

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İSTANBUL BAKIRKÖY BÖLGESİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL BAKIRKÖY
PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE SİNİR
HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
ÇOCUK VE ERGEN PSİKİYATRİ KLİNİĞİ

**ÖZGÜL ÖĞRENME GÜÇLÜĞÜ TANILI
ÇOCUKLARDA VE EBEVEYNLERİNDE YAŞAM
KALİTESİ VE KOMORDİBİTENİN ETKİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Gülay GÜNAY

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı: Başasistan Uz. Dr. Ali Güven KILIÇOĞLU

İSTANBUL – 2017

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İSTANBUL BAKIRKÖY BÖLGESİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL BAKIRKÖY
PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE SİNİR
HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
ÇOCUK VE ERGEN PSİKİYATRİ KLİNİĞİ

**ÖZGÜL ÖĞRENME GÜÇLÜĞÜ TANILI
ÇOCUKLARDA VE EBEVEYNLERİNDE YAŞAM
KALİTESİ VE KOMORDİBİTENİN ETKİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Gülay GÜNAY

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı: Başasistan Uz. Dr. Ali Güven KILIÇOĞLU

İSTANBUL - 2017

I. ÖNSÖZ

Hayatımda hem mesleki hem de sosyal açıdan önemli dönüm noktalarından biri olan uzmanlık eğitimimin sonuna yaklaştığımda,

Desteklerinden ötürü hastane yönetimi ve başhekimine,

Araştırmanın planlanma aşamasından bitimine kadar olan tüm aşamalarda yoğun desteğini ve katkılarını gördüğüm, bilgi ve deneyimlerinden çokça faydalandığım değerli tez danışmanım Uz. Dr. Ali Güven KILIÇOĞLU'na,

Her zaman özverili çalışan ve bu konuda örnek aldığım klinik şefim Doç. Dr. Gül KARAÇETİN'e,

İdari şefim Doç. Dr. Kayhan BAHALI'ya

Birlikte çalışma fırsatı bulduğum ve mesleğim adına kendilerinden çok şey öğrendiğim sayın Doç. Dr. Özden Şükran ÜNERİ ve Prof. Dr. Ayten ERDOĞAN'a,

Her biri birbirinden kıymetli olan, birlikte çalışmaktan keyif aldığım Uz. Dr. Canan TANIDIR, Uz. Dr. Caner MUTLU, Uz. Dr. Hatice GÜNEŞ, Uz. Dr. Hilal ADALETLİ, Uz. Dr. Başak AYIK, Uz. Dr. Seheriyeli YILMAZ, Doç. Dr. Özhan YALÇIN ve Uz. Dr. Arzu ÇİFTÇİ'ye

Rotasyonlarım sırasında çalışma şansı bulduğum, bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım sayın klinik şeflerim Uz. Dr. Nesrin Tomruk, Prof. Dr. Fulya MANER, Doç. Dr. Ejder YILDIRIM, Prof. Dr. Zuhul YAPICI, ve rotasyonlarımda birlikte çalıştığımız, güler yüzleriyle yardımlarını esirgemeyen Uz. