BOZUKLUĞU, ÖZEL ÖĞRENME BOZUKLUĞU DİKKAT
EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE TANISI ALMIŞ ÇOCUKLARDA DEPRESYON
VE KAYGI DÜZEYLERİNİN NÖROGELİŞİMSEL, EĞİTSEL, KÜLTÜREL VE
SOSYAL ÖZELLİKLERİ TEMELİNDE ARAŞTIRILMASI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SÜREYA TUĞ

081112102

Danışman Öğretim Üyesi :
Doç. Dr. SENNUR ZAIMOĞLU

İstanbul, Mayıs 2011

ÖNSÖZ

Marmara Üniversitesi Özel Eğitim Bölümü'nde ikinci lisansımı okurken; “özel öğrenme güçlüğü” dersine giren Hocamız Sayın Prof. Dr. Ümran Korkmazlar Oral'ın beni anlatmaya başladığını gördüm. Yıllardan beri yaşadığım sorunun öğrenme güçlüğü olduğunu bilmek; hem yüreğimi acıttı, hem de tanımlanan bir adının olması beni sevindirdi. Öğrenme güçlüğü yaşayan çocukları anlama, yardım etme ve bu konuda çalışma yapmam gerektiğine olan kararlılığımı pekiştirdi. Toplum içinde yaşadıkları sorunları; psikolojik süreçleri anlama ve destek olmak için, psikoloji bölümünde yüksek lisans yapmaya da bu amaçla karar verdim.

- ÖÖG ve DEHB'nun klinik yaklaşımını değerlendirme yöntemleri ve farklı tıbbi bakış açısını / bilgisini benimle paylaşan; gösterdiği özveri ve sabır ile tezimin oluşmasını sağlayan, Danışman Hocam Sayın Doç.Dr.Sennur Zaimoğlu'na;
- O günden beri, benimle eğitimsel bilgi ve birikimini paylaşan; İ.Ü. Çapa Çocuk Psikiyatri Kliniği'nde stajımı yapmamı sağlayan, Hocam Sayın Prof. Dr. Ümran Korkmazlar Oral'a;
- Nöroloji ve nörofizyoloji bilgisini bizlerle paylaşan, öğrenimime destek veren Sayın Dr. Bülent Madi'ye;
- İstatistik konusundaki desteğinden ötürü, Sayın Dr. Mustafa Otrar'a;
- Eğitim sürecimde beni hiç yalnız bırakmayan, Eşim Erdin Tuğ'a, koşulsuz sevgisini hissettiren, annelerinden beklentilerini en düşük seviyede tutan, canım kızlarım Umay Deniz Tuğ ve İlayda Deniz Tuğ'a;
- Metnin redaksiyonunda desteklerinden ötürü, Sayın Eylem Bozbey'e,

Son olarak aileme; tüm eğitim hayatıma verdikleri destek ve bana olan güvenleri için, yürekten teşekkür ederim.

Süreya TUĞ

ÖZET

Bu çalışmada özel öğrenme güçlüğü (ÖÖG) tanısı almış çocuklar ve özel öğrenme güçlüğü dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ikincil tanısı olan çocukların; okuma düzeyleri, depresyon ve kaygı düzeylerinin tanı değişkenine göre, farklılık gösterip göstermediğini incelemek amaçlanmıştır.

Çalışma, 66 özel öğrenme güçlüğü tanısı almış öğrenci üzerinde yapılmıştır. Örneklem grubunu oluşturan öğrencilerin 49'u (%74,2) erkek, 17'si (%25,8) kızdır. Katılımcıların en büyüğü 15, en küçüğü 7 yaşındadır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin 9'u (%13,6'sı) özel öğrenme bozukluğu tanısı almışken, 57'si (%86,4'ü) özel öğrenme bozukluğu, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı almıştır. Araştırmaya katılan öğrencilere Çocuklar için Depresyon Envanteri, Durumluk, Sürekli Kaygı Envanteri ölçekleri uygulanmıştır. Yapılan değerlendirmeye göre klinik depresyon tanısı alan ve almayan çocuklar ele aldığımız değişkenler temelinde karşılaştırılmıştır. Araştırmada Pearson korelasyon analizi yapılarak, t-Testi, Kruskal Wallis-H Testi, Mann Whitney U Testi ve Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), Chi-square analizi kullanılmıştır. Kİ Kare ve t-testi kullanılarak yapılan analizlerde depresif belirtileri, klinik tanı alacak durumda olan çocukların, gelişimsel dil becerilerinin ve genel zekâ bölümünün genel bilgi, yargılama, şifre alt testlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde düşük bir performans gösterdiği izlenmiştir. Ayrıca yine depresyon grubundaki çocukların diğer gruba göre spor etkinliklere daha az katıldığı izlenmiştir. Anne ve babanın öğretim yılının çocukların toplam zeka düzeyleri üzerinde önemli etkisi olduğu görülmektedir. Gelişimsel dil gelişimin öğrencinin okuma hızında etkili olduğu görülmektedir.

Sonuç olarak Özel Öğrenme Bozukluğuna eşlik eden depresyon; gelişimsel, bilişsel ve sosyal değişkenlerle ilişkilidir. Eğitimsel terapi sürecinde duygu durum profilinin değerlendirilmesinin önemli olduğunu vurgulamaktadır. Özel Öğrenme Bozukluğu olan çocuklarda, diğer meslek grupları ile ortak hedefe yönelik çalışma gerektiği düşünülmektedir. Okul öncesi dönemde erken eğitim programlarının oluşturması gerektiği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler; Özel Öğrenme Bozukluğu, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Depresyon, Kaygı, Beck Depresyon Envanteri, Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri

ABSTRACT

This paper is intended for examining whether or not reading level, depression anxiety levels of the children who are diagnosed with specific learning difficulty as well as those children who are with second diagnosis of attention deficit and hyperactivity disorder depending on variables of the diagnosis.

The study was performed on 66 students with specific learning difficulty diagnosis. Of the students comprising sample group, 49 (74,2%) are males and 17 (25,8%) are females. The oldest of the participants is 15 and youngest is 6 years old.

Of the students who participated in the research, 9 (13,6%) have been diagnosed with specific learning disorder, 57 (86,4%) have been diagnosed with specific learning disorder, attention deficit and hyperactivity. Beck Depression Inventory, Permanent Situation Anxiety Inventory were administered to the students participating in the research. Those children with and without clinical depression diagnosis were compared by the variables we discussed according to the assessments we performed. In this research, Pearson correlation analysis was performed and t-Test, Kruskal Wallis-H test, Mann Whitney U Test and Analysis of Variance (ANOVA), Chi-Square analyses were administered. In the analyses which were performed by using Chi-square and t-Test, it was observed that those children whose depressive symptoms are such that they are clinically diagnosed, underperformed in general knowledge, judgment, coding subtests of developmental linguistic skills and general intelligence sections with statistical significance. Moreover it's further observed that the kids in the depression group attend the sportive activities less than the other group.

As a result depression accompanying the specific learning disorder are related to developmental, cognitive and social variables. It's emphasized that evaluation of mood profile is very important in the process of educational therapy. It's considered necessary to administer treatment on the children with specific learning disorder jointly with other groups of professions towards a common goal.

Keywords: Specific Learning Disorder, Attention Deficit Hyperactivity, Depression, Anxiety, Beck Depression Inventory, Permanent Situation Anxiety Inventory

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	I
ÖZET	II
ABSTRACT	III
İÇİNDEKİLER	IV
TABLolar LİSTESİ	VI
BÖLÜM I	1
GİRİŞ	1
1.1. Özel öğrenme güçlüğü	3
1.1.1. Özel öğrenme gücünün tanımı ve tarihçesi	3
1.2. Görülme sıklığı ve cinsiyet sınıflandırması	6
1.3. Özel öğrenme güçlüğü'nün farklılıkları	9
1.3.1. Okuma bozukluğu (disleksi) tanımı	9
1.3.2. Okuma bozukluğu cinsiyet özelliği	10
1.3.3. Matematik öğrenme bozukluğu (diskalkuli) tanımı	11
1.3.4. Yazılı anlatım bozukluğu (disgrafi)	12
1.3.5. Başka türlü adlandırılmayan öğrenme bozukluğu	13
1.3.6. Özel öğrenme güçlüğü'nün genetik temelleri	14
1.3.7. Öğrenme bozukluğuna eşlik eden diğer bozukluklar	14
1.3.8. Özel öğrenme güçlüğü'nü açıklayan kuramlar	15
1.2. Öğrenme güçlüğü'nde duyuusal bozukluklar	16
1.2.1. Fonotik sorunlar	16
1.2.2. Görsel bozukluklar	17
1.2.3. Özel öğrenme bozukluğu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu	17
1.3. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB)	19
1.3.1. Tarihçe	19
1.3.2. DSM-IV'deki dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu için tanı ölçütleri (APA, 1994; 100-102)	20
1.3.3. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEBH) sıklık ve yaygınlığı	22
1.4. Depresyon	23
1.5. Kaygı	25
1.6. Araştırmanın amacı	26

1.7. Araştırmanın önemi	28
1.7.1. Önemi	28
1.7.2. Kapsam ve sınırlılıklar	28
1.7.3. Varsayımlar	28
BÖLÜM II	29
YÖNTEM	29
2.1. Araştırma modeli	29
2.2. Evren ve örneklem	29
2.3. Veri toplama araçları	29
2.3.1. Anamnez formu	29
2.3.2. Çocuklar için Beck Depresyon Ölçeği	30
2.3.3. Durumluk sürekli kaygı envanteri	30
2.3.4. Okuma düzeyinin belirlenmesi	31
2.3.5. Wechsler Çocuklar için Zekâ Ölçeği	32
2.3.6. Veri çözümleme yöntemleri	32
BÖLÜM III	33
BULGULAR	33
3.1. Sosyodemografik bulgular	33
3.2. Araştırma bulguları	38
BÖLÜM IV	45
TARTIŞMA VE ÖNERİLER	45
KAYNAKÇA	49
EKLER	54
Ek. 1. Kişisel Bilgi Formu (6 sayfa),	
Ek. 2. Çocuklar İçin Depresyon Envanteri (4 sayfa),	
Ek. 3. Çocuklar için Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri ölçeği (Nasıl Hissediyorum Anketi) (2 sayfa).	

TABLO LİSTESİ

Tablo 1a: Araştırmaya katılan öğrencilerin annelerinin öğretim yılı değişkeni için, frekans ve yüzde değerleri.

Tablo 1b: Araştırmaya katılan öğrencilerin babalarının öğretim yılı değişkeni için, frekans ve yüzde değerleri.

Tablo 2a: Araştırmaya katılan öğrencilerin yürümeye başladığında söylediği kelime sayısı için, frekans ve yüzde değerleri.

Tablo 2b: Araştırmaya katılan öğrencilerin 18 aya kadar, 15 kelime ifade etme değerleri.

Tablo 2c: Araştırmaya katılan öğrencilerin iki kelimelik kurdukları ayların, frekans ve yüzde değerleri.

Tablo 2d: Araştırmaya katılan öğrencilerin yabancılar tarafından konuşmasının ne zaman anlaşıldığına ait verilerin, (ay olarak) frekans ve yüzde değerleri.

Tablo 3: Araştırmaya katılan öğrencilerin okul öncesi eğitime başlama yaşları için, frekans ve yüzde değerleri.

Tablo 4a: Araştırmaya katılan öğrencilerin anaokuluna başlama sürecinde anneden ayrılma sorunu için, frekans ve yüzde değerleri.

Tablo 4b: Araştırmaya katılan öğrencilerin ilkokul başlangıcında anneden ayrılma sorunu için, frekans ve yüzde değerleri.

Tablo 5: Durumluluk sürekli kaygı envanteri puanları için, betimsel değerler.

Tablo 6: Sürekli kaygı ölçeği puanlarının depresyon tanısı değişkenine göre, farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan Mann Whitney-u Test sonuçları

Tablo 7: Durumluluk kaygı ölçeği puanlarının depresyon düzeyi (gruplandırılmış) değişkenine göre, farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan Mann Whitney-U test sonuçları.

Tablo 8: Durumluluk Kaygı ölçeği puanlarının yabancılar tarafından konuşmasının ne zaman anlaşılabilirdiği (ay olarak) değişkenine göre, farklılaşp farklılaşmadığı belirlemek için yapılan Mann Whitney-U test sonuçları.

Tablo 9: Araştırmaya katılan öğrencilerin yürümeye başladığında söylediği kelime sayısı ile depresyon değerlendirme leğine göre ait t-testi sonuçları.

Tablo 10: Araştırmaya katılan öğrencilerin iki kelimelik cümleyi kurduğu zaman ile depresyon değerlendirme leğine göre ait t-testi sonuçları.

Tablo 11: Araştırmaya katılan öğrencilerin spor yapanlar ve yapmayanlar ile depresyon değerlendirme leğine göre ait ki kare değerlendirme sonuçları.

Tablo 12: Araştırmaya katılan ğrencilerin WiSC-R testi alt leği şifre ile depresyon değerlendirme leğine göre ait t-t testi sonuçları.

Tablo 13: Araştırmaya katılan ğrencilerin WiSC-R testi alt leği yargılama ile depresyon değerlendirme leğine göre ait t-testi sonuçları.

Tablo 14: Araştırmaya katılan öğrencilerin kendi sınıf düzeylerine göre okuma yüzdeleri ile gelişimsel dil gelişimi arasındaki ilişki.

Tablo 15: Araştırmaya katılan öğrencilerin kendi sınıf düzeylerine göre okuma yüzdeleri ile gelişimsel dil gelişimi arasındaki ilişki.

Tablo 16: Araştırmaya katılan öğrencilerin depresyon puanlarının anne-babayla ilişkileri değişkenine göre, farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için yapılan Kruskal Wallis-H testi sonuçları.

Tablo 17: Araştırmaya katılan öğrencilerin depresyon puanlarının anne-babayla ilişkileri değişkenine göre, farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için yapılan Mann Whitney U testi sonuçları.

Tablo 18: Annelerin ğretim yılının WiSC-R Zekâ testinin alt testleri arasındaki ilişki.

Tablo 19: Babaların ğretim yılının WiSC-R Zekâ testinin alt testleri arasındaki ilişki.

BÖLÜM I

GİRİŞ

Yıllardan beri birçok araştırmacı bazı bireylerin, kendi yaşitlarına göre aynı düzeyde olmalarına rağmen, akademik ve sosyal yaşamda neden kendi yaşitlarının düzeyinde öğrenemedikleri veya öğrendiklerini neden aktaramadıkları sorusuna yanıt aramışlardır. Bu sorunun yanıtı, farklı kuramcılar tarafından; genetik, çevresel, nöro-psikolojik, psiko-sosyal, duygusal ve motivasyonel etmenler göz önüne alınarak, çok çeşitli şekillerde açıklanmaya çalışılmıştır. Okul çağına gelen çocuklarda yaşitlarına göre okul başarısı elde edilmeyince, ilk akla gelen çocuğun gelişiminde sorun olmasıdır. Gelişimi konusundaki sorularına cevap alan aile, daha sonra zekâ ile sorunu olup olmadığını araştırmaya başlar. Gelişim ve zekâ sorunu olmadığı halde, okulda yaşanan başarısızlık akranları ile uyumlarını, aile içi ve sosyal yaşamdaki ilişkilerini olumsuz etkilemektedir. Çocuğun yaşadığı başarısızlık kendi ruh sağlığını olumsuz etkilediğinden sosyal yaşama uyum sorunu yaşamaktadır. Bu süreçte aile destek alabilmek için, çocuk ruh sağlığıyla uğraşan uzmanlara başvurmaktadır (Korkmazlar, Ü.1992).

Öğrenme, anne karnında başlar ve ölünceye kadar devam eden bir süreçtir. Gelişim ve öğrenme bireyin gelişim düzeyine, bireysel özelliklerine göre karmaşık ve kapsamlı süreçler zinciridir. Öğrenme okulla sınırlandırılmamalıdır. Öğrenme bilginin kazanılması olduğuna göre, kişinin bilgiyi öğrenirken güçlük yaşamasına öğrenme güçlükleri denebilir (Korkmazlar 1999,Ü.1999).

Öğrenmede sorun yaşayan veya öğrenemeyen çocuğun neden öğrenemediğini tespit etmek, öğrenmeye destek olmak için önemlidir. Zihinsel yetersizlik, gelişimsel dönemde görülebilen davranışlarına da yansiyabilen yetersizliğin yanında zekâ fonksiyonlarının normalin altında olma durumudur. Zihinsel potansiyeli yetersiz olan çocukta öğrenmede güçlükler yaşaması normaldir. Özel Öğrenme Bozukluğu (ÖÖB) olan çocuklar zihinsel yeterlilikleri normal sınırlar içinde olmasına rağmen, öğrenme güçlüğü yaşayan çocuklardır. ÖÖB yaşayan çocukların en belirgin özelliği, okul başarısızlıkları ve okuma güçlüğüdür.

Öğrenme süreçlerinde sorun yaşayan bireylerde, dikkatle ilgili sorun yaşanıldığı düşünülmektedir. ÖÖB'na psikolojik sorunların eşlik ettiği ve arasında bir ilişki olduğu düşünülmektedir (Willcutt ve Pennington, 2000; Jensen ve Breiger, 2005).Okula giden çocuklarda sıklıkla görülen ÖÖB'nun ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) ile ilişkisi hakkında farklı açıklamalar bulunmaktadır. Koegh'in (1971) kuramına göre DEHB'nun zamanla ÖÖB'na yol açtığı düşünülmektedir (Aklaş, 1996). Çocuk ruh sağlığı uzmanları bunu ayırt etmekte zorlanmaktadır.

Okulda zorlanan, kendini yaşlılarından farklı hisseden, aile bireyleriyle ve öğretmenleriyle sosyal ilişkileri bozulan çocukların, psikolojik gelişimlerinde olumsuzluklar olabilmektedir. Depresyon, kaygı bozuklukları ve buna eşlik edebilecek diğer psikolojik bozukluklar özgüvenin sarsılması ve benlik saygısının zedelenmesi gibi ikincil ruhsal sorunlar da öğrenme süreçlerini olumsuz etkilemektedir (Erden, Kurtoğlu, ve Uslu,2002).Öğrenme Bozukluğu yaşayan çocukların okul başarısızlıklarından dolayı, depresyon belirtileri gösterdikleri kaygı ve endişelerini kontrol altına alamadıkları belirtilmiştir. Özellikle okuma bozukluğu yaşayan çocuklarda anksiyete ve depresyon belirtilerinin daha sık görüldüğü belirtilmektedir (Heiman, 2004). Alanda yapılan araştırmalarda okulda akademik başarısızlıkları olan ÖÖB gösteren öğrencilerin, umutsuzluk düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır (Gerede, 2002).

Bu çalışmada " Özel Öğrenme Bozukluğu ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısı almış 7-16 yaş çocuklarda, kaygı ve depresyon düzeylerinin; cinsiyet, yaş, konuşma-dil gelişimleri, bilişsel profilleri, anne-baba eğitimleri, kültürel ve sosyal özellikler temelinde araştırılması" hedeflenmiştir.

1. 1. ÖZEL ÖĞRENME BOZUKLUĞU

1.1.1. Özel Öğrenme Bozukluğunun Tanımı ve Tarihçesi

ÖÖB'nun; doğumla birlikte başlayan, yaşamının tüm alanını etkileyen gelişimsel bir sorun olduğu düşünülmektedir. Çocuğun gelişim döneminde, okul öncesi dönemde yaşlılarıyla karşılaştırıldığında farklılıkları vardır. Bu farklılıklar günlük yaşam içinde görülmeyebilir. Okul öncesi dönemde öğrenme güçlüğü yaşanan alanlar; dil gelişimi, motor beceriler, dikkat ve hareket alanı, algısal alan kavramsal gelişim geriliği olarak sıralayabiliriz. Literatürde, ilköğretim çağına gelmiş, öğrenme bozukluğu olan çocukların özellikleri farklı ele alınmıştır (akt. Faas 1976, Gaddes 1985, Reid 1998, Silver 1989, Tayles ve Panchurst 1985).

ÖÖB; bireyin zihinsel kapasitelerinin yaşına göre normal veya normalin üstü olmasına ve herhangi bir duyusunda (görme, işitme vb) yetersizliği olmamasına rağmen, akademik süreçlerden birinde ya da birkaçındaki becerilerin kazanılmasında ve kullanılmasında önemli güçlükler yaşaması durumu olarak tanımlanmaktadır. Alanda tanımlanan yetersizliklerin arasında; okuma, yazma, dinleme, anlama, konuşma, düşündüklerini ifade edebilme, imlâ, matematik problemleri çözme ve hesaplama gibi yetersizlikler biçiminde kendisini gösterebilen, sözlü ya da yazılı dili anlamaya veya kullanmaya ilişkin beceriler yer almaktadır (Silver, 1993).

ÖÖB'nun tarihçesine baktığımızda, 19. yüzyılın sonlarında fark edildiğini görmekteyiz. İki tıp doktorunun, 1800'lu yılların sonunda yaptığı eşzamanlı araştırmalara dayanmaktadır. John Hinshelwood, okuma, yazma ve bellek güçlükleri yaşayan bir hastasından elde ettiği bulgularını, "alexia" "kelime körlüğü" adı altında yayınlamıştır. Hinshelwood'un (1895) kendine özgü okuma problemi yaşayan, kelimeleri yazdığı halde okuyamayan yetişkin hastasını anlattığı makalesinin ardından Pringle Morgan, 14 yaşındaki bir erkek çocuğu olan Percy F. Vaka'sını 1896 yılında "doğuştan (konjenital) kelime körlüğü" tanısıyla yayınlamıştır. Morgan, 14 yaşındaki Percy'nin yaşlıları kadar sağlıklı görme duyusuna ve parlak bir zekâyâ sahip olmasına rağmen sözcükleri doğru okuyamadığını, kendisine görsel olarak sunulan yazılı kelimeleri hafızasında depolamada sorun yaşadığını, bununla birlikte matematik öğrenmede başarılı olduğunu belirtmiştir (Hallahan ve Mercer, 2001; Anderson ve Meier-Hedde, 2001).

1900'lü yılların başlarında, bir çocuğun alınan her türlü önleme rağmen okumayı başaramaması, o çocukta "kelime körlüğü" olduğu şeklinde kabul ediliyordu; ilk kez 1937 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde, Samuel Orton tarafından yayınlanan ve çocuklardaki okuma, yazma ve konuşma problemlerini ayrıntılı bir biçimde anlatan kitabıyla, bu tür problemlerin gelişimsel bir bozukluk olarak açıklaması yolunda önemli bir gelişme sağlanmıştır (Doris, 1993). Farklı bir bakış açısı ortaya koyan Dr.Orton, insan beyninin görme ve işitme merkezleri üzerinde çalışarak, özel öğrenme güçlüğü'nün sağaltımı ile ilgili diğer çalışmalara öncülük etmiştir. Daha sonraki yıllarda beyin işleyişi konusunda Grace Fernald, Marion Monroe ve Samuel Kirk öğrenme güçlüğü ile ilgili çalışmalarıyla bu alandaki gelişmelere büyük ölçüde katkıda bulunmuşlardır (Anderson ve Meier-Hedde, 2001).

Öğrenme Güçlükleri Derneği'nin (Learning Disabilities Association) (1986) benimsediği tanımda ise bu yetersizliğin, uzun süreli oluşuna dikkat çekilmekte ve hem okul hem de okul dışındaki günlük yaşamında öğrenme güçlüğü yaşayanların performansını olumsuz yönde etkilediği vurgulanmaktadır. Buna göre özel öğrenme güçlüğü, sözel ve sözel olmayan yeteneklerin gelişmesi, bütünleştirilmesi (entegrasyon) ve/veya sergilenmesi süreçlerinin bir ya da bir kaçında etkili olan ve sinir sistemi kökenli olduğu varsayılan kronik bir durumu ifade etmektedir. Özel öğrenme güçlüğü'nün belirtileri ve bu belirtilerin şiddeti, kişiden kişiye değişkenlik göstermektedir. Bu durum bireylerin öz-saygılarını, eğitimlerini, psikolojik süreçlerini, sosyalleşmelerini ömür boyu etkileyebilmektedir (Kavale ve Forness, 2000).

Ortak bir tanımda birleşmek ve iyileştirilmiş bir özel öğrenme güçlüğü tanımı oluşturabilmek amacıyla, 1975 yılında Amerika Birleşik devletlerinde bulunan 12 kurum birleşerek Öğrenme Güçlükleri Kurumlar Arası Komitesi'ni (ICLD) kurmuş ve konu hakkında bir rapor oluşturmuştur (Kavanaugh ve Truss, 1988). Buna göre şöyle bir tanım ortaya atılmıştır:

Özel öğrenme güçlükleri; konuşma, okuma, yazma, akıl yürütme, sayısal yeteneklerin edinimi ve kullanımında veya sosyal becerilerde oluşan önemli zorluklar ile ortaya çıkan ve farklı yapıda bir grup bozukluğa karşılık gelen genel bir terimdir. Bu bozukluğun merkezi sinir sistemi işlev bozukluğundan kaynaklandığı düşünülmektedir. Bir öğrenme güçlüğü diğer engelleme durumları (örn. duyu bozuklukları, zekâ geriliği, sosyal ve duygusal bozukluk), sosyo-çevresel etkiler (kültürel farklılıklar, yetersiz veya uygunsuz eğitim, psikolojik faktörler) ve özellikle

dikkat eksikliği bozukluğu ile beraber gerçekleşebilir. Tüm bunlar öğrenme güçlüklerine neden olabilir. Ancak yaşanan öğrenme sorunu bu durumların ve etkilerin doğrudan bir sonucu değildir (ICLD, 1987).

1990'da ICLD'nin tanımına karşılık olarak son yıllarda en çok kabul gören tanım, 1988'de ABD Ulusal Öğrenme güçlüğü Birleşik Komitesinin (NJCLD) yayınladığı tanımdır. NJCLD tanımı yeniden değiştirmiş ve şu tanımı onaylamıştır:

Özel öğrenme güçlüğü konuşma, okuma, yazma, akıl yürütme, sayısal yeteneklerin edinimi ve kullanımında oluşan önemli zorluklar ile ortaya çıkan ve farklı yapıda bir grup bozukluğa karşılık gelen genel bir terimdir. Bu bozukluğun merkezi sinir sistemi işlev bozukluğundan kaynaklandığı düşünülmektedir ve bu durum hayat boyunca sürmektedir. Öz denetimli davranış, sosyal algı ve sosyal iletişimdeki problemler öğrenme güçlükleri ile beraber var olabilirler ama sadece kendileri bir öğrenme güçlüğü oluşturmazlar. Özel öğrenme güçlüğü, diğer engelleme durumları (örn., duyu bozuklukları, zekâ geriliği, ağır duygusal bozukluk), dışsal etkiler (kültürel farklılıklar, yetersiz veya uygunsuz eğitim) ile beraber gerçekleşebilirler ama bu durumların ve etkilerin doğrudan bir sonucu değildir (NJCLD, 1994).

Özel öğrenme güçlüğü, Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (DSM) tanı ve sınıflandırma sisteminde DSM-IV ve dördüncü baskının son metin düzenlemesi olan DSM-IV-TR' de (APA, 2000) "Bireysel olarak uygulanan standart testlerde bireyin okuma, matematik ve yazılı anlatımının, kronolojik yaşına, zekâ bölümüne ve eğitim gördüğü sınıf düzeyine göre anlamlı ölçüde beklenenden düşük olması" şeklinde tanımlanmaktadır (APA, 1994).

Tanısal ve Ruhsal Bozukluklar İstatistiksel El Kitabı DSM-IV-TR (APA, 2000) özel öğrenme güçlüğü tanısında üç-çatallı bir yaklaşım benimsemiştir, buna göre:

- 1- Kişi; zekâ ve akademik başarı arasında, bir uyumsuzlığa sahip olmalı,
- 2- Söz konusu bozukluk; akademik becerileri kullanmayı gerektiren günlük faaliyetlerde, önemli bir güçlüğe neden olmalı,
- 3- Yaşanan problemler, duygusal problemlerle açıklanamamalıdır.
- 4- Başka türlü adlandırılmayan öğrenme bozukluğu (learning disorders not otherwise specified) olmak üzere, toplam dört başlık altında toplanmıştır. Bir bireyde bu bozukluk türleri bir arada ya da tek başına görülebilmektedir.

Bu sınıflamaya ek olarak alan yazında sıkça karşılaşılan fakat DSM-IV' de (1994) tanı kategorileri içinde yer almayan, "sözel olmayan (non-verbal) öğrenme bozukluğu" açıklanacaktır. Bu bozukluk ilk defa Myklebust tarafından 1975 yılında bir terim olarak adlandırılmış, o zamandan bu yana, "Gelişimsel Gerstman Sendromu", "Sosyal-Duygusal Öğrenme Güçlüğü", "Sağ Hemisfer Sendromu" gibi farklı isimler adı altında açıklanmasına rağmen, günümüzde daha yaygın olarak özel öğrenme güçlüklerinin bir alt tipi olarak karşımıza çıkmaktadır (Sürücü, 2005).

Sınıflandırmada yapılan temel özellik; toplam zekâ düzeyinde herhangi bir sorun olmamasına rağmen, beklenen akademik becerilerde sorun yaşanmasıdır.

1.2. Görülme Sıklığı ve Cinsiyet Sınıflandırması

Özel öğrenme güçlüğü ile ilgili, yurt içi ve dışında alan yazılarına bakıldığında 100 den fazla öğrenme güçlüğü tanımı yapıldığı görülmektedir. Öğrenme güçlüğü sınıflandırmasının da, farklı olduğu düşünülmektedir. Bu farklılık özel öğrenme güçlüğü olan çocukların ve bireylerin öğrenme özelliklerinin, her birinin diğerlerinden farklı olmasından kaynaklanmaktadır. Öğrenme güçlüğü yaşayan çocukların her birinin farklı öğrenme sınırlılıkları ve farklı öğrenme yetenekleri vardır. Öğrenme güçlüğü olan bireylerin bir özelliği de, her birinin diğerlerinden farklı olması, yaşanan problemin de her bireyin diğerinden farklı olmasından kaynaklanmaktadır. Örnek olarak bir bireyde, hem okuma hem matematik bozukluğu varken; diğerinde yalnızca yazma bozukluğu veya eşlik edebilecek duygusal bozukluklar olabilmektedir. Bu sebeple özel öğrenme güçlüğü olan çocuklar dendiğinde, homojen bir gruptan söz etmek mümkün değildir (Myers ve Hammill, 1976).özel öğrenme bozukluğu yaşayan bireylerin yaşam boyu süren öğrenme sorunları; günlük yaşamlarını, sosyal ilişkilerini de olumsuz etkilemektedir.

DSM-III' de (APA, 1980) özel öğrenme güçlükleri "gelişimsel bozukluklar" kategorisinde sınıflandırılmış, gelişimsel okuma bozukluğu, gelişimsel dil bozukluğu, gelişimsel artikülasyon bozukluğu ve karma özgül gelişimsel bozukluk alt grupları tanımlanmıştır. DSM-III-R'de (APA, 1987) Eksen II bozuklukları arasında, özgül gelişim bozuklukları başlığı altında "akademik beceri bozuklukları" adı altında yer

almıştır. Gelişimsel matematik beceri bozukluğu, gelişimsel yazılı anlatım bozukluğu ve gelişimsel okuma bozukluğu olarak üç alt grup tanımlanmıştır.

Son 30 yıl boyunca, öğrenme güçlüklerinin iki önemli grupta toplandığı görülmektedir. En yaygın olarak bilineni bazen **disleksi** olarak da adlandırılan “**okuma bozukluğu**” dur. “Disleksi “zayıf veya yetersiz” anlamına gelen DYS ile, “sözlü dil ya da sözcükler” anlamlarını taşıyan LEXIA sözcüklerinin birleşmesinden meydana gelmiştir. Aslında disleksi ve okuma bozukluğu terimleri arasında hiçbir anlam farklılığı yoktur. Özel öğrenme güçlüğü olan çocukların büyük bir çoğunluğunu okuma güçlüğü gösterenler oluşturduğundan, okuma bozukluğu/disleksi terimi literatürde özel öğrenme güçlüğü terimi ile eş anlamlı olarak karşımıza çıktığı görülmektedir (Korkmazlar, 2003). Bu nedenle de birçok özel öğrenme güçlüğüne açıklayan kuramın, aslında okuma bozukluğu/disleksiye açıkladıkları görülmektedir. Aynı yaygınlıkta var olan ancak daha az bilinen bir diğer güçlük de **Diskalkuli** yani “**matematik öğrenme bozukluğu**” dur. Aralarında benzerlikler olmasına rağmen, bu iki önemli grup birbirinden ayrı sayılmak için yeterli farklılıklara sahiptir.

Bu araştırmada, özel öğrenme güçlüğü'nün sınıflandırılmasında, Amerikan Psikiyatri Birliği'nin yaptığı sınıflandırma esas kabul edilecektir (DSM-IV, 1994).

Buna göre öğrenme bozuklukları:

1. Okuma bozukluğu (Disleksi),
2. Matematik öğrenme bozukluğu (Diskalkuli),
3. Yazılı anlatım bozukluğu (Disgrafi),
4. Başka türlü adlandırılmayan öğrenme bozukluğu (learning disorders not otherwise specified) olmak üzere, toplam dört başlık altında toplanmıştır. Bir bireyde bu bozukluk türleri bir arada ya da tek başına görülebilmektedir.

Okul çağı çocuklarının %2-10'unda (APA, 1994; Silver, 1993), genel nüfus içerisinde ise %5-10 (Sundheim ve Voeller, 2004) oranında özel öğrenme güçlüğü görülmektedir. Bu bozukluğun görülme oranının yüksek oluşu, bireysel farklılıklar, eşlik edebilecek diğer sorunlar ve erken tedavinin önemi nedenleriyle, ayrıntılı ve standart psikolojik değerlendirmelere gereksinimin hızla arttığı görülmektedir. (Engel, 1997). Özel öğrenme güçlüğünde cinsiyete göre farklılaşma ile ilgili bir oranlama yapıldığında, erkek/kız oranı 2/1 civarında olduğu söylenebilmektedir

(Rutter ve ark., 2004; Meltzer ve Carrol, 2004). Öğrenme bozukluğu alt tipleri arasında en sık görülen ve üzerinde en fazla çalışılanı; okuma bozukluğu (disleksi)'dur. Tüm öğrenme bozukluğu olgularının yaklaşık %80'ini okuma bozukluğu olgusunun oluşturduğu görülmektedir (Shaywitz ve ark., 1995) ve bu sorunun toplumda %5-17,5 oranında görüldüğü bildirilmiştir (Shaywitz ve Shaywitz, 2005). Ayrıca bu bozukluğun sıklığının dillere göre de farklılık gösterdiği bildirilmiştir (Ziegler ve ark., 2003). DSM-IV' de (1994) matematik öğrenme bozukluğunun sıklığı %1 olarak verilmekle birlikte, farklı ülkelerde normal popülasyonda yapılan çalışmalarda görülme oranının, %3–6 oranında olduğu belirtilmiştir (Gross-Tsur ve ark 1996; Shalev ve Gross-Tur, 2001). Okuma bozukluğu erkeklerde kızlardan daha fazla görülmesine rağmen, matematik öğrenme bozukluğu kızlarda daha sık görülmektedir. Bunun nedeni olarak kızlarda motor becerilerdeki eksiklikler olarak düşünülmektedir. Kızların motor planlama ve motor becerilerindeki zayıflığın, matematik öğrenmede olumsuz etkilediği düşünülmekte olan bu konu üzerinde araştırmalar yapılmaktadır. Prior ve arkadaşları (1999) yaptıkları boylamsal çalışma, matematik öğrenme bozukluğu yaşayan 7 ve 8 yaşındaki çocukların, yüzde 57'sinin 4 sene sonra hala bu sorunu yaşamaya devam ettiğini göstermiştir. Bu da gösteriyor ki, matematiksel öğrenme güçlüğü yaşayan bireyler yaşamı boyunca bu sorunla baş edebilmek için mücadele etmektedirler. Matematik öğrenme bozukluğu (diskalkuli) okuma bozukluğu kadar sık rastlanmasına rağmen, daha az araştırılmıştır (Rousselle ve Noel, 2008).

Literatür bilgilerine bakıldığında, öğrenme güçlüğü erkeklerde kızlara oranla 3–10 kat daha fazla görülmektedir. Finucci ve Childs (1981) erkeklerde kızlardan 2:1 ile 5:1 oranına kadar daha fazla özel öğrenme güçlüğü bildirmiştir. Yine başka bir çalışmada Öğrenme güçlüğünün erkeklerde, kızlara oranla 4–6 kat daha fazla görüldüğü bildirilmektedir (Korkmazlar, 1994).

Yazılı anlatım bozukluğuna, diğer öğrenme bozuklularının eşlik ettiği görülmektedir. Bu bozukluğun normal popülasyon içindeki sıklığı %4 olarak bildirilmektedir. (Silver, 2002).

1.3. Özel Öğrenme Güçlüğü'nün Farklılıkları

1.3.1 Okuma Bozukluğu (Disleksi) Tanımı

Okuma bozukluğu, bireyin kronolojik yaşı, ölçülen zekâ düzeyi ve zekâ yaşına uygun olarak aldığı eğitim göz önünde bulundurulduğunda; doğru okuma, okuma hızı ve/veya okuduğunu anlamada, beklenenden önemli ölçüde düşük görülen okuma başarısı olarak tanımlanmıştır (APA, 1994). Öğrenme bozukluklarının; okul başarısını veya okuma becerisi gerektiren günlük yaşamdaki becerileri olumsuz yönde etkilemesi, önemli bir ölçüt olarak karşımıza çıkmaktadır. Okuma bozukluğu, birçok farklı öğrenme güçlüğünden biridir ve bu bozukluğun dil temelli bir bozukluk olduğu düşünülmektedir. Bu bozukluk genellikle fonolojik işleme ve hızlı isimlendirme becerilerinin yetersizliği ile ilgili olmakla birlikte, doğru ve akıcı kelime çözümlene becerisinin gelişiminde güçlükler olması ile nitelendirilir. Okuma bozukluğu, fonolojik farkındalık ve/veya fonolojik manipülasyonda eksikliğin yanında, çözümlenmede ve imlâ becerisinde zayıflık ile kendini göstermektedir (Carrol ve Snowling, 2004). Padget, Knight ve Sawyer (1996). Okuma bozukluğu na eşlik eden diğer problemleri de içeren bir tanım yaparak, bu bozukluğun nedenlerine bakıldığında biyolojik olduğu düşünülmüş ve basılı malzemeyi okuma-yazma-implâ edinimini zorlaştıran, aslında dil-temelli bir bozukluk olabileceği öne sürmüştür.

Okuma bozukluğunun en iyi tanımı; okuma imlâ, yazma alanlarından bir veya daha çoğundaki öğrenme süreçlerini etkileyen beceri ve güçlüklerin birleşimi olduğu şeklinde yapılabilir. Beraberinde gelen zayıflıklar, işleme hızı, kısa süreli bellek, sıralama ve düzenleme, işitsel ve görsel algı, konuşma dili ve motor beceri alanlarında olabilir. Bütün bunların sonucu olarak, özel öğrenme güçlüğü olan bireyler yazılı dili kullanmakta ve bu dili planlamada sıkıntı çekmektedirler. Görsel algılama ve kısa süreli hafıza problemi gösteren bireyler harfleri, şekilleri bakarak kopya edemeyebilir. Duyusal sıkıntıları da eşlik ettiğinden; uzaklık, derinlik, boyut algıları zayıf olduğundan, nesnelerin boyutlarını, şekillerini, uzaklıklarını kavramakta zorluk yaşayabilirler. Okurken bazı harf ya da sayıları karıştırır, ters okurlar (b-d, b-p, m-n, 6-9, ne-en, top-pot). Okuma sırasında okuduğu metni göz taraması ve izlemesinde sorun yaşayabilirler. Bir parçayı okurken, satır, kelime, hece atlar, hece ekler, harf atlar ya da tekrar okur, yerini kaybederler, tekrar başa dönebilirler.

Görsel–algısal varsayımlar geçmişte bu bozukluk ile ilişkilendirilse de, günümüzde okuma bozukluğunun temelinde algısal bozukluğun yanı sıra, dil bozukluğunun neden olduğu düşünülmektedir. (Solan ve ark, 2001). Okuma bozukluğu olduğu düşünülen bireylerin sesleri farklı algıladıkları, birbirine yakın sesleri, ayırtamadıkları görülmektedir. Kelimeleri bütün olarak algıladıkları sesleri birbirinden ayırmakta zorlandıkları sesleri, heceleri yanlış okudukları ya da eksik okudukları görülmektedir. Birçok kelimeyi heceye ayıramadıkları görülmektedir. Bazı harf, sayı ve kelimeleri yanlış duymakta ve benzer sesleri karıştırmakta veya ters çevirebilmektedirler (örn: m-n, f-v, b-m, s-z –ş vb). İşitsel ayırtama yeteneklerinin zayıf olduğundan, sözlü yönergeleri anlamakta güçlük çektikleri sıklıkla belirtilmektedir. İşitsel bellekleri zayıf olmasından kaynaklanan aynı anda birden fazla yönerge verildiğinde, yönergeleri izlemekte de güçlük çekebilmektedirler. İşitsel figür-zemin ayırt etmede sorun yaşamalarından kaynaklanan, birbirine benzer sesleri ayırtamada, aynı anda işittiği iki-üç sestten birini duymakta zorluk yaşayabilmektedirler (Vellutino, 1987).

Haftanın günlerini, ayları, mevsimleri doğru saysa bile, tersinden say dendiğinde veya aradan sorulduğunda (beşinci ay hangi aydır, pazardan önce hangi gün gelir, eylülde sonra hangi ay gelir, haftanın dördüncü günü hangisidir gibi) sorulara yanıtlamakta zorluk çeker ya da sıralı yanıt vermekte zorlanır. Sorulan matematik işlemini akıldan çözmede zorlanırlar veya sıralı yapmakta zorlanırlar. Dinlediği bir öyküyü anlayabilir, fakat öyküyü baştan sona planlı sırasına göre anlatılması istendiğinde, olayların sırasını hatırlamakta zorluk çekebilirler (Geary ve Hoard,2001). Bu sıralanan özellikler; konuşma-düşüncelerini ifade etme-yazma dili kullanma güçlükleri ve kısa süreli bellekte eksiklikler ile ortaya çıkmaktadır. Okuma bozukluğu olan bireylerde öğrenilmiş bilgiyi geri çağırma için, bilgiyi düzenlemede güçlüğün yanında, planlamada zorluk, okuduğunu anlamada zayıflık (çözümleme ve bellek güçlükleri sebebiyle) ve okuma hatalarını fark etme veya hatalarını bulup düzeltmede başarısızdırlar (Nation ve Snowling, 1998)

1.3.2. Okuma Bozukluğunun Cinsiyet Özelliği

APA (1994), Okuma bozukluğu tanısı almış bireylerin, %60-80'i erkeklerdir. Belki de bu, yıkıcı davranışların sıklıkla erkeklerde ve öğrenme bozukluğu ile birlikte

oluşundan kaynaklanmaktadır. Geleneksel okula dayalı veriler ve tanı yöntemleri kullanılmıştır.

1.3.3. Matematik Öğrenme Bozukluğu (Diskalkuli) Tanımı

APA (1994), Matematik öğrenme bozukluğunu; bireyin matematiksel becerilerinin kronolojik yaşı ve ölçülen zekâ düzeyine göre, aldığı eğitim göz önünde bulundurulduğunda, beklenen düzeyin belirgin bir şekilde altında olması şeklinde tanımlanmıştır.

DSM-IV'de diskalkuli için verilen ölçütler şunlardır:

- a) Bireysel olarak uygulanan standart testlerde kişinin kronolojik yaşı, ölçülen zekâ düzeyi ve yaşına uygun olarak aldığı eğitimle, uyumsuz matematik becerisi.
- b) Söz konusu bozuklukların; okul başarısını ya da matematik becerileri gerektiren günlük yaşam etkinliklerini, önemli ölçüde bozması.
- c) Matematik becerisi sorunlarının, duyuşsal bozukluğa eşlik edenden çok daha fazla olması (APA, 1994).

DSM IV'e göre, okul çağındaki çocukların yaklaşık %1'inde görülmektedir. Fakat farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda, normal popülasyona göre %3-6 oranında görüldüğü ortaya çıkmıştır (Gross-Tsur, Manor ve Shalev., 1996; Lewis, Hitch ve Walker., 1994; Shalev ve ark., 2000). Buna göre ÖÖG, DEHB gibi %5 oranında seyretmektedir. ÖÖG erkeklerde kizlardan en az 3 kat daha yüksek olmasına rağmen, diskalkuli kızlarda daha yaygındır (Gross-Tsur, Manor ve Shalev, 1996; Rutter ve ark., 2004; Shalev ve Gross-Tsur, 2001).

Geary ve Hoard (2001), araştırmaları sonucunda matematik öğrenme bozukluğunun, sayısal ve matematiksel bilgi işleme yeteneğini etkileyen, beyin hasarı olarak tanımlamıştır. Matematik öğrenme bozukluğu; düşünme, planlama, öğrenilen bilgiyi işleme ve öğrenilmiş bilgilerin hızlı bir şekilde geri çağırılması, akıl yürütme problemleri sözel ifadesi, matematiksel kavramları anlamak için gereken görsel, iki ve üç boyutlu mekânsal becerilerinin, parça bütün ilişkisi ve şifrelemenin yaşına uygun olarak gelişmesi gerekmektedir. Matematiksel işlemler için gereken problem çözme becerilerinin, sıralama becerisinin eksikliğinin matematik öğrenmede zorluk yaşamasına neden olabildiği düşünülmektedir. Görsel algıda sorun yaşaması, simetri algısının gelişmemesi, uzamsal algıda sorun yaşaması, matematiksel işlemlerde sorun yaşamasına neden olmaktadır.

Matematik öğrenme bozukluğunun; kız öğrencilerde daha fazla görülme olasılığının yüksek olması, kızların motor becerilerinde ve motor planlamada sorun yaşamasından kaynaklanmaktadır.

Bireyde var olan okuma bozukluğu; okuduğunu anlamama, planlayamama matematiksel işlemlerde sorun yaşamasına neden olmaktadır. Mekânsal algı sorunlarının olması; nesne şekli anlamlandırılmaması, yön kavramının yaşlıları düzeyinde gelişmemesi, matematiksel sorun yaşamasının diğer bir nedenlerindedir. Ana okul çağındaki çocuklarda görülen matematikle ilgili sorunlar incelendiğinde; nesnelerin ve sayıların niceliksel ve niteliksel ilişkilerini anlamlandırmakta, kavramakta ve sınıflandırmakta zorluk yaşadıkları görülmektedir.

Matematik öğrenme bozukluğu olan bireylerin matematiksel rakam ve sembolleri karıştırma (örneğin 9'u 6 ile karıştırma), sayıları okurken rakamların yerini değiştirme (örneğin 32 yerine 23 okuma gibi) sıkça görülmektedir. Matematik öğrenme bozukluğu olanlar rakam ile sembolleri (+, -, ×, ÷) birbirinden ayırt etmede sıkıntı yaşadıkları, görsel dikkatlerinde ve işlem bilgilerinde sorun olduğu için, özellikle toplama, çıkartma, çarpma ve bölme işlemlerini doğru olarak sonuçlandırmak ile ilgili sorunları olduğu düşünülmektedir. (Maccini ve Hughes, 2000).

1.3.4. Yazılı Anlatım Bozukluğu (Disgrafi)

Yazılı anlatım bozuklukları, bireyde okunaksız el yazısı, harf şekillerinde bozulmalar, yazmada yavaşlık, yazım hataları ile ortaya çıkan yazılı metin oluşturma güçlüğü ile okuma ya da sözel ifade bozukluklarından kaynaklanmayan, düşünceleri yazılı şekilde ifade etme güçlüğü'nün bir birleşimi olarak tanımlanmaktadır (DSM IV,1994).

DSM-IV'de disgrafi için verilen ölçütler şunlardır:

- a) Bireysel olarak uygulanan standart testlerde (ya da yazma becerilerinin işlevsel değerlendirmelerinde); kişinin kronolojik yaşı, ölçülen zekâ düzeyi ve yaşına uygun olarak aldığı eğitimle uyumsuz yazma becerisi.

- b) Söz konusu bozukluğun okul başarısını ya da yazılı metin derlemeyi gerektiren günlük yaşam etkinliklerini (örn, dilbilgisi kuralları yönünden doğru cümleler ve iyi düzenlenmiş paragraflar yazma) önemli ölçüde bozması.
- c) Yazma becerisi sorunlarının duyuşsal bozukluğa eşlik edenden çok daha fazla olması (APA,1994).

Van Galen (1991) kötü el yazısını açıklamak için ince motor becerileri sırasındaki nöropsikolojik ve deneysel araştırmalar yapmış, el yazısı bozukluğunun nedenini üç alt başlıkta toplamıştır. Buna göre yazılı anlatım bozukluğu olan bireylerde:

- 1) Motor Programlamada sorun yaşanması veya allograf eylem desenlerinin uzun süreli motor bellekten geri getirilmesinde (Örneğin, büyük E harfi yazılması istendiğinde, katılımcılar ebatlarından ve kavrayışta kullanılacak olan kas sistemlerinden bağımsız olarak genel bir çizim sırası kullanırlar) sorun yaşama;
- 2) Parametrelendirmede, veya görev performansının toplam kuvvet derecesi, basıncı, temposu ve boyutunu düzenleyen işlemede sorun yaşaması,
- 3) O anki biyomekanik bağlamda göreve uygun olan motor birimlerin, nörolojik olarak toplanma ve kassal olarak harekete geçme sürecinde sorun yaşama görülmektedir. Bu son modülün, motor hareketlerin sürekli değişen biyofiziksel bir ortamdaki tutarlılığından sorumlu olduğu düşünölmektedir. Daha önceki kesitsel (cross-sectional) çalışmalar; (Van Galen, Portier, Smits- Engelsman ve Schomaker, 1993) kötü el yazısının periferal kassal harekete geçme süreci ile ilişkili olduğunu öne sürölmüştür.

Şimdiye kadar yapılan araştırmalarda da göröldüğü gibi, bireyin kalem tutuş şekli, el bileğini rotosyanel şekilde hareket ettirememesi, kalemle yazarken basıncı basışı, yazı yazmada ya da yazı hızının yaşlıtlarının düzeyinde olmamasına neden olmaktadır.

1.3.5. Başka Türölü Adlandırılmayan Öğrenme Bozukluğu

Özgöl bir Öğrenme Bozukluğu tanı ölçütlerini karşılamayan, öğrenmede sorun yaşayan bireyleri adlandırır. DSM-IV'ye göre, verilen ölçütler şunlardır: Uygulanan her bir testte kişinin kronolojik yaşı, ölçölen zekâ düzeyi ve yaşına uygun olarak aldığı eğitimle beklenenin önemli ölçüde altında olmayan test başarısı göstermesi.

Ancak, okul başarısını bir arada önemli ölçüde etkileyen, her üç alandaki (okuma, matematik, yazılı anlatım) sorunların var olması (APA, 1994).

Duyguları ifade etmede, anlamada veya anlamlandırmakta sorun yaşamaktadırlar. Her ülkenin veya kendi coğrafik etnik kültür yapısının içindeki mecazları anlamada, sorun yaşadığı düşünülmektedir.

1.3.6. Özel Öğrenme Güçlüğü'nün Genetik Temelleri

Okuma bozukluğunda ailesel yatkınlık vardır ve öğrenme bozukluğu olan bireylerin, birinci dereceden kan bağı olan akrabalarında daha sıktır.(APA,1994) Pennington ve arkadaşlarının (1987) özel öğrenme güçlüğü olan bireylerin genetik özelliklerini araştıran çalışmaları taradığı makalesi, bu güçlüğü kalıtsal ve ayrıca kültürel geçişli olduğunu savunmaktadır. Bu çalışma ile okuma bozukluğu olan anne-babaların çocuklarında okuma bozukluğu riskinin, erkek çocuklarda %30–40, kız çocuklarda %17–18 olduğu bildirilmiştir. Özel öğrenme güçlüğü olan bireylerin aileleri üzerine yapılan çalışmaların sonuçları, okuma bozukluğu %17 çocukların aşağı yukarı %40'ının ebeveynlerinden etkilendiği ve benzer şekilde bu çocukların %40'ının kardeşlerini etkilediği görülmüştür. Özel öğrenme güçlüğü'nün genetik olarak aktarıldığı, birçok araştırmacı tarafından savunulmaktadır. 1990'ın itibaren yapılan çeşitli araştırmalarda aile izleme çalışmaları, ikiz çalışmaları, genetik bağlantı analizleri yapılmıştır. Bu araştırmalar sonrasında Özel öğrenme güçlüğü tanısı almış bireylerin kalıtsal etkileri olduğu bildirilmiştir. Okuma bozukluğu için ortalama popülasyon riski %3–10, okuma bozukluğu olanların birinci derece akrabalarında bu risk %40 civarındadır. Bu çalışmalar ve araştırmalar; yüksek düzeyde öğrenme güçlüğü'nün, genetik geçişli olduğunu göstermektedir. (Gilger ve ark., 1991).

1.3.7. Öğrenme Bozukluğuna Eşlik Eden Diğer Bozukluklar

DSM-IV'de Öğrenme bozukluğu okul becerilerinde bozukluk olarak ele alınmıştır. (APA, 1994). İlk kez DSM-IV'de duyu kusurları, zihinsel engel ya da yaygın gelişimsel bozukluğu olan çocukların ek olarak öğrenme güçlüğü tanısı alabileceği, bireyin akademik başarı düzeyinin, duyu kusuru ve zihinsel engel ile açıklanamayacak kadar orantısız ölçüde düşük olması durumunda bu ek tanımın konulabileceği belirtilmiştir.

Dört alt grup ile ilgili, diğer özellikler şu şekilde sıralanmıştır:

- Düşük benlik saygısı,
- Moral bozukluğu,
- Sosyal becerilerde yetersizlik,
- %40 oranında okulu terk (ya da ortalamanın 1,5 katı),
- Yetişkinlikte işsizlik ve sosyal uyum güçlükleri,
- Yetişkinlerde davranış bozukluğu,
- Karşıt olma –karşı gelme bozukluğu,
- Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu,
- Distimik bozukluklarla birlikte öğrenme bozukluğu,
- Konuşma gelişiminde gecikme,
- Gelişimsel koordinasyon bozukluğu,
- Bilişsel süreçlerde yetersizlik,
- Genetik yatkınlık, gebelikte travma...

1.3.8. Özel Öğrenme Güçlüğü Açıklayan Kuramlar

Öğrenme güçlüğü tarihi geçmişine baktığımızda; 1930-1940'lı yıllarda yapılan araştırmalarda öğrenme güçlüklerinin beyin hasarından kaynaklandığı ve nörolojik bir bozukluk olduğu düşünülürken, normal gelişim görünümünden dolayı beyindeki hasarın daha düşük seviyede olduğu düşünülerek “minimal beyin hasarı (minimal brain damage)” tanısı kullanılmaya başlanmıştır (Silver, 1993). ÖÖG tanısı almış çocukların çoğunluğunun okuma bozukluğu (disleksisi) olması nedeniyle, yazısında yer alan araştırmalar çoğunlukla disleksi konusuna yoğunlaşmış ve ÖÖG ile disleksi eş anlamda kullanmıştır. Özel öğrenme bozukluğu olan çocuklara “dislektik çocuklar” denmiştir. Bu nedenle ÖÖG’yi açıklamaya çalışan kuramların tümünde, disleksinin açıklandığı görülmektedir. Disleksi açıklama fonolojik sorunların olmasından dolayı “fonolojik teori” (Lieberman ve Mattingly, 1989; Ramus ve ark., 2003); işittiğini işleme ve algılamada sorun yaşanmasından dolayı da “işitsel süreç hızı teorisi” (Tallal, 2000); gördüğünü algılama, gördüğünü bilgiyi işlemede sorun yaşamasından dolayı da “görsel teori” (Livingstone ve ark., 1991; Lovegrove, Heddle ve Slaghuis, 1980); beyindeki bilgiyi aktarmadaki sorundan dolayı “serebral teori” (Nicolson ve Fawcett, 1990; Nicolson, Fawcett ve Dean, 2001) ve magnoselüler teori (Galaburda, Menard ve Rosen, 1994; Livingstone ve ark., 1991; Stein, 2003) yer almaktadır (akt. Shaywitz ve Shaywitz, 2005). Bilişsel kuramlar

öğrenme güçlüğüünün açıklanmasında duyuşsal veya dokunsal algı ve süreçlerdeki kusurların da eşlik ettiğini düşünmekte ve biyolojik temelli kusurların üzerinde durmaktadır.

1.2. Öğrenme Güçlüğünde Duyusal Bozukluklar

1.2.1. Fonotik Sorunlar

ÖÖG ile ilgili yapılan alan çalışmalara bakıldığında, sınırlı çalışmalar olmakla beraber en çok araştırılan konu Disleksi (okuma bozukluğu) ve fonolojik işleme üzerine yapılmıştır. ÖÖG'de en çok çalışılan alt bozukluğun disleksi ve ilişkili bilişsel süreçler olduğu görülmektedir. Son yirmi yıldır yapılan çalışmalar okuma bozukluğu olan çocukların birçoğunda fonolojik işleme (processing) probleminin olduğunu göstermektedir. (Bretherton ve Holmes, 2003). Okuma ile ilgili bilişsel becerilerin değerlendirildiği çalışmalarda; fonolojik farkındalık (phonological awareness), fonolojik kodlama (phonological decoding), ortografik kodlama (orthographic coding), kelime hatırlama veya kelime okuma (word recognition or single real word reading), görsel olarak sunulan basit uyarıcıları isimlendirme aracılığı ile değerlendirilen hızlı isimlendirme (rapid automatic naming) ve heceleme (spelling) gibi süreçleri değerlendiren çeşitli test bataryaları kullanılmaktadır. (Clyde-Francks, Laurence ve Anthony, 2002). Shaywitz ve arkadaşları (1998), yaptıkları karşılaştırmalı araştırmalarında artan fonolojik gereksinimleri olan görevler süresince fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme (FMRI) ile beyin aktivitelerini araştırmışlardır. Araştırmaya katılan iki grup okuyucunun beyin alanları aktivitelerinde, anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür. Normal okuyucuların wernicke alanı, angular girus ve ekstrastiate ve striate korteks de dâhil olmak üzere posterior alanlarda (okspital-temporal ve temporo-parietal beyin bölgeleri) daha fazla aktivite gösterdiği, okuma bozukluğu olan katılımcıların ise anterior olarak (inferior frontal girus) daha fazla aktivite gösterdiği bulunmuştur. Araştırma sonunda elde edilen bulgulara göre okuma bozukluğu olan bireylerin diğer gruba göre wernicke alanı ve angular girus gibi kısımları içine alan görsel, dil bölgelerini kapsayan posterior korteksteki kapsamlı sistemde işlevsel bozukluğa sahip olduklarını göstermiştir.

1.2.2. Görsel Bozukluklar

Görsel bozukluklar üzerine çalışma yapan Orton'un (1925) optik ters görme kuramına (optical reversibility theory of dyslexia) göre disleksiye olan bireylerin, kelimeleri ve harfleri ters şekilde görmekten kaynaklandığını ifade etmiştir. Herman'ın (1959) uzaysal karışıklık kuramında (spatial confusion theory) ise disleksi bozukluğu olan bireylerde doğuştan gelen uzaysal, uzamsal yönelim (orientation) bozukluğu olduğunu vurgulamaktadır. Görsel kuramcılara göre, görsel süreçte yer alan görselleştirme, görsel sıralama, görsel hafıza, uzamsal algıdaki bozukluk gibi kusurların okuma bozukluğuna (disleksiye) ve öğrenme güçlüğüne neden olduğu savunulmaktadır (Vellutino ve ark., 2004). Bazı yapılan çalışmalarda; görsel yeteneklerin kelime tanıma, tanımlama, telaffuz, okuduğunu anlama, anladığını ifade etme ile ilgili olmadığı; okumayı etkileyen en büyük nedenin dilsel yeteneklerle ilgili olduğu belirtilmiştir (Vellutino ve ark., 1991).

1.2.3. Özel Öğrenme Bozukluğu, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

Özel öğrenme güçlüğüne sıklıkla psikolojik problemlerin eşlik ettiği bireyin psikolojik süreçleriyle ilişkisi ilişkilendirilmektedir. (Willcutt ve Pennington, 2000; Jensen ve Breiger, 2005). Araştırmalar; ÖÖG olan çocukların, yaklaşık olarak %30'unda davranışsal ve duygusal problemlerin eşlik ettiğini bildirmektedir. Muthukumar ve arkadaşlarının (1999) yaptığı çalışmada ÖÖG'si olan çocukların %79'unda psikolojik süreçler eşlik ettiği (komorbidite) sorunların görüldüğü tespit edilmiştir. Çocukların %32'sinde içselleştirme (depresyon, anksiyete), %28'inde dışsallaştırma (karşıt olma-karşı gelme bozukluğu) ile ilişkili psikolojik problemlere, %19'unda ise diğer psikolojik problemlere rastlanmıştır (Johnson, 2005). Çocukluk çağıının en yaygın görülen bozukluklardan biri de okuma bozukluğu ve DEHB'dir (Beitchman ve Young, 1997; Biederman, Farone ve Kenan, 1991). ÖÖG olan çocuklarda hiperaktivite riskine dikkat çekilirken (Cantwell ve Baker, 1991). Yapılan araştırmalarda okuma bozukluğu ile dikkat eksikliği arasında da güçlü bir ilişki olduğu düşünülmektedir. (Rowe ve Row, 1992). Son yıllardaki yapılan araştırmalar gözden geçirildiğinde; ÖÖG ile DEHB arasında %10-92 oranlarında değişen bir örtüşme görüldüğü bildirilmektedir (Alkaş, 1996; Halperin ve ark., 1984; Holborow ve Berry, 1986; Johnson, 2005; Semrud-Clikeman ve ark., 1992). DEHB'i tanısı almış çocuklarda okuma bozukluğunun (disleksi) görülme sıklığı %15-50 oranında olduğu

belirtilmiş (August ve Garfinkel, 1990; Barkley ve ark., 1990). Matematik öğrenme bozukluğu (diskalkuli) görülme sıklığı %24-60 oranlarında değişmektedir. (Barkley, Fischer ve Edelbrock, 1990; Semrud-Clikeman ve ark., 1992). Barkley'e (1994) göre DEHB tanısı almış çocuklarda, ÖÖG görülme sıklığı %25-50 oranlarında değişebileceği düşünülmektedir (Mayes ve ark., 2000).

Çocuk ruh sağlığı alanında sıklıkla karşılaşılan birbirine eşlik eden bu iki tanı, klinik görünümler açısından da benzerlikler taşımaktadır. İki bozuklukta da görsel uzaysal algılama bozukluğuna sıklıkla rastlanmaktadır. Bu doğrultuda ÖÖG gibi DEHB olan çocuklar da okuma ve yazmada güçlük yaşamaktadırlar. DEHB tanısı almış olan çocuklar, dikkatini yoğunlaştırmakta ve odaklanmakta sorun yaşadıklarından, tek tek harfleri tanımakta ancak kelimeleri okumada güçlük çekmektedirler. Bazı DEHB'li çocuklar ise harfleri de tanıyamamakta ve harfleri ayna görüntüleri ile karıştırmaktadırlar (Düzen, 1996; Erdoğan-Bakar, 2007; Öktem, 1996; Wolff, 1997). DEHB olan çocukların görsel algılamadaki bozuklukları "p,d,b,q" gibi harfleri kelimeleri yazarken ve okurken sorun yaşadıkları görülmüştür (Düzen, 1996; Erdoğan-Bakar, 2007; Öktem, 1996). Görsel algılamada yaşanan güçlükler kendi yaş seviyesine göre iki ve üç boyutlu geometrik şekillerin kopya edilmesinde de göstermektedir. ÖÖG ve DEHB'si olan çocuklar şekilleri tanımakta ve kopyalamakta güçlük çekmektedirler (Erman, 1997; Korkmazlar ve Sürücü, 2007; Wolff, 1997). ÖÖG ve DEHB olan çocuklarda görsel algı bozukluğunun diğer bir çeşidi olan derinlik algısında sorun olduğu düşünülmekte günlük yaşamda bu sorunlara sıklıkla rastlanmaktadır. Bu tür sorunu olan çocuklar mesafeleri yanlış tahmin etmekte ve bu nedenle sıklıkla kazalara maruz kalmaktadırlar (Öktem ve Sonuvar, 1993; Erman, 1997). ÖÖG ve DEHB'da, İnce motor becerilerinde (düğme açma-ilikleme, ayakkabı bağcığı bağlamada, makas kullanma, yazı yazmada güçlük...) ve kaba motor becerilerinde (ip atlama, top atma, bisiklete binme...) sorunlar yaşadıkları görülmektedir. ÖÖG ve DEHP tanısı almış bireylerde eşlik eden diğer sorunlara baktığımızda bellek sorunları; zayıf görsel/işitsel/dokunsal ayırma yeteneği, mekanda yönelme (oryantasyon) sorunları da olduğu görülmektedir (Korkmazlar ve Sürücü, 2007; Sürücü ve Gündoğdu, 2008). Tirosh ve arkadaşlarının (2001) yaptıkları çalışmada ÖÖG ve ÖÖG+DEHB grupları nörogelişimsel ve davranışsal özellikler açısından 32 maddelik bir değerlendirme (PEEX: Pediatric Early Elementary Examination) ile 7 boyut açısından karşılaştırılmıştır. Bu boyutlar ince motor, görsel-motor, görsel işleme, dil, kaba motor, bellek ve zamansal dizileme (temporal sequential organization)'dir. Zamansal dizileme, obje dizisi (object span), kelime dizisi (word span), bloklara vurma (tap blocks), yüksek sesle sayma (count

aloud), haftanın günlerini sayma (name days of the 19 weeks), zamanı söyleme (tell time) ve sayı dizisini söyleme (tell digit span) alt gruptan oluşmaktadır. Çalışmada yedi boyuttan sadece zamansal dizileme alt boyutunda, ÖÖG grubu lehinde anlamlı fark elde edilmiştir. Madde analizi yapıldığında ise iki grup arasında beş madde için anlamlı fark gözlenmiştir. Parmak karşıtlığı (finger oppositon), elin tekrarlı avuçiçi-yukarı dönmesi hareketi (rapid pronation supination), top yakalama (catch ball) maddelerinden ÖÖG+DEHB grubu daha yüksek skorlar alırken kelime dizisi (word span) ve sayı dizisi (digit span) maddelerinden ÖÖG grubu daha yüksek puanlar almıştır. Okul çağı çocuklarında sıklıkla birlikte görülen ÖÖG ve DEHB'nin ilişkisi ile ilgili farklı açıklamalar bulunmaktadır. Koegh'in (1971) kuramına göre DEHB zamanla ÖÖG'ne yol açmaktadır (Alkaş, 1996). Fergusson ve Horwood (1992) buna paralel olarak dikkat eksikliğinin, öğrenme bozukluğuna yol açtığı sonucunu düşünmektedir.. Bu kurama göre DEHB tanısı almış çocuklarda gözlenen akademik güçlükleri açıklamak için üç varsayım öne sürülmektedir. İlk varsayıma göre DEHB olan çocukların öğrenme ve dikkat sorunlarına neden olan nörolojik işlev bozukluğu, nörogelişimsel zayıflık sonucu oluşmaktadır. İkinci varsayım çocukların hiperaktivitelerinin yeni bilgi girişini ketlediği yönündedir. Son varsayıma göre ise dürtüsellik, düşünmeden karar verme çocukların problem çözme yeteneğini zayıflatmakta, çocuklar sınırlı bilgiyle yargılama yaparak tüm seçenekleri göz önüne alamamaktadırlar (Alkaş, 1996; Cantwell ve Baker, 1991). ÖÖG olan çocuklarda emosyonel ve davranış sorunlar sık gözlenmektedir. Bu sorunlar, işlevselliği bozuk olan merkezi sinir sisteminin bir yansıması olup, sosyal ve okul ortamlarında zorlanma ve başarısızlık, yaşantılarına sekonder bozukluk olarak gelişmektedir (Silver 2002).

1.3. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB)

1.3.1. Tarihçe

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu aşırı hareketlilik, dikkat sorunları ve istekleri erteleyememe (dürtüsellik) kontrol edememe belirtileriyle ortaya çıkan bir psikiyatrik bozukluktur. Bir çocukta, gençte ve erişkinde DEHB tanısı alabilmesi için yedi yaşından önceden beri bulunması gerekmektedir. Normal bir kişiden bulunmasından, daha yüksek düzeyde görülmesi yeterlidir (Ercan, 2007:19). Hiperaktivite ile ilgili ilk bilgilere 1844 yılında Doktor Hoffman tarafından yazılan Der Struwwelpeter adlı resimli çocuk kitabındaki hiperaktif çocuk tasvirleri ve

gözlemlerinde rastlanmaktadır (Gottlieb, 1987). 1902 yılında Still tarafından tanımlanan ve 1908 yılında Tredgold tarafından benimsenen “Minimal Beyin Disfonksiyonunun”, kurallara uymada yetersizlik, aşırı hareketlilik, dürtüsellik, dikkatsizlik, duygusal bozukluk, okul başarısızlığı, aşırı saldırganlık gibi belirtileri içerdiğini bildirmiştir. (Motavalli, 1993).1980’de hazırlanan DSM-III’te bozukluğun, hiperaktiviteli ve hiperaktivitesiz dikkat eksikliği olmak üzere iki ayrı grupta değerlendirildiği görülmektedir. Ancak bu ayırım uzun sürmemiş ve 1987’de DSM-III-R’de yeniden “dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu” adlandırılmasına dönmüştür.1994’te DSM-IV’te sendromun heterojen yapısına bağlı olarak üç alt tipi (dikkat eksikliği baskın tip, hiperaktivite baskın tip ve bileşik tip) tanımlanmıştır. DSM-IV’te DEHB’de görülen dikkat eksikliği ve/veya aşırı hareketlilik/dürtüsellik belirtilerinin 7 yaşından önce başladığı, en az 6 ay çocuğun içinde bulunduğu yaş ve eğitim düzeyiyle uyumsuz ve tutarsız bir biçimde devam ettiği ve iki ya da daha fazla ortamda görüldüğü belirtilmektedir (APA, 1994: 93–96)

1.3.2. DSM-IV’deki Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu İçin Tanı Ölçütleri (APA, 1994: 100-102).

A. Aşağıdakilerden (1) ya da (2) vardır:

- (1) Aşağıdaki **dikkatsizlik** semptomlarından altısı (ya da daha fazlası) en az 6 ay süreyle, uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyine göre aykırı bir derecede sürmüştür:

Dikkatsizlik

- (a) Çoğu zaman dikkatini ayrıntılara vermez ya da okul ödevlerinde, işlerinde ya da diğer etkinliklerinde dikkatsizce hatalar yapar
- (b) Çoğu zaman üzerine aldığı görevlerde ya da oynadığı etkinliklerde dikkati dağınık,
- (c) Doğrudan kendisine konuşulduğunda çoğu zaman dinlemiyormuş gibi görünür,
- (d) Çoğu zaman yönergeleri izlemez ve okul ödevlerini ufak tefek işleri ya da işyerindeki görevlerini tamamlayamaz (karşıt olma bozukluğuna ya da yönergeleri anlayamamaya bağlı değildir),
- (e) Çoğu zaman üzerine aldığı görevleri ve etkinlikleri düzenlemekte zorluk çeker,
- (f) Çoğu zaman sürekli mental çabayı gerektiren görevlerden kaçınır, bunları sevmez ya da bunlarda yer almaya karşı isteksizdir,

- (g) Çoğu zaman üzerine aldığı görevler ya da etkinlikler için gerekli olan şeyleri kaybeder (örn. oyuncaklar, okul ödevleri, kalemler, kitaplar ya da araç-gereçler),
- (h) Çoğu zaman dikkati, dış uyaranlarla kolaylıkla dağılır,
- (i) Günlük etkinliklerinde çoğu zaman unutkanlırdır.

(2) Aşağıdaki **hiperaktivite / impulsivite** semptomlarından altısı (ya da daha fazlası) en az 6 ay süreyle uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyine göre aykırı bir derecede sürmüştür:

Hiperaktivite;

- (a) Çoğu zaman elleri, ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanıp durur,
- (b) Çoğu zaman sınıfta ya da oturması beklenen diğer durumlarda oturduğu yerden kalkar,
- (c) Çoğu zaman uygunsuz olan durumlarda koşuşturup durur ya da tırmanır (ergenlerde ya da erişkinlerde öznel huzursuzluk duyguları ile sınırlı olabilir),
- (d) Çoğu zaman sakin bir biçimde, boş zamanları geçirme etkinliklerine katılma ya da oyun oynama zorluğu vardır,
- (e) Çoğu zaman hareket halindedir ya da bir motor tarafından sürülüyormuş gibi davranır,
- (f) Çoğu zaman konuşur.

Impulsivite (Dürtüsellik);

- (g) Çoğu zaman sorulan, soru tamamlanmadan önce cevabını yapıştirir,
- (h) Çoğu zaman sırasını bekleme güçlüğü vardır,
- (i) Çoğu zaman başkalarının sözünü keser ya da yaptıklarının arasına girer (örn. başkalarının konuşmalarına ya da oyunlarına karıştırır),

B. Bozulmaya yol açmış olan bazı hiperaktif-impulsif semptomlar ya da dikkatsizlik semptomları 7 yaşından önce de vardır,

C. İki ya da fazla ortamda semptomlardan kaynaklanan bir bozulma vardır (örn. okulda [ya da işte] ve evde),

D. Toplumsal, okuldaki ya da mesleki işlevsellikte klinik açıdan belirgin bir bozulma olduğunun açık kanıtları bulunmalıdır,

E. Bu semptomlar sadece bir Yaygın Gelişimsel Bozukluk, Şizofreni ya da diğer bir Psikotik Bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örn. Duygudurum Bozukluğu, Anksiyete Bozukluğu, Dissosiatif Bozukluk ya da bir Kişilik Bozukluğu).

314.00 Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu, Bileşik Tip: Son 6 ay boyunca hem A1, hem de A2 Tanı Ölçütü karşılanmışsa, bu bozukluğu olan çocuk ya da ergenlerin büyük bir çoğunluğunda birleşik tip görülür.

314.01 Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu, Dikkatsizliğin Önde Geldiği Tip: Son 6 ay boyunca A1 Tanı Ölçütü karşılanmış, ancak A2 Tanı Ölçütü karşılanmamışsa,

314.01 Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu, Hiperaktivite-İmpulsivitenin

Önde Geldiği Tip: Son 6 ay boyunca A2 Tanı Ölçütü karşılanmış, ancak A1 Tanı Ölçütü karşılanmamışsa,

Kodlama notu: O sırada artık tanı ölçütlerini tam karşılamayan bireyler (özellikle ergenler ve erişkinler) "Kısmi Remisyonda" olarak belirtilmelidirler.

Çoğunlukla çocukluk döneminde (3-7 yaşlar arasında) ortaya çıkan bu bozukluğun, gerekli müdahaleler yapılmadığında ergenlik ve yetişkinlik dönemine kadar devam edebildiği (Erdoğan, 2002), özellikle okul başarısızlığına, davranım sorunlarına, suça yönelik davranışlara ve antisosyal kişilik bozukluğuna neden olabildiği düşünülmektedir (Barkley, 2000; Biederman, 1998; Aysev ve Öner, t.y.).

1.3.3. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Sıklık ve Yaygınlık

DEHB son yıllarda oldukça sık görüldüğünün bilinmesine karşın; bugüne kadar yapılmış olan araştırmalarda farklı yöntem ve tanı koyma ölçütleri kullanıldığından, bu konuda kesin bir görüş birliği bulunmamaktadır (Cohen ve ark., 1993). Tüm dünyada yaygın olarak kabul gören Amerikan Psikiyatri Birliği'nin yayınlarında, DEHB'nun okul çağı çocuklarının %3-5'inde görüldüğü bildirilmektedir (Koroğlu,1994). Yapılan bir alan çalışmasında 10-13 yaşları arasındaki erkek çocukların %17,1'inin, kız çocuklarının ise %8,5'inin DEHB olduğu belirlenmiştir. Bir başka araştırmada ise 3-13 yaşları arasındaki çocuklarda DEHB sıklığı %10,15

olarak saptanmıştır. Bu araştırmada hiperaktif tip oranı %2,03, dikkatsiz tip oranı %0,51, karışık tip oranı ise %7,61 olarak bildirilmiştir (Monitel-Nova, 2003).Çocuk psikiyatrisi kliniklerinde davranış sorunu veya başvuranlar arasında görölen hastaların yarıya yakınında DEHB olan çocukların oluşturabildiği ileri sürölmektedir. Ülkemizde yapılan araştırmalarda, kesin bir bilgi olmamakla beraber polikliniğe başvuru nedenleri arasında aşırı hareketlilik şikâyetlerinin yedinci ya da on beşinci sırayı aldığı ya da başvuran çocukların %2.78'in de hiperaktivite saptandığı bildirilmektedir. Alan çalışmalarında ise alt tiplere göre yaygınlığı; %4,7-9dikkatsizliğin önde geldiği tip, %3,4–3,9 hiperaktivite/ataklığın önde geldiği tip %4,4–4,8 karışık tip bozukluk olduğu bildirilmiştir (şenol, şener, 1997).

1.4. Depresyon

Depresyon, sübjektif olarak hüün, ümitsizlik ve karamsarlık, keyifsizlik ve kendini değersiz bulma hisleridir. Psikodinamik bakımdan süperegosu (otokratik) kuvvetli şahsın şuuru altında yatan tecavüz-kâr ve düşmanca içgüdülerinden dolayı kendi kendini değersiz, günah-kâr, artık ümit bağlayamayacak kadar kötü addederek bilinçsizce kendini cezalandırmaya çalıştığı düşünülebilir. Yani çatışma ego ile süperego arasındadır. Depresyonda iştahın yemek, seks, uyku ve aktivite kayboluşu buna bağlanabilir (Dinmen,1985; akt., Özodasık, 1989, s.46). Depresif kişiliği olanların, yaşamla ilgili kaygılarının olduğu kendileri, arkadaşları, sosyal yaşamda etkileşim içinde oldukları bireylerle aşırı eleştirici yaklaştıkları ifade edilmektedir. Depresyonlu kişilerin kendilerine ve sosyal çevreye karşı güvensizlik hissettikleri, başarısızlıklardan, derinden etkilendikleri ifade edilmektedir (Köroğlu, 1993). Depresyon, toplumlarda yaygın olarak görölen ve bununla beraber son derece ciddi sonuçlar doğurabilen bir ruhsal bozukluk olarak uzun yıllar yetişkinler ve ergenler üzerinde araştırılmıştır. Depresyonun yaşamın ilk yılında ortaya çıktığı düşünülmektedir. Bebeğin anne bedeninden ayrıldığında gösterdiği davranışların depresyonla bağlantılı olduğu ileri sürölmektedir. Depresyon tanısı, bebeklikte ağlama ve huzursuzluk, çocuklukta akademik başarısızlık sosyal çevreyle uyumsuzluk, ergenlikte içe kapanma ve iletişimsizlik gibi belirtilere bağlı olarak konmaktadır. Depresif ocukların da yetişkinler gibi davranışlar sergiledikleri tespit edilmiştir. Yaşamdaki olumsuzluklara karşı çocukların da yetişkinler gibi davranış sergilemeleri ve tepki gösterdikleri “ocukluk depresyonu” tanısını oluşturmuştur (Fenichel, 1945: Akt; Öy, 1990). Çocuklarda depresyon olgusu 1970'lerden itibaren araştırılmaya başlanmıştır. Bu tarihten önce, çocuklarda klinik depresyonun olabileceği kabul edilmemiştir. Psikanalistler, depresif bozukluğun suçluluk

duygusunun yaşanması ile bağlantılı olduğunu ve suçluluk duygusunun süperegönün gelişimine bağlı olduğunu ifade etmişlerdir. Bu görüşten yola çıkılarak, ergenlik dönemine gelinceye kadar çocuklarda depresyonun görülemeyeceğine inanılmıştır. (Turner, CalhounAdams, 1992; Kazdim, 1990; Poznanski, 1985).

Depresyonda, ortaya çıkan ruhsal, bilişsel, davranışsal, bedensel ve fizyolojik değişiklikler olabilmekte, bu değişiklikler; ruhsal çökkünlük duygusu; kendini üzüntülü, kederli, neşesiz hissetme, yaşamaktan zevk almama, çevreye karşı genel bir ilgisizlik, isteksizlik içinde olma, basit günlük işleri yapmayı zorlaştıracak, hatta engelleyecek düzeyde enerjisizlik, cansızlık, genel bir durgunluk, konuşma ve hareketlerinin yavaşlaması ya da tam tersine yerinde duramama, huzursuzluk, iştah ve kilo değişiklikleri, genellikle de yitirme, cinsel ilgide azalma, soğukluk, isteksizlik; kadınlarda adet düzensizlikleri, genel bir halsizlik, güçsüzlük, bitkinlik, dikkatini toplama güçsüzlüğü, kararsızlık, dalgınlık, kendine saygı ve özgüvenin azalması, yetersizlik, çaresizlik, güçsüzlük duygusu, geçmişe, genel olarak yaşama ve geleceğe yönelik karamsarlık, ümitsizlik, ölüm üzerine yoğun düşünce uğraşları ve intihar eğilimleri baş ağrısı ve sindirim sistemi yakınmaları başta olmak üzere bedensel yakınma ve belirtiler göstermektedir (Küey, 1994, s.60–65).

DSM-IV majör depresif bozukluk ölçütleri şunlardır:

1. Depresif duygu durumu (çocuk ve ergenlerde irritabilite bulunabilir),
2. Anhedoni,
3. Kilo kaybı ya da kilo alımı, iştahta azalma ya da artma (çocuklarda beklenen kilonun alınmaması),
4. Uykusuzluk ya da aşırı uyuma,
5. Psikomotor ajitasyon ya da retardasyon,
6. Yorgunluk, bitkinlik ya da enerji kaybı,
7. Değersizlik ve suçluluk duyguları,
8. Düşünceleri yoğunlaştırmada güçlük ya da kararsızlık,
9. Ölüm ve intihar düşünceleri, planları ya da girişimleri.

Depresyon için değişik yaygınlık oranları bildirilmiştir. Bu farklılık değişik örneklem grupları ile çalışılması, değişik ölçütlerin kullanılması, değişik tanı araçlarının kullanılmasına bağlanmaktadır. ABD’de yapılan epidemiyolojik çalışmalarda depresyon sıklığı okul öncesi dönemde %0,9, okul çağındaki çocuklarda%1,90, adolesanlar da %4,7 olarak bildirilmiştir (Kashani ve ark.

1988).Depresif belirtileri inceleyen yurt dışı alan çalışmalarında depresif belirtilerin çocuklarda %10-13, ergenlerde %21 ile %56 arasında değişen oranlarda görüldüğü bildirilmiştir.(Pearce J.1978).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda benzer sonuçlar ortaya konmuştur. İlköğretim öğrencileriyle yapılan çalışmalarda %30 oranında orta,%6 oranında ağır depresif belirti(Öy B.1991), lise öğrencilerinde %27 oranında depresif belirti saptanmıştır.Alan yazına baktığımızda depresif belirtinin yaşla birlikte arttığı görülmektedir. Ergenlerde depresif belirtinin daha yüksek olduğu düşünülmektedir. Çocuk ve ergen Psikiyatri kliniklerinde yapılan çalışmalarda, bu oran daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Ağaoğlu B.2008).

1.5. Kaygı

Kaygı, tehlikeyle baş etmek için uyum sağlayıcı bir mekanizma olarak görülen temel bir insan duygusudur. Bütün insanlar belirli zamanlarda kaygı yaşamaktadırlar. Hızlı gelişen teknoloji, yoğun kentsel yaşam içinde bulunduğumuz zaman diliminin bir tanımının da“kaygı çağı” olduğu göz önünde bulundurursak, kaygının psikolojik bir fenomen olarak, bileşenleri ve ortaya çıkarıcı öğeleriyle birlikte ele alınmasının önemi vurgulanmaktadır. Kuramcılar ve araştırmacılar, uzun yıllardır kaygıya ilişkin çalışmalar yapmaktadırlar. Özellikle kişilik gelişimi kuramlarında kaygı kavramının merkezi rolü, bu kavramın tanınması ve ölçülmesi gereğini ortaya çıkarmıştır (Özusta, 1993).Stres, çatışma ve anksiyete (kaygı) ile yakından ilişkilidir. Bir olayın stresli olarak algılanıp algılanmaması, olayın yapısına ve kişinin bu olayla baş etme ve savunma mekanizmalarına bağlıdır. Kişinin algılama, düşünme ve dış olaylara ve iç dürtülerine göre davranma işlemleri egonun kapsamı içinde yürür. Egosu uygun bir biçimde işlevselliğini sürdüren bir kişi, dış ve iç dünyalar arasında bir denge kurmuştur. Ego işlevini yerine getirmekte zorlanırsa ve dengesizlik üç aydan uzun sürerse kişinin kronik anksiyetesi olur (Koroğlu, 2004).Özusta, Ş., (1993). Yapılan araştırmalarda görüldüğü üzere kaygı düzeyi yüksek olan çocukların sosyal iletişimde sorun yaşadığı düşünülmektedir. Kaygı düzeyinin artması akademik başarıyı olumsuz etkilediği tespit edilmiştir. Yüksek kaygıya sahip bireylerin, düşük kaygıya sahip bireylerle oranla daha güç ve geç öğrendiklerini tespit edilmiştir (Tanör, 1982). Kaygının başarıya etkisi ile ilgili araştırmalarda, başarılı öğrencilerin kaygı puanlarının kaygı düzeyi yüksek olan öğrencilere oranla daha düşük olduğu doğrultusunda sonuçlar bulunmuştur (Bozok,1982).Kaygının öğrenme süreçlerini olumsuz etkilediği düşünülmektedir. Kaygının öğrenme güçlüğü

zerindeki etkisi konulu yapılan araştırmasında kaygının çocuğun öğrenmesini engellediğini bildirmiştir (Zulliger, 2000). ğrenme güçlüğü yaşayan bireylerde kaygı düzeyinin yüksek olması öğrenme sorununa ek kaygıdan da kaynaklanan öğrenme sorunu eşlik etmektedir. Akademik başarıyı olumsuz etkilediği düşünülmektedir.

1.6. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışmada " Özel Öğrenme Bozukluğu ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısı almış 7-16 yaş çocuklarda kaygı ve depresyon düzeylerinin; cinsiyet, yaş, konuşma-dil gelişimleri, bilişsel profilleri, anne-baba eğitimleri, kültürel ve sosyal özellikler temelinde araştırılması" genel amacı çerçevesinde aşağıdaki soruların cevapları aranmıştır:

1.6.1. Özel Öğrenme Bozukluğu, Özel Öğrenme Bozukluğu ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısı almış çocukların nörogelişimsel, eğitimsel, kültürel ve sosyal düzeylerinin depresyon ve kaygı düzeyleri üzerindeki etkisi yüksektir.

Araştırmada buna ek olarak cevap aranacak sorular:

Araştırmaya katılan özel öğrenme bozukluğu ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı almış öğrencilerin, çocuk depresyon ölçeğine göre genel toplum ve psikiyatri kliğine baş vuru örneklemelerine kıyasla daha yüksek midir?

1.6.2. Depresyonu yüksek olan öğrencilerin kaygı düzeyleri de yüksek midir?

1.6.3. Yürümeye başladığında söylediği kelime sayısı yüksek olanların depresyon ve kaygı düzeyleri düşük müdür?

1.6.4. İki kelimelik cümleyle kendini ifade edebilenlerde depresyon oranları daha düşük müdür?

1.6.5. Spor yapan öğrencilerde depresyon ve kaygı düzeyleri spor yapmayanlara göre daha düşük müdür?

1.6.6. Depresyon ve kaygı düzeyleri yüksek olanların Wisc-r testi alt ölçeklerinden şifreyi olumsuz etkilemekte midir?

1.6.7. Depresyon ve kaygı düzeyleri yüksek olanların Wisc-r alt testi ölçeklerinden yargılamayı olumsuz etkilemekte midir?

1.6.8. Öğrencilerin dil gelişimini kendi sınıf düzeyinde okuma yüzdeleri ile ilişkisi var mıdır?

1.6.9. Aile içi ilişkiler çocuğun depresyon ve kaygı düzeyleri üzerinde etkilimidir?

1.6.10. Annenin öğretim yılının Wisc-r zekâ testinin alt testleri arasında ilişki var mıdır?

1.6.11. Babanın öğretim yılının Wisc-r zekâ testi alt testleri arasında ilişki var mıdır?

1.7. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

1.7.1. ÖNEMİ

Ülkemizde Özel Öğrenme Bozukluğu ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite konusunda araştırmalar yapılmış olmakla beraber, yeterli araştırmanın olmadığı gözlenmektedir. Yurt dışında yapılan araştırmalarda Özel Öğrenme Bozukluğu, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite ve bu tanıyı almış bireyler üzerinde depresyon ve kaygı üzerine çalışmalar yapılmıştır. Bu araştırmalarda sınırlı sayıdadır. Ülkemizde ÖÖB, DEHP olan bireylerin depresyon ve kaygısı üzerine yeterli düzeyde araştırmaya rastlanmamıŐtır. Bizim çalışmalarımızın, bu açıdan literatüre katkı sağlayacağı düşünölmektedir.

1.7.2. KAPSAM VE SINIRLILIKLAR

Bu çalışmaya Marmara Üniversitesi Nörolojik Bilimler Enstitüsü Çocuk Psikiyatrisi polikliniğinden tanı almış 6 ile 15 yaşları arasında değiflen, 17 kız 49 erkek denek olarak, toplam 66 öğrenci katılmıştır. Kafa travması v.b nörolojik sorunları olan, erken dünyaya gelen (36 haftadan önce doğanlar) düşük kiloyla (2000 gr altında) dünyaya gelenler, doğumdan ilk bir saat sonra anne memesini emenler, epileptik nöbet geçiren veya tedavisi görenler, nörolojik hastalığı olanlar, süregen hastalıkları olanlar, Wisc-r testine göre toplam IQ'su 85 ve altında olanlar, sınıf düzeyine göre okuyan öğrenciler v.b. örneklem dışı bırakılmıŐtır.

1.7.3.VARSAYIMLAR

Araştırmaya katılan katılımcıların anne ve babalarından; aldığımız Bilgi formundaki sorulara, içten ve doğru cevap verdikleri varsayılmıŐtır.

BÖLÜM II

YÖNTEM

2.1. Araştırma Modeli

Araştırmada Özel Öğrenme Bozukluğu olan öğrencilerde, depresyon ve kaygı değişkenleri arasındaki ilişkinin incelenmesi hedeflendiğinden, tarama yöntemlerin de ilişkisel tarama modeli araştırma modeli olarak belirlenmiştir. İlişkisel tarama modeli iki veya daha fazla değişken arasından derecesini belirlemeye amaçlayan araştırma modelidir. İlişkisel tarama modeli iki tür yapılmaktadır: karşılaştırma ve korelasyon. Bu araştırmada, her ikisi de kullanılmıştır.

2.2. Evren ve Örneklem

Bu araştırmanın örneklemini İstanbul ilinde bulunan Özel Öğrenme Bozukluğu ve eşlik eden Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanısı almış, yaşları 7–15 arasında değişen toplam 66 çocuk oluşturmuştur. Araştırmaya katılan çocukların hepsi, Marmara Üniversitesi Nörolojik Bilimler Enstitüsü Çocuk ve Ergen Psikiyatri Kliniği'nde tanı almışlardır. Araştırmaya doğum sırasında, doğum sonrasında herhangi bir sorun yaşamayan çocuklar dâhil edilmiştir. Araştırmaya katılan öğrencilere depresyon ve kaygı ölçekleri araştırmacı tarafından okunarak doldurulmuştur. Bir dakikada okuduğu kelime sayısı yanlışlar dahil araştırmacı tarafından değerlendirmeye alınmıştır. KBF araştırmacı tarafından anne ve babayla yapılan ortak görüşmede doldurulmuştur. Araştırmaya katılan öğrencilerin Matematik ve Yazılı Anlatım alanlarında sorun yaşayıp yaşamadığı, aileden alınan bilgi, araştırmaya katılan öğrencinin öznel yargısı ve araştırmacının değerlendirmesi sonucunda oluşturulmuştur. Buna göre grubun % 74,2 si Özel Okuma Bozukluğu dışında Matematik Bozukluk; % 90,9 u ise Yazılı Anlatım Bozukluğu tanıları almışlardır.

2.3. Veri toplama araçları:

2.3.1. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel Bilgi Formu (KBF) araştırmacı tarafından aile görüşmesi yapılarak doldurulmuştur. KBF formu çocuğun demografik bilgilerini ve gelişim öyküsünü,

eğitim s¼recinde yařadđđı olayları belirleyen soruları, ailenin sosyal ekonomik d¼zeyi, aile bireylerinin ¼đrenme s¼reçleri konusunda bilgiler i¼ermektedir.

2.3.2. Çocuklar için Depresyon ¼lçeđi (ÇDÖ):

Kovacs tarafından geliştirilen Çocuklarda Depresyon ¼lçeđi (ÇDÖ) için; Depresyon ¼lçeđi temel alınmıştır. Ancak çocukluk depresyonuna ¼zg¼ okul durumu, arkadaş ilişkisi gibi alanlarla ilgili sorular da eklenmiştir. Türkçeye ¼y tarafından kazandırılan ¼lçekte, 27 madde bulunmaktadır. Her maddeye belirtinin şiddetine göre '0', '1' ya da '2' puan verilir. B, E, G, H, İ, J, L, N, O, P, ř, Ü, V, maddeleri ters olarak puanlanan maddelerdir. Bu Puanların toplanmasıyla depresyon puanı elde edilir. ¼lçekten alınabilecek en yüksek puan 54'tür. Yüksek puan, depresyon d¼zeyini ya da şiddetini gösterir. ¼lçeđin klinik d¼zeydeki depresyon tanısı için kesim noktası 19' dur. 19 ve üzerindeki skorlar klinik d¼zeyde bir depresyon tanısının varlığını gösterir. ¼lçeđin i¼ tutarlılığı (Cronbach $\alpha = 0,87$) ve Test-Yeniden test g¼venirliđi ($r = 0,82$) iyi d¼zeydedir.

2.3.3. Durumluk S¼rekli Kaygı Envanteri

Durumluk S¼rekli Kaygı Envanteri (STAI), Spielberger tarafından 1970 yılında 14 yaş ¼st¼ bireylerin durumluk ve s¼rekli kaygı d¼zeylerini ¼lçmek amacıyla oluşturulmuş, kısa ifadelerden oluşan bir kendini değerlendirme anketidir. Türkçeye uyarlanması, Necla ¼ner ve A.Le Compte (1985) tarafından yapılmıştır. Alfa korelasyonları ile saptanan g¼venirlik katsayılarının S¼rekli Kaygı ¼lçeđi için 0.83 ile 0.87 arasında; Durumluk Kaygı ¼lçeđi için 0,94 ile 0,96 arasında olduğu bulunmuştur. Madde g¼venirliğinde formun g¼venirlik korelasyonları, S¼rekli Kaygı ¼lçeđi için 0,34 ile 0,72; Durumluk Kaygı ¼lçeđinin ise 0,43 ile 0,85 arasındadır. Test-tekrar-test g¼venirliğinde ise g¼venirlik katsayılarının, S¼rekli Kaygı ¼lçeđi için 0,71 ile 0,86; Durumluk Kaygı ¼lçeđi için 0,26 ile 0,68 arasında olduğu bulunmuştur. ¼ner (1977) Durumluk ve S¼rekli Kaygı puanları arasındaki korelasyonların ortalama 0.62 civarında ve ¼nemli seviyede olduğunu bulmuştur (¼ner, 2006). T¼m bu veriler Türkçeye ¼evrilmiř olan formun g¼venilir ve ge¼erli olduğuna işaret etmektedir. ¼lçek, Durumluk ve S¼rekli kaygı d¼zeylerini ¼lçen toplam 40 maddeden oluşan iki ayrı ¼lçeđi i¼ermektedir. Durumluk Kaygı ¼lçeđi, kişinin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini soran 20 sorudan, S¼rekli Kaygı ¼lçeđi ise, kişinin i¼inde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak genellikle kendini nasıl hissettiğini soran 20 sorudan oluşur. Durumluk Kaygı ¼lçeđinin

yanıtlanmasında maddenin ifade ettiği duygu, düşünce ve davranışların şiddet derecesine göre (1) 'hiç', (2) 'biraz', (3) 'çok' ve (4) 'tamamıyla' şıklarından birinin seçilmesi; Sürekli Kaygı Ölçeğinin yanıtlanmasında ise maddelerin ifade ettiği duygu, düşünce ve davranışların sıklık derecesine göre (1) 'hemen hiçbir zaman', (2)'bazen', (3) 'çok zaman', (4) 'hemen her zaman' sıklarından birinin işaretlenmesi istenir. Buna göre, her iki ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20 ile 80 arasında değişir. Ölçekten alınan yüksek puan yüksek kaygı seviyesini belirtirken, düşük puan ise düşük kaygı seviyesini belirtir (Bkz. Ek3).

2.3.4.Okuma düzeyinin belirlenmesi

Okuma öğrenme ve bilgiye ulaşmanın en temel aracıdır. Uzmanlardan bir kısmı okumayı iki temelde ele almaktadır:

- 1) Sessiz okuma,
- 2) Sesli okuma.

Okumanın değerlendirilmesi araştırmacı tarafından yapılmış olup, araştırmaya katılan öğrencilerin bir dakika içinde ve sesli olarak ne kadar kelime okuyabildiği tespit edilmiştir. Öğrencilere Milli Eğitim Bakanlığının 2010–2011 yıllarında kabul ettiği Türkçe kitaplarından okuma metinleri seçilerek, okutulmuştur. Her öğrenciye, kendi sınıf düzeyinde kitap okutulmuştur. Öğrenciden sesli okuma yapması istenmiştir. Okurken yapılan hatalar incelenmiş ama değerlendirmeye alınmamıştır. Bir dakikada okuduğu kelime sayısı, yanlışlarla birlikte okuduğu kelime sayısı olarak ele alınmıştır.

Sınıf düzeyinin belirlenmesinde Ankara'daki ilköğretim okullarında, 2572 öğrenci ile yapılan çalışmada; öğrencilerin öğrenim gördükleri sınıflara göre, bir dakikada okudukları ortalama kelime sayısı aşağıda verilmiştir. (Erden, Gülsen; Kurdoğlu, Füsün; Uslu, Runa, 2002,13(1):2.Türk Psikiyatri Dergisi,

1. sınıf ortalaması: 45 kelime/dakika,
2. sınıf ortalaması: 73 kelime/dakika,
3. sınıf ortalaması: 91 kelime/dakika,
4. sınıf ortalaması: 97 kelime/dakika,
5. sınıf ortalaması: 120 kelime/dakika.

Bu formlar Öğrenme Güçlüğü Değerlendirme Bataryası'nda kullanılmak üzere Gülsen Erden, Betül Gündoğdu, Ümran Korkmazlar, Füsun Kurdoğlu, Ferhunde Öktem ve Özlem Sürücü tarafından oluşturulmuştur (Bkz.Ek4).

2.3.5. Wechsler Çocuklar için Zekâ Ölçeği (WÇZÖ-R, Wechsler, 1974)

Wechsler tarafından 1949 yılında geliştirilen Wechsler Çocuklar için Zekâ Ölçeği (WÇZÖ-R) 1974 yılında gözden geçirilmiş ve 1986 da Savaşır ve Şahin tarafından ülkemizde standardizasyon çalışması yapılmıştır.

WÇZÖ-R 12 alt testten oluşmaktadır.

Sözel	Performans
Genel bilgi	Resim tamamlama
Benzerlikler	Resim düzenleme
Aritmetik	Küplerle desen
Kelime darıcı	Parça birleştirme
Yargılama	Şifre
Sayı dizisi	Labirent

WÇZÖ-R testlerinin değerlendirilmesi sonucu üç ayrı puan elde edilir.

1. Sözel zekâ bölümü,
2. Performans zekâ bölümü,
3. Toplam zekâ bölümü.

Bu puanlar kendi yaşlılarıyla karşılaştırıldığında bireyin başarı düzeyini gösterir. Ölçek standart koşullara uygun verilmiştir.

2.3.6. İşlem Veri Çözümleme Yöntemleri

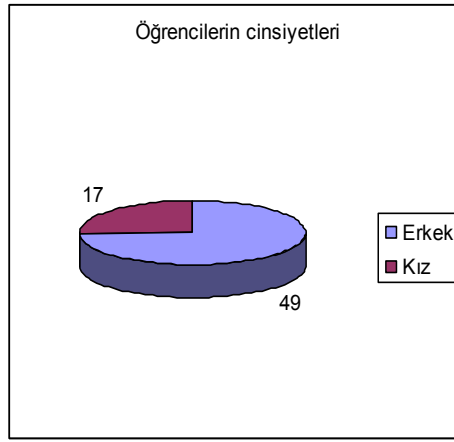
Bu çalışmanın amacı, Özel Öğrenme Bozukluğu Dikkat Eksikliği Hiperaktivite tanısı almış bireyler arasında depresyon ve kaygı arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Bu amaç doğrultusunda ana hipotez ve diğer alt soruları incelemek için araştırmada Pearson Korelasyon Analizi yapılarak, t testi, Kruskal Wallis-H testi, Mann Whitney U testi ve Tek yönlü varyans analizi(ANOVA) ,Chi-square analizi kullanılmıştır.

BÖLÜM III

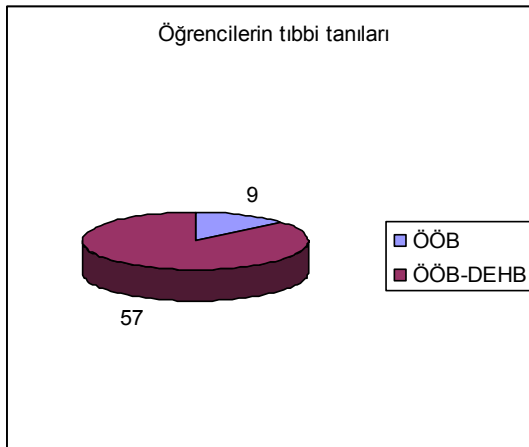
BULGULAR

3.1. Sosyodemografik Bulgular

Araştırmaya yaşları 7-15 arasında olan 66 ilköğretim öğrencisi katılmıştır. Öğrencilerin, 17 si kız (%25,8), 49 u (%74,2) erkektir. Kişisel Bilgi Formu (KBF) ndan elde edilen bilgiler, betimleyici olarak analiz edilmiştir.



Araştırmaya katılan öğrencilerin uzmana başvurması sonrasında konulan tıbbi tanı 9'u (%13,6) Özel Öğrenme Bozukluğu iken, 57'si (%86,4) Özel Öğrenme Bozukluğu, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısı almıştır.



İlköğretime devam etmekte olan öğrencilerin % 74,2 si ilk beş sınıfta okumaktadır.

1. Ebeveynlerin Eğitim Düzeyleri

Tablo 1a: Araştırmaya katılan öğrencilerin annelerinin öğretim yılı 3–28 yıl arasında değişmektedir.

Yıl	<i>f</i>	%	% _{yig}
3	1	1,5	1,5
4	2	3,0	4,5
5	7	10,6	15,2
8	3	4,5	19,7
9	1	1,5	21,2
10	1	1,5	22,7
11	20	30,3	53,0
12	1	1,5	54,5
13	3	4,5	59,1
14	4	6,1	65,2
15	16	24,2	89,4
16	1	1,5	90,9
17	1	1,5	92,4
18	3	4,5	97,0
20	1	1,5	98,5
28	1	1,5	100,0
Total	66	100,0	

Tablo 1b: Araştırmaya katılan öğrencilerin babalarının öğretim yılı 4–23 yıl arasında değişmektedir.

Yıl	<i>f</i>	%	% _{yig}
4	1	1,5	1,5
5	4	6,1	7,6
8	2	3,0	10,6
11	14	21,2	31,8
12	4	6,1	37,9
13	5	7,6	45,5
14	5	7,6	53,0
15	23	34,8	87,9
16	1	1,5	89,4
17	3	4,5	93,9
18	1	1,5	95,5
20	1	1,5	97,0
21	1	1,5	98,5
23	1	1,5	100,0
Total	66	100,0	

2. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Konuşma-Dil gelişimleri:

Tablo 2a: Araştırmaya katılan öğrencilerin yürümeye başladığında söylediği kelime sayısı için, frekans ve yüzde değerleri

Kelime Sayısı	<i>f</i>	%	% _{yig}
0	4	6,1	6,1
1	6	9,1	15,2
2	29	43,9	59,1
3	11	16,7	75,8
4	15	22,7	98,5
5	1	1,5	100,0
Total	66	100,0	

Örnekleme grubunda 4 öğrenci yürümeye başladığında söyleyebildiği kelime yokken (%6,1), 6 öğrenci 1 kelime (%9,1) söyleyebilmektedir; 29 öğrenci 2 kelime (%43,9) kelime; 11 öğrenci 3 (%16,7) kelime; 11 öğrenci 3 kelime (%16,7) kelime; 15 öğrenci 4 kelime (%22,7) kelime; 1 öğrenci 5 kelime (%9,1) söyleyebilmektedir.

Tablo 2b: Araştırmaya katılan öğrenciler 18 aya kadar 15 kelimeyi ifade edebiliyor muydu?

	<i>f</i>	%	% _{gec}	% _{yig}
Hayır	51	77,3	77,3	77,3
Evet	15	22,7	22,7	100,0
Total	66	100,0	100,0	

Örnekleme grubuna katılan öğrencilerin 51'i (%77,3) 18 aya kadar 15 kelime ifade edemediği bildirilirken, 15'i (%22,7) 18 aya kadar 15 kelime ifade edebildiği bildirilmiştir.

Tablo 2c: Araştırmaya katılan öğrencilerin 2 kelimelik cümleyi kurdukları aylar

	<i>f</i>	%	% _{yig}
24	5	7,6	7,6
36	44	66,7	74,2
38	1	1,5	75,8
48	15	22,7	98,5
60	1	1,5	100,0

Total	66	100,0	
-------	----	-------	--

Örneklem grubuna katılan öğrencilerden 5'i (%7,6) iki kelimelik cümleyi 24 aylıkken kurduğu, 44'ünün (%66,7) 36 aylıkken, 1'inin (%1,5) 38 aylıkken, 15'inin (%22,7) 48 aylıkken, 1'nin (%1,5) de 60 aylıkken kurduğu tespit edilmiştir.

Tablo 2d: Yabancılar tarafından konuşması ne zaman anlaşıldığına ait veriler (ay olarak)

Gruplar	<i>f</i>	%	% _{yig}
47 ay ve Altı	28	42,4	42,4
48 ay ve üstü	38	57,6	100,0
Total	66	100,0	

Örneklem grubuna katılan öğrencilerin yabancılar tarafından konuşmasının anlaşılması 47 ay ve altı olanların oranı %42,4, 48 ay ve üstü olanların oranı %57,6 olarak bulunmuştur.

3. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Okul Öncesi Eğitim Durumları:

Tablo 3: Araştırmaya katılan öğrencilerin okul öncesi eğitime başlama yaşları

Gruplar	<i>f</i>	%	% _{yig}
4 yaş ve altı	15	22,7	25,0
5 yaş ve üstü	45	68,2	100,0
Total	60	90,9	
Eğitim almayanlar	6	9,1	
Total	66	100,0	

Örneklem grubuna katılan öğrencilerin 15'i (%22,7) okul öncesi eğitime 4 yaş ve altında başlarken, 45'i (%68,2) okul öncesi eğitime beş yaş ve üstünde başlayıp okul öncesi eğitim almıştır.

4. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Okula Başlangıç Dönemlerinde Ayrılma Kaygılarına ait Veriler:

Tablo 4a: Araştırmaya katılan öğrenciler anaokuluna başlama sürecinde anneden ayrılma sorunu yaşadılar mı?

Gruplar	<i>f</i>	%	% _{yig}
Hayır	50	75,8	75,8
Evet	16	24,2	100,0
Total	66	100,0	

Örneklem grubuna katılan öğrencilerden 50'si (%75,8) okul öncesi eğitime başlarken anneden ayrılma sorunu yaşamazken, 16'sı (%24,2) anneden ayrılma sorunu yaşamıştır.

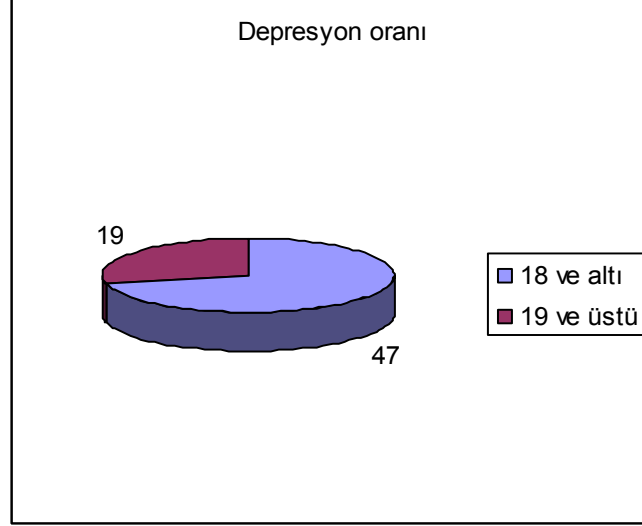
Tablo 4b: Araştırmaya katılan öğrenciler ilkokul başlangıcında anneden ayrılma sorunu yaşadılar mı?

Gruplar	<i>f</i>	%	% _{gec}	% _{yig}
Hayır	47	71,2	71,2	71,2
Evet	19	28,8	28,8	100,0
Total	66	100,0	100,0	

Örneklem grubuna katılan öğrencilerin 47'sinin (%71,2) ilkokula başladığında anneden ayrılma sorunu yaşamadığı; 19'unun (%28,8) ilkokula başladığında anneden ayrılma sorunu yaşadığı görülmektedir.

3.2. Araştırma Bulguları

3.2.1. Araştırmaya katılan öğrencilerin ÇDÖ'nden aldıkları puanlar $15,89 \pm 5,17$ olarak bulunmuştur. Klinik depresyon tanısı için kesim noktası olan 19 ve üzerindeki puan alan öğrencilerin oranı ise % 29 dur. Klinik depresyon tanısı alma oranı cinsiyet açısından farklı bulunmamıştır.



3.2.2 Depresyonu yüksek olan öğrencilerin kaygı düzeyleri de yüksek midir?

Tablo 5: Durumluk, sürekli kaygı envanteri puanları için betimsel değerler

Puanlar	<i>N</i>	\bar{x}	<i>ss</i>
Sürekli Kaygı Ölçeği	66	39,36	6,18
Durumluluk Kaygı Ölçeği	66	37,47	5,17

Tablo 5 'de görüldüğü üzere, örneklem grubunu oluşturan öğrencilerin Durumluluk Sürekli Kaygı Ölçeği birinci alt boyuttan aldıkları puanların aritmetik ortalaması $\bar{x}=39,36$; standart sapması da $ss=6,18$ olarak; ikinci alt boyuttan aldıkları puanların aritmetik ortalaması $\bar{x}=37,47$; standart sapması da $ss=5,17$ olarak hesaplanmıştır.

Tablo 6: Sürekli kaygı ölçeği puanlarının depresyon tanısı değişkenine göre, farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan Mann Whitney-U Test sonuçları

Puan	Gruplar	N	$\bar{x}_{sıra}$	$\sum_{sıra}$	U	z	p
Sürekli Kaygı Düzeyi	18 ve altı	47	28,63	1345,50	217,50	-3,249	0,001
	19 ve üstü	19	45,55	865,50			
	Total	66					

Tablo 6'de görüldüğü üzere, örneklem grubunu oluşturan öğrencilerin sürekli kaygı depresyon düzeyi (gruplandırılmış) değişkenine göre, farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan Mann Whitney-U test sonucunda grupların sıralamalar ortalamaları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($z=-3,249$; $p<,01$). Sürekli Kaygı düzeyi depresyon tanısı alan grupta anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

Tablo 7: Durumluluk kaygı ölçeği puanlarının depresyon düzeyi (gruplandırılmış) değişkenine göre, farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan Mann Whitney-U Test sonuçları

Puan	Gruplar	N	$\bar{x}_{sıra}$	$\sum_{sıra}$	U	z	p
Durumluk Kaygı Düzeyi	18 ve altı	47	27,77	1305,00	177,00	-3,832	0,000
	19 ve üstü	19	47,68	906,00			
	Total	66					

Tablo 7'de görüldüğü üzere, örneklem grubunu oluşturan öğrencilerin durumluluk kaygı ölçeği puanlarının depresyon düzeyi (gruplandırılmış) değişkenine göre, farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan Mann Whitney-U test sonucunda grupların sıralamalar ortalamaları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($z=-3,832$; $p<,001$). Söz konusu farklılık, 19 puan ve üzerindeki grubun lehine gerçekleşmiştir. Yani depresyon tanısı alan grubun Durumluk Kaygı düzeyi anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

Depresyon ve Kaygı Düzeyleri ile Konuşma-Dil gelişimi arasındaki ilişkiler

Tablo 8: Durumluluk kaygı ölçeği puanlarının yabancılar tarafından konuşmasının ne zaman anlaşılabilirdiği (ay olarak) değişkenine göre, farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan Mann Whitney-U Test sonuçları

Puan	Gruplar	N	$\bar{x}_{sıra}$	$\sum sıra$	U	z	p
Durumluluk kaygı ölçeği	47 ay ve altı	28	26,95	754,50	348,50	-2,390	0,017
	48 ay ve üstü	38	38,33	1456,50			
	Total	66					

Tablo 8'de görüldüğü üzere, örneklem grubunu oluşturan öğrencilerin Beck depresyon ölçeği kaygı 2 puanlarının yabancılar tarafından konuşmasının ne zaman anlaşılabilirdiği (ay olarak) değişkenine göre farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grupların sıralamalar ortalamaları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($z=-2,390$; $p<,05$). Söz konusu farklılık, 48 ay ve üstü grubun lehine gerçekleşmiştir. Yani 48 ay ve üstü grubun durumluluk kaygı ölçeği 2 puanları 47 ay ve altı gruba göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

3.2.3 Yürümeye başladığında söylediği kelime sayısı yüksek olanların depresyon ve kaygı düzeyleri düşük müdür?

Tablo 9. Araştırmaya katılan öğrencilerin yürümeye başladığında söylediği kelime sayısı ile depresyon değerlendirme ölçeğine göre ait t-testi sonuçları

Depresyon	N	X	Ss	T	P-Değeri
19 puan ve üzeri	19	1,84	1.21		0,006 $p<0.05$
18puan ve altı	47	2,70	1.06		

$p<0.05$

Tablo 9 incelendiğinde araştırmaya katılan öğrencilerin yürümeye başladığında söylediği kelime sayısının depresyon ölçeği puanlarının anlamlı bir fark gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla t testi sonucunda anlamlı ilişki bulunmuştur. ($p<0,006$).

Söz konusu farklılık yürümeye başladığında kelime sayısı az olanların depresyon puanları da yüksek çıkmıştır. Depresyon puanları 19 puan ve üzerinde olanların yürümeye başladıklarında kelime sayıları da düşüktür.

3.2.4. İki kelimeleik cümlelele kendini ifade edebilenlerde depresyon oranları daha düşüktür?

Tablo 10. Araştırmaya katılan öğrencilerin iki kelimeleik cümlelele kurduğu zaman ile depresyon değeriendirme ölçeğine göre ait t-testi sonuçları

Depresyon	N	X	Ss	T	P-Değeri
19 puan ve üzeri	19	41,68	7,34		0,019
18 puan ve altı	47	36,81	6,33		p<0.05

p<0.05

Tablo 10 incelendiğinde araştırmaya katılan öğrencilerin iki kelimeleik cümle kurma zamanıyla depresyon ölçeği puanlarının anlamlı bir fark gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla t testi sonucunda anlamlı ilişki bulunmuştur (p<0,019). Söz konusu farklılık iki kelimeleik cümle kurma zamanı geç olanların depresyon puanları da yüksek çıkmıştır. Depresyon puanları 19 puan ve üzerinde olanların iki kelimeleik cümlelele de geç kurmuşlardır.

3.2.5. Spor yapan öğrencilerde depresyon ve kaygı düzeyleri spor yapmayanlara göre daha düşük müdür?

Tablo 11: Araştırmaya katılan öğrencilerin spor yapanlar ve yapmayanlar ile depresyon değeriendirme ölçeğine göre ait ki kare değeriendirme sonuçları

Çocuğunuz spor yapar mı?	Depresyon Değeriendirme Ölçeğine Göre Aldığı Toplam Puan (Gruplandırılmış)				P
	18 ve altı	19 ve üstü	Total		
Hayır	18	13	31	0,03 P<0,05	
Evet	29	6	35		
Total	47	19	66		

P<0,05

Tablo 11 incelendiğinde araştırmaya katılan öğrencilerin spor yapanlar ve yapmayanlar depresyon ölçeği puanlarının anlamlı bir ilişki olup olmadığını belirlemek için ki kare testi sonucunda anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p<0,03).

Depresyon puanı 19 ve üstü alanların daha spor yapmadıkları, 18 puan ve altı alanların spor yaptıkları belirlenmiştir.

Depresyon ve Kaygı Düzeyleri ile Bilişsel Profilleri Arasındaki İlişkiler

3.2.6. Depresyon ve kaygı düzeyleri yüksek olanların Wisc-r alt testi ölçeklerinden yargılamayı olumsuz etkilemekte midir?

Tablo 12: Araştırmaya katılan öğrencilerin WISC-R testi alt ölçeği şifre ile depresyon değerlendirme ölçeğine göre ait t-testi sonuçları

Depresyon	N	X	Ss	t	P-Değeri
19 puan ve üzeri	17	9,00	2,784		0,002
18puan ve altı	40	12,10	3,521		p<0.05

p<0.05

Tablo 12 incelendiğinde araştırmaya katılan öğrencilere yapılan WÇZÖ-R alt testi ölçeklerinden şifre puanı, depresyon ölçeği puanlarının anlamlı bir fark gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla t testi sonucunda anlamlı ilişki bulunmuştur (p<0,02).

Söz konusu farklılık WÇZÖ-R alt testi olan şifrenin, depresyon puanları yüksek olanlarda şifre puanları da düşüktür. Depresyon puanları 19 puan ve üzerinde olanların şifre puanları da düşüktür. Depresyon olumsuz etkilemektedir.

3.2.7. Depresyon ve kaygı düzeyleri yüksek olanların WÇZÖ-R alt testi ölçeklerinden yargılamayı olumsuz etkilemekte midir?

Tablo 13: Araştırmaya katılan öğrencilerin WÇZÖ-R testi alt ölçeği yargılama ile depresyon değerlendirme ölçeğine göre ait t-testi sonuçları

Depresyon	N	X	Ss	T	P-Değeri
19 puan ve üzeri	17	8,53	3,47		0,02
18puan ve altı	42	10,83	3,30		p<0.05

p<0.05

Tablo 13 incelendiğinde araştırmaya katılan öğrencilere yapılan WISC_R testi alt ölçeklerinden yargılama puanı, depresyon ölçeği puanlarının anlamlı bir fark gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla t testi sonucunda anlamlı ilişki bulunmuştur (p<0,02).

Söz konusu farklılık WISC_R testi alt testi olan yargılamada depresyon puanları yüksek olanların yargılama puanlarda düşüktür. Depresyon puanları 19 puan ve üzerinde olanların yargılama puanları da düşüktür. Depresyon olumsuz etkilemektedir.

Okuma Performansı ile Konuşma-Dil gelişimi arasındaki İlişkiler

3.2.8. Öğrencilerin dil gelişimini kendi sınıf düzeyinde okuma yüzdeleri ile ilişkisi var mıdır?

Tablo 14: Öğrencilerin kendi sınıf düzeyinde okuma yüzdeleri ile dil gelişimi arasındaki ilişki

Öğrencilerin okuma hızlarının kendi sınıf düzeylerine göre yüzdeler potansiyelleri		Yürümeye başladığında söylediği kelime sayısı?	İki kelimelik cümle ne zaman kurdu? (ay olarak)	Öykü-masalı ne zaman anlatabildi? (ay olarak)
	r	0,45	0,33	0,39
p	0,000	0,000	0,001	

Tablo 14 incelendiğinde araştırmaya katılan öğrencilerin okuma hızları, kendi sınıf düzeyleri üzerinde hesaplanan okuma yüzdeleri arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Bu sonuca göre yürümeye başladığında söylediği kelime sayısı az olanların, iki kelimelik cümle kurmaları ay olarak gecikme olanların ve öykü ya da masalı anlatmalarında gecikme olanların okuma hızları da düşüktür.

Tablo 15: Öğrencilerin kendi sınıf düzeyinde okuma yüzdeleri ile dil gelişimi arasındaki ilişki

Öğrencilerin okuma hızlarının kendi sınıf düzeylerine göre yüzdeler potansiyelleri		Uzun cümleler ne zaman kurdu? (ay olarak)	Yabancılar tarafından anlaşılır konuşma(ay olarak)
	r	-0,32	-0,50
p	0,007	0,000	

Tablo 15 incelendiğinde araştırmaya katılan öğrencilerin okuma hızları, kendi sınıf düzeyleri üzerinde hesaplanan okuma yüzdeleri arasında negatif yönlü anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Bu sonuca göre öğrencilerin okuma hızı ve sınıf düzeyi okuma yüzdeleri artıkça uzun cümlelerle kendini ifade edebilme, yabancılar tarafından anlaşılır konuşma ayda azalmaktadır. Gelişimsel dil gelişimi okuma hızını etkilediği görülmektedir. Dil gelişimdeki gecikme akademik yaşamdaki okuma hızını olumsuz etkilediği görülmektedir.

3.2.9. Aile içi ilişkiler çocuğun depresyon ve kaygı düzeyleri üzerinde etkilimidir?

Tablo 16: Depresyon Puanlarının Çocuğun Anne ve Baba ile İlişkileri Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Kruskal Wallis-H Testi Sonuçları

Puan	Gruplar	N	$\bar{x}_{sıra}$	x^2	sd	p
Depresyon	Kötü	10	42,60	10,111	2	,006
	İyi	46	35,13			
	Çok iyi	10	16,90			
	Toplam	66				

Tablo 16'de görüldüğü üzere, depresyon puanlarının anne-baba ilişkileri değişkenine göre farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan Kruskal Wallis-H testi sonucunda grupların sıralamalar ortalamaları arasındaki farklılıklar anlamlı bulunmuştur ($x^2=10,111$; $p<,01$). Farklılıkların hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla kullanılan özel bir yöntem bulunmadığından gruplar Mann Whitney-U analizi ile ikili olarak karşılaştırılmış ve elde edilen sonuçlar aşağıda sunulmuştur.

Tablo 16: Depresyon Puanlarının Anne-Baba İlişkileri Değişkenine Göre Hangi Gruplar Arasında Farklılaştığını Belirlemek Üzere Yapılan Mann Whitney U Testi Sonuçları

Gruplar	Kötü	İyi	Çok iyi
Kötü	$\bar{x}_{sıra} = 42,60$	$p >,05$	$p <,01$
İyi		$\bar{x}_{sıra} = 35,13$	$p <,01$
Çok iyi			$\bar{x}_{sıra} = 16,90$

Tablo 16'da da görülebileceği üzere, örneklem grubunu oluşturan bireylerin depresyon puanlarının anne-baba ilişkileri değişkenine göre hangi gruplar arasında farklılaştığını belirlemek üzere yapılan Mann Whitney U testi sonucunda söz konusu farklılığın anne-baba ilişkileri kötü olan gruba çok iyi olan grup arasında kötü olan grup lehine $p <,01$ düzeyinde; anne-baba ilişkileri iyi olan gruba çok iyi olan grup arasında iyi olan grup lehine $p <,01$ düzeyinde gerçekleştiği belirlenmiştir. Yani anne-

baba ilişkileri çok iyi olan grubun depresyon puanları anne-baba ilişkileri kötü ve iyi olan gruptan anlamlı şekilde düşük bulunmuştur.

3.2.10. Annenin öğretim yılının WÇZÖ-R zeka testinin alt testleri arasında ilişki var mıdır?

Tablo 17: Annenin öğretim yılının WÇZÖ-R Zeka testinin alt testleri arasındaki ilişki

Annenin öğretim yılı		Toplam IQ	Genel Bilgi	Aritmetik	Sözcük Dağarcığı	Performans IQ
	r	0,40	0,28	0,28	0,29	0,34
	p	0,002	0,03	0,03	0,02	0,007

Tablo 17 incelendiğinde araştırmaya katılan öğrencilerin Annelerinin öğretim yılıyla Toplam IQ, Genel bilgi, Aritmetik, Sözcük darcığı, Performans IQ arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki vardır. Annenin öğretim yılı artıkça Toplam IQ, Aritmetik, Genel bilgi, Sözcük darcığı, Performans IQ puanları da artmaktadır.

3.2.11. Babanın öğretim yılının WÇZÖ-R Zekâ Testi alt testleri arasında ilişki var mıdır?

Tablo 18: Babanın öğretim yılının WÇZÖ-R Zekâ Testinin alt testleri arasındaki ilişki

Babanın Öğretim yılı		Toplam IQ	Sözcük darcığı	Performans IQ	Resim düzenleme
	r	0,28	0,30	0,27	0,29
	p	0,03	0,02	0,03	0,02

Tablo 18 incelendiğinde araştırmaya katılan öğrencilerin babanın öğretim yılıyla Toplam IQ, Sözcük darcığı, Performans IQ, Resim düzenleme arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki vardır. Babanın öğretim yılı artıkça Toplam IQ, Sözcük darcığı, Performans IQ, Resim düzenleme puanları da artmaktadır

BÖLÜM IV

TARTIŞMA VE ÖNERİLER

Bu çalışmada ÖÖB ve DEHB tanıları almış öğrencilerin; depresyon ve kaygı düzeylerinin belirlenmesini; depresyon ve kaygı düzeylerinin cinsiyet, yaş, konuşma-dil gelişimleri, bilişsel profilleri, anne-baba eğitimleri, kültürel ve sportif aktiviteleri ile nasıl ilişkilendiklerini değerlendirmeyi amaçladık. Öğrencilerin depresyon düzeylerini belirlemek için Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği (ÇDÖ), kaygı düzeylerini belirlemek için de Çocuklar İçin Durumluk ve Süreklilik Kaygı Ölçeği kullanılmıştır.

Bu çalışmada depresyon düzeyleri kesme puanı 19 ve üzerinde olan öğrenciler klinik depresyon tanısı almışlardır. Bu analize göre depresyon tanısı alan öğrencilerin oranı % 29 dur. ÖÖB tanısı alan öğrencilerde eşlik eden psikopatolojiler daha önceki çalışmalarda da değerlendirilmiştir. Bu alanda yapılan ilk çalışmalar ağırlıklı olarak dışa dönüklük yelpazesine ait bozukluklar bağlamında olmuştur. Bu tür çalışmaların aksine depresyon kaygı gibi içe dönüklük yelpazesine yönelik çalışmalar nispeten daha az sayıdadır. Araştırmamızda kullandığımız Çocuklar İçin Depresyon Ölçeğinin kullanıldığı bir çalışmada (Wright-Strawderman C 1992) yaşları 8-11 arasında olan ÖÖB tanılı öğrenciler arasında depresyon yaygınlığını % 36 olarak izlemişleridir. Bizim örneklemimizde % 29 olan depresyon oranı bu çalışmanın sonucuna göre daha düşüktür. Ancak bu çalışmada depresyon için kesme puanı 13 ve üzeri yani daha düşük değerlendirilmiştir. Alanyazındaki diğer çalışmaların sonuçları ile karşılaştırıldığında ÖÖB da depresyon prevalansı %26-40 arasında değişmekte olup bizim bulgumuz ile uyumludur. Epidemiyolojik çalışmalar, depresyon yaygınlığının toplum örnekleminde okul çağı çocuklarında % 1,9; ergenlerde % 4,7 olduğunu göstermektedir. % 29 oranındaki yaygınlık ile karşılaştırıldığında ÖÖB da depresyon yaygınlığı genel toplum örneklemelerinden oldukça yüksektir. Klinik örneklemeler ele alındığında; genel çocuk hastalıkları polikliniğine başvurular arasında depresyon oranı % 7 iken çocuk psikiyatrisi polikliniğindeki oran % 28'dir. Yani genel çocuk hastalıkları polikliniğindeki orana göre oldukça yüksek iken çocuk psikiyatri polikliniğindeki oranla farksızdır.

Çeşitli öz-bildirim ölçeklerinde, ÖÖB tanısı alan çocuklar kontrollere göre daha fazla kaygı belirtisi göstermişlerdir. Cantweel ve Baker (1991) ÖÖB u olan çocuklarda kaygı sıklığının yaşla birlikte arttığını bildirmiştir. Bu artışın kızlarda anlamlı olduğu da bildirilmektedir. Bizim örneklemimizde yaş ve durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri arasında herhangi bir ilişki bulunamamıştır. Bunun nedeni grup

içinde daha İlköğretim birinci kademe öğrencilerinin yer almasından kaynaklandığı düşünmekteyiz, ilişkisizliğin bir nedeni olabilir. Kullandığımız durumluk ve sürekli kaygı ölçeklerinin klinik kaygı bozukluğu çerçevesinde geçerlik çalışmaları ve kesme puanlarının olmaması grubumuzda klinik düzeyde kaygı bozukluğu olup olmadığını değerlendirmemize neden olmuştur. Çalışmamızda sağlıklı ya da klinik tanılı farklı bir kontrol grubunun olmaması kaygı düzeylerinin grubumuzda yüksek olup olmadığını değerlendirmemizi engellemektedir. Farklı bir klinik gruba değerlendirmemiz veya karşılaştırmamız karşılaştırma olanağı sağlayabileceği düşünülmektedir.

Araştırmamızda depresyon ve kaygı düzeyleri ile bilişsel işlevler arasındaki ilişkiler araştırılmıştır. Bu çalışma kapsamında bilişsel işlevler WÇÖZ-R testi ile değerlendirilmiştir. ÇDÖ ne göre Depresyon tanısı alan grup depresyon düzeyi düşük olan gruba göre Şifre ve Yargılama alt testlerinde daha düşük bir performans göstermişlerdir. Yargılama öğrencilerin toplumsal olayları, normları muhakeme etme yetilerini değerlendirmektedir. Şifre alt testi ise el-göz koordinasyonu, psikomotor hız ve dikkati sürdürme yetilerini değerlendirmektedir. Alanyazında depresyonun, hem dikkat ve yürütücü işlevler hem de bellek işlevleri açısından bozulmalara neden olduğu bildirilmektedir (Austin ve ark, 2001). Bu çalışma kapsamında bellek işlevleri değerlendirilmemiş, dikkat işlevleri ise WÇZÖ-R testinin dikkate ait alt testleri ile ele alınmıştır. Özellikle Şifre alt testindeki performans düşüklüğü, bize çocuklarda depresyonun dikkat işlevleri üzerinde etkili olabileceğini göstermektedir. Bu ise ÖÖB olan öğrencilerde depresyon sürecinin ek bilişsel zorluğa ve bu anlamda öğrenme güçlüğüne artırıcı bir etkiye sahip olabileceğini göstermektedir. Depresyon çocukların dikkat, bellek, motivasyon, zihinsel işlem hızı gibi bilişsel süreçlerini olumsuz etkileyerek, Özel Öğrenme Bozukluğunun terapisinde ek zorlukları ve farklı yaklaşım biçimlerini gündeme getirmektedir. İlerde ÖÖB olan çocuklarda depresyon ile bellek ve dikkat işlevleri arasındaki ilişkiler daha kapsamlı bir şekilde değerlendiren çalışmaların yapılması anlamlı olacaktır.

Öğrencilerin okuma hızları kendi sınıf düzeyi ortalamalarına göre yüzde olarak derecelendirilerek, depresyon, kaygı ve konuşma-dil gelişimi ölçümleri ile ilişkileri araştırıldığında; konuşma-dil gelişimini değerlendiren tüm ölçümlerin okuma hızları ile korele oldukları izlenmiştir. Gelişimsel olarak konuşma-dil gelişim düzeyi okuma için öncül bir yeti olarak ele alınmaktadır. Yapılan çalışmalar okuma güçlüğü olan öğrencilerin yarıdan fazlasında gelişimsel olarak konuşma-dil problemleri olduğunu vurgulamaktadırlar. Bu bulgu bize gelişim dönemindeki konuşma-dil

sorunlarının saptanmasının ve eğitsel yaklaşımlarla geliştirilmesinin ne kadar önemli olduğunu göstermektedir. Bu grup risk altında olan grup olarak değerlendirilmeli ve beyin plastisitesinin daha fazla olduğu erken dönemde uygun eğitim politikaları geliştirilmelidir. Erken müdahale programlarının geliştirilmesi, okul öncesi dönemdeki eğitim programlarının dil gelişimi programlarının desteklenmesi gerekmektedir.

Çalışmamızda ortaya çıkan bir diğer bulgu ise anne ve babanın eğitim düzeyleri ile öğrencilerin zekâ düzeyleri arasındaki aynı yönlü ilişkilerdir. Bu veriler alanyazında anne ve babaların zekâ düzeylerinin ve annelerin eğitim düzeyinin çocuğun zekâ düzeyi üzerinde olumlu olduğuna dair bulgularla uyumludur. Babanın eğitim yılının çocuğun zekâ düzeyi üzerindeki olumlu etkisi olduğu görülmektedir.

Araştırmamızdaki diğer bir bulguda spor yapan öğrencilerin spor yapmayan gruba oranla depresyon oranları düşüktür. Çocuğun sportif faaliyetlerde bulunması depresyonu olumsuz etkilemektedir. ÖÖB tanısı almış öğrencileri sporla desteklemek gerekmektedir.

Bu sorunlar iki şekilde ortaya çıkmaktadır. İlki depresyona bağlı olarak gelişen bellek ve dikkat alanlarındaki bilişsel bozulmalardan kaynaklanmaktadır. İkincisi ise, depresyon öğrencinin motivasyon, aidiyet, akran ilişkileri ve kendilik saygısı ve güvenini etkileyerek olumsuz etkiler oluşturabilmektedir. Bu anlamda ÖÖB olan çocukların sağaltımında, sadece eğitsel yaklaşımı ön plana çıkaran bir yaklaşım çok verimli olmayacaktır. Öğrencilerin içinde yaşadıkları aile ve toplumsal ortamın da bu süreçte öğrencinin üzerinde olumlu etkide bulunacak şekilde ele alınması uygun olacaktır. Eşlik eden psikolojik süreçlerde yaşanan depresyon; gelişimsel, bilişsel ve sosyal değişkenlerle ilişkilidir. Eğitimsel destek sürecinde; öğrencinin duygu durumunun göz önünde bulundurulması, eğitim planının ona göre hazırlanması gerekmektedir. Okul ortamında öğrencilerin kendilik saygısını, akran ortamındaki kabullerini artıracak programları geliştirmek gerekmektedir.

KAYNAKÇA:

Ağaoğlu, B.(2008). Depresif Bozukluklar, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi temel kitabı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.

Alkaş, L. (1996). *Öğrenme bozukluğu olgularında, aşırı hareketlilik-impulsivitenin eşlik ettiği dikkat eksikliği/aşırı hareketlilik bozukluğunun sıklığı ve nöropsikolojik özellikleri*. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi; Trakya Üniversitesi, Trakya Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı.

American Psychiatric Association (Apa):1994d.C: Apa Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (4th ed.) Washington Amerikan Psikiyatri Birliği: 2001DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Baskı. Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington Dc, 2000'den Çeviren E Köroğlu, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.

Anderson, L. , Meier- Hedde, R.:2001“Early Case Report Of Dyslexia İn The United States And Europe”, *Journal Of Learning Disabilities*, 34, 9-21.

Austin, M-P., Mitchell, P., Goodwin GM., (2001). Cognitive deficits in depression. Possible implications for functional neuropathology. *British Journal of Psychiatry*, 178, 200-206.

Barkley, R. A.: 2000 “Genetics Of Childhood Disorders: XVII. Adhd, Part1: The Executive Functions And Adhd”, *Journal Of American Academy Of Child And Adolescence Psychiatry*, 39/8, 1064-1068.

Beitchman, J.H. ve Young, A.R. (1997).Learning disorders with a special emphasis on reading disorders: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36; 1020 – 1032.

Bretherton L. ve Holmes V.M. (2003). The relationship between auditory temporal processing, phonemic awareness, and reading disability. *Journal of Experimental Child Psychology*, 84 (2003); 218–243.

Bozak, M., M., (1982). Anksiyete ve Okul Başarısı Arasındaki İlişkiye İlişkin Bir Araştırma. *Psikoloji Dergisi* 16, s. 24-30.

CARROLL J.M., SNOWLİNG M.J.:2004“Language and phonological skills in children at high risk of reading diffuculities”, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 631–632

Cantwell, D.P. ve Baker, L. (1991) Association between attention deficit hyperactivity disorder and learning disorder. *Journal of Learning Disabilities*, 24; 88-95. 640.

Clyde-Francks, I, Laurence M.P. ve Anthony, P.M. (2002). The genetic basis of dyslexia. *Lancet Neurology*, 1; 483–90

DORİS, J. L.: 1993“Defining learning disabilities: A history of the search for consensus” G. R. Lyon D. B. Gray, J. F. Kavanagh, ve N. A.Krasnegor (Eds.), *Beter understanding learning*

disabilities: New views from research and their implications for education and public policy (pp. 97-115). Baltimore: Brookes.

Ercan, S.E., Aydın, C., (2007). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. (15. baskı). İstanbul: Gendaş Kültür Yayınları.

Erden, G. ve Kurdoğlu, F. (2003). *Özgül Öğrenme Güçlüğü-I Kurs Notu*. Türk Psikologlar Derneği.

Erden, G., Öktem, F., Kurdoğlu, Öğrenme Bozukluğu Belirti Tarama Listesi (yayınlanmamış ölçek). DEHB-ÖÖG Derneği. ÖÖG Grubu.

Erden, G., Kurdoğlu, F. ve Uslu, R. (2002). İlköğretim okullarına devam eden Türk çocuklarının sınıf düzeylerine göre okuma hızı ve yazım hataları normlarının geliştirilmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1; 5-13.

Erdoğan, E.: 2002 "Nöropsikolojik Testlerin Klinik Psikolojide Tanı ve Tedavide Kullanımı", *Kriz Dergisi*, 3/1,2, 173-176. GEARY, D., HOARD, M. :2001 "Numerical and arithmetical deficits in learning disabled children: Relation to dyscalculia and dyslexia", *Journal of Aphasiology*, 15, 635-647.

Gilgeri, J. W., Ho, H.-Z., Whipple, "Genotype-Environment Correlations For Language-Related Abilities: Implications For Typical And Atypical Learners", *Journal Of Learning Disabilities*, 34(6),492-502

A.D., Spitz, R.:2001 Gottlieb, M. I. (1987). The hyperactive child. *Textbook of Developmental Pediatrics*, IGottlieb, J. E. Williams, (Eds.). New York, Plenum Medical Book Company.

Hallahan, D.P., Mercer, C.D.:2001 Learning Disabilities: Historical Perspectives, Paper Written For The Office of Special Education Programs, U.S. Department of Education, and presented at the OSEP's LD Summit conference. Washington , DC

Heiman, T. (2004). Teachers coping with changes: Including students with disabilities in mainstream classes: An international view. *International Journal of Special Education*, 19(2), 91-103.

Holborow, P.L. ve Berry, P.S. (1986). Hyperactivity and learning difficulties. *Journal of Learning Disabilities*, 19; 426-31

Faas, L.A. (1976). *Learning Disabilities. A Competency Based Approach*. Houghton Mifflin Com. Boston.

Focus, 6:73-80. 1993 "Introduction and Overview to the Clinical Concepts of Learning Disabilities", *Child and Adolescents, Psychiatric Clinics of N.Am.* Vol. 2, N.2, s: 181-192. 2002 "Developmental Learning Disorder", *Child And Adolescent Psychiatry*

Johnson, B. (2005). Psychological co morbidity in children adolescents with learning disorders. *Journal of Indian Association for Child and Adolescent Mental Health*, 1(1); 973-1342

Ramus, F., Rosen, S., Dakin, S., Day, B., Castellote, J., White, S. ve Frith, U. (2003).

Theories of developmental dyslexia: insights from a multiple case study of dyslexic adults. *Brain*, 126; 841-865.

Rousselle, L.M., Noel, P.:2008 "Mental Arithmetic In Children With mathematics learning disabilities", *Journal Learning Disability*, Online First.as doi:10.1177/0022219408315638

Rowe, K.J. ve Row, K.S. (1992). The relationship between inattention in the classroom and reading achievement: Methodological issues. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31; 349-356.

Shaywitz, S.E. ve Shaywitz, B.A. (2005). Dyslexia (specific reading disability).

Biological Psychiatry. 57; 1301-1309. Silani

Semrud-Clikeman, M., Biederman, J., Sprich-Buckminster, S., Lehman B.K., Faraone, S.V. ve Norman, D. (1992). Comorbidity between ADHD and learning disability: A review and report in a clinically referred sample. *Journal of American Academy Child Adolescent Psychiatry*, 31; 439-448.

Silver, L. B. :1988 "A Review Of The Federal Government's Interagency Committee On Learning Disabilities Report To The U.S. Congress", *Learning Disabilities*

Sürücü, Ö.: 2005 sözel Olmayan Öğrenme Güçlüğü, *Çocuk Çocuk Dergisi*, 8(47), 20-23.

Sürücü, Ö. ve Gündoğdu, B. (2008). Öğrenme bozuklukları. A. Coşkun, E. İşeri, S.

Tallal, P. (1980). Auditory temporal perception, phonics, and reading disabilities in children. *Brain and Language*, 9; 182-198.

Tanör, Ö., Ö., (1982). "Anksiyetenin Öğrenme ve Hafızaya Etkisi". *Psikoloji Dergisi*, 16. Cilt, Sf. 31-35. İstanbul.

Livingstone, M.S., Rosen, G.D., Drislane, F.W. ve Galaburda, A.M. (1991).

Physiological and anatomical evidence for a magnocellular defect in developmental dyslexia. *Proceedings of the National Academy of Science*, 88; 7943-7947.

Miral, N. Motavallı, B. Pehlivan Türk, T. Türkbay, R. Uslu ve F. Ünal. (Ed.).

Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Karakaş, S. ve Karakaş, H.M. (2000). Yönetici işlevlerin ayrıştırılmasında multidisipliner yaklaşım: Bilişsel psikolojiden nöroradyolojiye. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 3(4); 215-227. Visual perception in children with attention deficit hyperactivity disorder and normal controls: Diagnostic value of the Mangina-Test. 13th World Congress of Psychophysiology. The Olympics of the Brain. *International Journal of Psychophysiology*, 61(3); 303-304.

Karakaş, S., Soysal, A.Ş., Erdoğan-Bakar, E. ve Ünal, F. (2006b). Analytical-specific

Karakaş, S., Soysal, A.Ş. ve Erdoğan-Bakar, E. (2008). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun değerlendirilmesinde nöropsikolojik yaklaşımın yeri. S. Karakaş.

(Ed.), *Kognitif Nörobilimler*. Ankara: Nobel Tıp Yay

Karakaş, S.(2006). BİLNOT Bataryası El Kitabı: Nöropsikolojik Testler İçin Araştırma ve Geliştirme Çalışmaları, (2. baskı) Ankara: Eryılmaz, Ofset.

Karakaş, S. (2008). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu: teori ve modeller.

Karakaş. S. (Ed.), *Kognitif Nörobilimler*. Ankara: Nobel Tıp Yay.

Liberman, I.Y. (1973). Segmentation of the spoken word and reading acquisition.

Bulletin of the Orton Society, 23; 65-79.

Solan, H.A., Larson S., Shelly- Tremblay J.,Ficarra, A., “Role Of Visual Attention İn Cogniti Ve Control Of Oculomotor Readiness İnSilverman, M. :2001 Students With Reading Disabilities”, *Journal Of Learning Disabilities, 34, 107-118*

Soysal, A.Ş. ve Karakaş, S. (2008). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu: 18.yüzyıldan günümüze. S. Karakaş. (Ed.), *Kognitif Nörobilimler*. Ankara: NobelTıp Yay.

Shaywitz ,B.Shaywitz.:2005 “Dyslexia (Specific Reading Disability)”, *Biological Psychiatry ,57(11) , 1301 -1309 .*

Shaywitz, S.E., Shaywitz, B.A.,Fletcher, J.M., Escobar, M.D.:1990 .Prevelance Of Reading Disability İn Boys And Girls. Results Of The Connecticut Study, *Journal Of The American Medical Association, 264; 998-1002.*

Şenol, S. (2008). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. A. Coşkun, E. İşeri, S. Miral,N. Motavallı, B. Pehlivan Türk, T. Türkbay, R. Uslu ve F. Ünal. (Ed.). *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Şenol, S. ve Şener, Ş. (1997.) “Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu”, *Psikiyatri Temel Kitabı*, [ed. Köroğlu E.; Güleç,C.],Ankara: Hekimler Yayın Birliği,1119-1130

Kashani, H., Sherman, D., (1988). “Childhood Depression; Epidemiolog Etiological Models and Treatment Implications”. *Integrative Psychiatry, 6:1-8.*

Kavale, K. A. :2002 “Discrepancy models in the identification of learning disability”, R.Bradley,L. Danielson,D.P.Hallahan(Eds.), *Identification of learning disabilities: Research topractice(pp. 369–426)*. Mahwah, NJ: Lawrence E

Kavale, K. A. ; Forness, S. R. :2000 Say and Don't Say: A Critical Analysis”, *Journal of Learning Disabilities,33; 239*

Korkmaz, B. (2000). Öğrenme sorunları: disleksi, disgrafi, diskalkuli. *Pediatric Davranış Nörolojisi*. İstanbul: Emek matbaacılık

Korkmazlar, Ü. (1993). *6-11 yaş ilkokul çocuklarında özel öğrenme bozukluğu ve tanı yöntemleri*. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi.

Korkmazlar, Ü. ve Sürücü, Ö. (2007). Öğrenme bozuklukları. A. Soykan-Aysev ve Y. Işık-Taner (Ed.), *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*. Ankara: Golden print.

Korkmazlar Oral Ü .(2007).Öğrenme bozukluğu, değerlendirme ve özel eğitim özel okullar derneği seminerleri

Köroğlu, E. (1994). Amerikan Psikiyatri Birliği: Mental Bozuklukları Tanısal ve

- Sayımsal El Kitabı, [DSM IV], [4. Baskı],Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Köroğlu, 2004).Özusta, Ş., (1993). *Çocuklar İçin Durumluk-Sürekli Kaygı Envanterinin Uyarılama,Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması*, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.Köroğlu, E., (2004). *Psikonozoloji: Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri*. Ankara: HekimlerYayın Birliği.
- Maccini, P., Hughes, C. A.:2000 “Effects Of A Problem Solving Strategy On The Introductory Algebra Performance Of Secondary Students With Learning Disabilities”, *Learning Disabilities Research Ve Practice*, 15, 10-21.
- Myers, P.I., Hammill, D. :1976 *Methods For Learning Disorders*, John Wiley And Sons, Inc. New York. 2nd Ed.
- Motavallı, N. (1993). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu: Tanı ölçütleri, yapısı, sınıflandırma sistemlerindeki yeri. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 30 (1), 226-231.
- Montiel-Nova C. (2003). “Epidemiological Data About Attention Deficit Hyperactivity Disorder In A Sample of Morabina Children”, *Rev Neurol*, 37(9):815-823.
- Van Galen, G. P. :1991“Handwriting: Issues For A Psychomotor Theory”, *Human Movement Science*, 10,165–191.
- Nation, K., Snowling, M. :1997 “Assessing Reading Difficulties: The Validity And Utility Of Current Measures Of Reading Skills”, *British Journal Of Educational*, 67, 359–370.
- Öy B.(1991) Çocuklar için depresyon ölçeği:Geçerlilik ve güvenirlik çalışması. *Türk psikiyatri Dergisi* 2:132-136.
- Pearce J. (1978).The regocnition of depressive disorder in children. *J Roy Soc Med* 71:494-505.
- Van Galen, G. P., Portier, S. J.,Smits-Engelsman, B. C. M.,Schomaker, L. R. B.:1993 “Neuromotor Noise And Deviant Movement Strategies As An Explanatory Ground For Poor Handwriting Children”,*Acta Psychologica*, 82, 161–178.
- Zulliger, H., (2000). *Çocuklarımızın Korkuları*, Çev:Kamuran Sıpal, İstanbul: Cem Yayınevi.

EKLER

EK-1: Kişisel Bilgi Formu

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

BAŞVURU TARİHİ : _____

ÇOCUĞUN ADI SOYADI : _____

CİNSİYETİ : KIZ ERKEK

DOĞUM TARİHİ VE YERİ : ___/___/___ YAŞ: ___ AY ___

EĞİTİM DURUMU: 1.SINIF 2.SINIF 3. SINIF 4.SINIF
5.SINIF 6. SINIF 7. SINIF 8 SINIF 9 SINIF 10.SINIF

Anne Adı: _____ Mezun olduğu okul: _____

Yaş: ___ İşi: _____ Eğitim Yılı: _____

Okuduğu Bölüm: _____

Baba Adı: _____ Mezun olduğu okul : _____

Yaş: ___ İşi: _____ Eğitim Yılı: _____

Okuduğu Bölüm: _____

Çocuğun kardeşleri (sayısı, yaşı, cinsiyeti):

O Kız () Erkek O Kız () Erkek O Kız () Erkek

Kaçıncı çocuk:

KİMİN YÖNLENDİRDİĞİ ve TANISI:

SOSYAL EKONOMİK DÜZEY:

EVİNİZ: KİRA EV SAHİBİ

ÇOCUĞUN KENDİNE AİT ODASI VAR MI? HAYIR EVET

KARDEŞLERİYLE PAYLAŞIYOR

KENDİNİZE AİT OTOMOBİLİNİZ VAR MI?

Hayır Evet 1 tane 2 tane

HANGİ OKULA GİDİYOR:

DEVLET OKULU ÖZEL OKUL DERSANE

ÖZEL DERS DERSANE + ÖZEL DERS ÖZEL EĞİTİM

SON ALTI AY İÇİNDE GİTTİĞİNİZ KÜLTÜREL ETKİNLİKLER

SİNEMA: HİÇ 1-2 DEFA DAHA FAZLA

KONSER: HİÇ 1-2 DEFA DAHA FAZLA

TİYATRO: HİÇ 1-2 DEFA DAHA FAZLA

EVDE OKUNAN GÜNLÜK GAZETE VE DERGİ:

Hiçbiri: 1 Günlük gazete 1 günlük gazete + dergi Gazete sayısı

Dergi sayısı

SAĞLIK GÜVENCESİ:

Yalnız Devlet Sağlık Güvencesi: Evet Hayır

Özel Sağlık Güvencesi:

Sağlık Güvencimiz Yok Tüm Sağlık Masraflarımızı Kendimiz Karşılıyoruz:

Yalnız Devlet Sağlık Güvencesi + Özel Sağlık Güvencesi:

ANNENİN PRENATAL (Hamilelik) SÜRECİ

Sigara/Alkol kullanımı: _____

İlaç Kullanımı: _____

Röntgen vb çekimi: _____

Düşük riski, daha önceki düşükler: _____

Hipertansiyon: _____

Ateşli hastalıklar: _____

Çoğul gebelik: _____

Operasyon: _____

Akrabalık: _____

Stres/Kaza: _____

DOĞUM

Doğum Şekli: _____

Normal spontan doğum (NSD):

Komplike:

Sezaryen (S/C sağlıklı):

Sezaryen (S/C komplike):

Doğum zamanı: Zamanında: Erken: Geç:

Doğumun yapıldığı yer: _____

Doğduğunda çocuğun: Boyu _____ cm Kilosu: _____ gram

DOĞUM ESNASINDA OLUŞAN ANOMALİLER

Kuvöz: Ağlama: Oksijen yetersizliği: Renk: Kan değişimi:

Sarıklık: Fototerapi: Kordon dolanması: Emme refleksi:

ÇOCUĞUN GELİŞİMİ

Anne sütü: _____

Göz kantağı: _____

Desteksiz oturma: _____

Yürüme: _____

Merdiven inip çıkma: _____

Düğme ilikleme: _____

Ne zaman ilikledi? 7 yaşında 6 yaşında 5 Yaşında 4 Yaşında

3 Yaşında 2 yaşında

Ayakkabı bağlayabiliyor mu? Evet Hayır

Ne zaman bağladı? 6 yaşında 7 Yaşında 8 Yaşında

9 Yaşında 10 yaşında

Uyku düzeninde sorun yaşadınız mı? Evet Hayır

Biyolojik Ritmin Oturma Zamanı:

0-1 yaş arası, ağlama ve huzursuzluk: Evet Hayır

Tuvalet eğitimi: Çiş: Gündüz Gece

Kaka: Gündüz Gece

Bebeklik ve çocuklukta görülen hastalıklar (ateşli hastalık, kaza, ameliyat, bulaşıcı hastalık, şok, travma v.b):

Kafa Travma: Evet Hayır

Uykuya meyil: Bulantı kusma: Bilinç kaybı: Kasılma:

Ateşli Havale: Evet: Hayır:

Çocuğunuz sık sık kaza geçirir mi? Evet Hayır

Kaç yaş arasında geçirdi? _____ aylık/yaşında

İşitme

Orta kulak iltihabı geçirdi mi? Evet Hayır

Görme

Görme sorunu var mı? Evet Hayır

Miyop Hipermetrop Astigmat

Sözel yönergeleri tekrarlamak zorunda kaldınız mı? Evet Hayır

1-2 yaş 3-4 4-5 5-6 yaş

Hala devam ediyor

Yürümeye başladığında kaç kelimeyi söyleyebiliyordu:

0-18 ay da söyleyebildiği kelime sayısı (en az 15 kelimesi): Evet Hayır

İki kelimelik cümle ne zaman kurdu? 18–24 ay 3 yaş 4yaş 5yaş

Uzun cümlelerle kendini ne zaman ifade edebildi? 24–30 aylık 3 yaşında

3,5 yaşında 4 yaşında

(3–4 kelimelik cümle kurma) 4,5 yaşında 5 yaş

Kısa bir öykü ya da masalı ne zaman anlatabildi? 24–30 aylık 30–36 aylık

36–42 aylık 42–48 aylık 48–52 aylık 52–58 aylık 58–72 aylık

Fonetik sorunlar:

Yabancılar tarafından anlaşılır konuşma ne zaman başladı:...

Çocuğunuz kekemelik sorunu yaşadı mı? Evet Hayır

1-6 yaşa kadar söyleyemediği harfler var mıydı? Evet Hayır

Hangi harfleri söylemekte güçlük çekti? “ı, r s,ş z t ç,c d,p l ”

Hızlı konuşur mu? Evet Hayır

Konuşma eğitimi aldı mı? Evet Hayır

Katı gıdayla ne zaman beslenmeye başladı? _____ yaşında/aylıkken

Katı gıda almada sorun oldu mu? Evet Hayır

Ne kadar sürdü? _____ ay/yıl

Ailede konuşma sorunu olan var mı? Evet Hayır

Anne Baba Kardeşler Akraba

Aile de fonetik sorunu olan var mı? Hayır Evet

Anne Baba Kardeşler Akraba

Çocuğunuz spor yapar mı? Evet Hayır

Yüzme Basketbol Voleybol Diğer

Çocuğunuz sanatsal faaliyet yapar mı? Evet Hayır

Müzik Resim Darama Diğer

Anne babayla ilişkileri nasıldır? Sorunlu İyi Çok iyi
Kardeşleriyle ilişkileri nasıldır? Sorunlu İyi Çok iyi
Arkadaşlarıyla ilişkileri nasıldır? Sorunlu İyi Çok iyi
Öğretmenlerle ilişkileri nasıldır? Sorunlu İyi Çok iyi

Okulda popüler bir çocuk mu dur? Evet Hayır

Okula başlamadan önce eğitim aldı mı? Evet Hayır

Kreş Anaokulu Anasınıfı

Kaç yaşında başladı? _____ yaşında

Ne kadar devam etti? _____ ay/yıl

Herhangi bir sorun oldu mu? Evet Hayır

Nasıl bir sorundu? Okula gitmek istememe Akademik

Anneyi bırakmama Fiziksel yakınmalar

Okula başlama yaşı: _____ yaşında (yıl ve ay _____)

Okula başlarken sorun oldu mu? Evet Hayır

Evet ise nasıl bir sorun? Okula gitmek istememe

Anneyi bırakmama Fiziksel yakınmalar

(karın ağrısı, bulantı, kusma, baş ağrısı, göğüs ağrısı, nefes alamama, sıkışma hissi, kaygı, panik, uyku bozukluğu)

Uzun süre okula alışamama

Diğer _____

Okulda yıl kaybı oldu mu? Evet Hayır

Evet ise kaçınıcı sınıfta? _____

Okul değiştirdi mi? Evet Hayır

Evet ise nedeni? _____

Okuma yazmayı öğrenmede gecikme/sorun oldu mu? Evet Hayır

Evet ise nasıl bir sorun? _____

Okuma yazmayı öğrenmede gecikme/sorun oldu ise bu konuda öğretmenin tutumu nasıl oldu?:

Önemsiz/geçici buldu Bir uzmana yönlendirdi

Çocuğu yetersiz buldu Aileyi ilgisiz buldu

Öğrenme, uyum, gelişim gibi konularda daha önce bir uzmana başvurduunuz mu?

Evet Hayır

Evet ise ilk başvuru yaşı. _____

İlk başvuru nedenleri: _____

Tanı: _____

Uygulanan tedavi: _____

Alerjisi var mıdır? Evet Hayır

Geçirilmiş ameliyat / kaza / travma var mı? Evet Hayır

Hangi elini kullanır? Sağ Sol İkisini de

El tercihini ne zaman yaptı? 24-30 aylıkken 30-36 aylıkken

36-42 aylıkken 42-48 aylıkken 48-52 aylıkken 52-58 aylıkken

Aile bilgileri

Ailede solak olan birey var mı? Evet Hayır

Okuma, öğrenme sorunu olan birey var mı? Evet Hayır

Psikiyatrik tedavi gören birey var mı? Evet Hayır

Dikkat sorunu olan birey var mı? Evet Hayır

Aşırı hareketlilik olan birey var mı? Evet hayır

Sık sık iş değiştiren birey var mı? Evet Hayır

İş yaşamında riskli karlar alan bireyler var mı? Evet Hayır

Evliliğinde düzensizlik (huzursuzluğu) olan birey var mı? Evet Hayır

Sık kaza (trafik vb) geçiren birey var mı? Evet hayır

Sigara/alkol sorunu olan birey var mı? Evet Hayır

EK.2. Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ):

Adı Soyadı: _____

Tarih: _____

Cinsiyeti: _____

Okulu: _____

Doğum tarihi: _____

Sınıf: _____

Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatlice okuyunuz. Her grup için, bugün dâhil son iki hafta içinde size en uygun olan cümlenin yanındaki numarayı daire içine alınız.

Teşekkürler

- A) 1-Kendimi arada sırada üzgün hissederim
2-Kendimi sık sık üzgün hissederim.
3- Kendimi her zaman üzgün hissederim.
- B) 1- İşlerim hiçbir zaman yolunda gitmeyecek.
2- İşlerimin yolunda gidip gitmeyeceğinden emin değilim.
3- İşlerim yolunda gidecek.
- C) 1- İşlerimin çoğunu doğru yaparım.
2- İşlerimin birçoğunu yanlış yaparım.
3- Her şeyi yanlış yaparım.
- D) 1- Birçok şeyden hoşlanırım.
2- Bazı şeylerden hoşlanırım.
3- Hiçbir şeyden hoşlanmam.
- E) 1- Her zaman kötü bir çocuğum.
2- Çoğu zaman kötü bir çocuğum.
3- Arada sırada kötü bir çocuğum.

- F) 1-Arada sırada başıma kötü bir şeylerin geleceğini düşünüyorum.
2-Sık sık başıma kötü bir şeylerin geleceğinden endişelenirim.
3-Başıma çok kötü şeyler geleceğinden eminim.
- G) 1-Kendimden nefret ederim.
2- Kendimi beğenmem.
3- Kendimi beğenirim.
- H) 1-Bütün kötü şeyler benim hatam.
2- Kötü şeylerin bazıları benim hatam.
3- Kötü şeyler genellikle benim hatam değil.
- D) 1-Kendimi öldürmeyi düşünmem.
2- Kendimi öldürmeyi düşünürüm ama yapmam.
3- Kendimi öldürmeyi düşünüyorum.
- İ) 1-Her gün içimden ağlamak gelir.
2- Birçok günler içimden ağlamak gelir.
3- Arada sırada içimden ağlamak gelir.
- J) 1- Her şey her zaman beni sıkır.
2- Her şey sık sık beni sıkır.
3- Her şey arada sırada beni sıkır.
- K) 1- İnsanlar beraber olmaktan hoşlanırım.
2- Çoğu zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.
3- Hiçbir zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.
- L) 1-Herhangi bir şey hakkında karar veremem.
2-Herhangi bir şey hakkında karar vermek zor gelir.
3-Herhangi bir şey hakkında kolayca karar verir.

- M) 1- Güzel/yakışıklı sayılırım
2- Güzel/yakışıklı olmayan yanlarım var.
3- Çirkinim.
- N) 1- Okul ödevlerimi yapmak için her zaman kendimi zorlarım.
2- Okul ödevlerimi yapmak için çoğu zaman kendimi zorlarım.
3- Okul ödevlerimi yapmak sorun değil.
- O) 1- Her gece uyumakta zorluk çekerim.
2- Birçok gece uyumakta zorluk çekerim.
3- Oldukça iyi uyurum.
- Ö) 1- Arada sırada kendimi yorgun hissederim.
2- Birçok gün kendimi yorgun hissederim.
3- Her zaman kendimi yorgun hissederim.
- P) 1- Hemen her gün canım yemek yemek istemez.
2- Çoğu gün canım yemek yemek istemez.
3- Oldukça iyi yemek yerim.
- R) 1- Ağrı ve sızılardan endişe etmem.
2- Çoğu zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.
3- Her zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.
- S) 1-Kendimi yalnız hissetmem.
2- Çoğu zaman kendimi yalnız hissederim.
3- Her zaman kendimi yalnız hissederim.
- Ş) 1-Okuldan hiç hoşlanmam.
2- Arada sırada okuldan hoşlanırım.
3- Çoğu zaman okuldan hoşlanırım.

- T) 1- Birçok arkadaşım var.
2- Birkaç arkadaşım var ama daha fazla olmasını isterdim.
3- Hiç arkadaşım yok.
- U) 1- Okul başarıml iyi.
2- Okul başarıml eskisi kadar iyi değil.
3- Eskiden iyi olduğum derslerde çok başarısızım.
- Ü) 1- Hiçbir zaman diğer çocuklar kadar iyi olamıyorum.
2- Eğer istersem diğer çocuklar kadar iyi olurum.
3- Diğer çocuklar kadar iyiyim.
- V) 1- Kimse beni sevmez.
2- Beni seven insanların olup olmadığından emin değilim.
3- Beni seven insanların olduğundan eminim.
- Y) 1- Bana söyleneni genellikle yaparım.
2- Bana söyleneni çoğunlukla yaparım.
3- Bana söyleneni hiçbir zaman yapmam.
- Z) 1- İnsanlarla iyi geçinirim.
2- İnsanlarla sık sık kavga ederim.
3- İnsanlarla her zaman kavga ederim.

2.3. Çocuklar İçin Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri

“NASIL HİSSEDİYORUM “ANKETİ

Kızların e erkeklerin kendilerini anlattıkları bazı cümleler aşağıda verilmiştir. Her cümleyi okuyun ve hangisinin sizin için en doğru olduğuna karar verin.<hemen hemen hiç> mi,<bazen> mi yoksa <sık sık> mı? Daha sonra **sizi en doğru anlatan ifadenin önündeki parantezler arasına (X) işareti** koyun yanlış veya doğru cevap diye bir şey yok herhangi bir cümle üzerinde fazla zaman geçirmeyin **genellikle** nasıl hissettiğinizi anlatan ifadeyi seçmeyi unutmayın

1. Yanlış yapacağım diye endişelenirim: hemen hemen hiç Bazen Sık sık
2. Ağlayacak gibi oluyorum: hemen hemen hiç Bazen Sık sık
3. Kendimi mutsuz hissederim: hemen hemen hiç Bazen Sık sık
4. Karar vermekte güçlük çekerim: hemen hemen hiç Bazen Sık sık
5. Sorunlarımla yüz yüze gelmek bana zor gelir: Hemen hemen hiç Bazen Sık sık
6. Çok fazla endişelenirim: hemen hemen hiç Bazen Sık sık
7. Evde sinirlerim bozulur: hemen hemen hiç Bazen Sık sık
8. Utangacım: hemen hemen hiç Bazen Sık sık
9. Sıkıntılıyım: hemen hemen hiç Bazen Sık sık
10. Aklımdan engelleyemediğim önemsiz düşünceler geçer ve beni rahatsız eder.
Hemen hemen hiç Bazen Sık sık
11. Okul beni endişelendirir: hemen hemen hiç Bazen Sık sık
12. Ne yapacağıma karar vermekte zorluk çekerim: Hemen hemen hiç Bazen Sık sık
13. Kalbimin hızlı hızlı çarptığını fark ederim: Hemen hemen hiç Bazen Sık sık
14. Nedenini bilirim: hemen hemen hiç Bazen Sık sık
15. Annem-babam için endişelenirim: hemen hemen hiç Bazen Sık sık
16. Ellerim terler: hemen hemen hiç Bazen Sık sık
17. Kötü bir şey olacak diye endişelenirim: hemen hemen hiç Bazen Sık sık
18. Geceleri uykuya dalmakta güçlük çekerim: hemen hemen hiç Bazen Sık sık
19. Karnımda bir rahatsızlık hissederim: hemen hemen hiç Bazen Sık sık
20. Başkaları benim hakkımda ne düşündükleri beni endişelendirir:
Hemen hemen hiç Bazen Sık sık

“NASIL HİSSEDİYORUM “ANKETİ

Kızların ve erkeklerin kendilerini anlattıkları bazı cümleler aşağıda verilmiştir. Her cümleyi dikkatle okuyun ve şu anda nasıl hissettiğinize karar verin. Daha sonra sizi en doğru anlatan ifadenin önündeki parantezler arasına (X) işareti koyun yanlış veya doğru cevap diye bir şey yok. herhangi bir cümle üzerinde fazla zaman geçirmeyin. Tam bu anda ,bu dakikada nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan ifadeyi seçmeyi unutmayın.

1. Kendimi, çok sakin hissediyorum Sakin hissediyorum Sakin hissetmiyorum
2. Kendimi, çok öfkeli hissediyorum Öfkeli hissediyorum Öfkeli hissetmiyorum
3. Kendimi, çok huzurlu hissediyorum Huzurlu hissediyorum Huzurlu hissetmiyorum
4. Kendimi, çok sinirli hissediyorum Sinirli hissediyorum Sinirli hissetmiyorum
5. Kendimi, çok huzursuz hissediyorum Huzursuz hissediyorum Huzursuz hissetmiyorum
6. Kendimi, çok dinlenmiş hissediyorum Dinlenmiş hissediyorum Dinlenmiş hissetmiyorum
7. Kendimi, çok ürkmüş hissediyorum Ürkmüş hissediyorum Ürkmüş hissetmiyorum
8. Kendimi, çok rahatlamış hissediyorum Rahatlamış hissediyorum Rahatlamış hissetmiyorum
9. Kendimi, çok endişeli hissediyorum Endişeli hissediyorum Endişeli hissetmiyorum
10. Kendimi, çok hoşnut hissediyorum Hoşnut hissediyorum Hoşnut hissetmiyorum
11. Kendimi, çok korkmuş hissediyorum Korkmuş hissediyorum Korkmuş hissetmiyorum
12. Kendimi, çok mutlu hissediyorum Mutlu hissediyorum Mutlu hissetmiyorum
13. Kendimden, çok eminim Eminim Emin Değilim
14. Kendimi, çok iyi hissediyorum İyi hissediyorum İyi hissetmiyorum
15. Kendimi, başım çok dertte hissediyorum Başım dertte hissediyorum
 başım dertte hissetmiyorum
16. Kendimi, çok rahatsız ettiğini hissediyorum Rahatsız ettiğini hissediyorum
 Rahatsız ettiğini hissetmiyorum
17. Kendimi, çok keyifli hissediyorum Keyifli hissediyorum Keyifli hissetmiyorum
18. Kendimi, dehşete çok kapılmış hissediyorum Dehşete kapılmış hissediyorum
 Dehşete kapılmış hissetmiyorum
19. Kafamda, her şeyi çok karmakarışık hissediyorum Her şeyi karmakarışık hissediyorum
 Hiçbir şeyi karmakarışık hissetmiyorum
20. Kendimi, çok neşeli hissediyorum Neşeli hissediyorum Neşeli hissetmiyorum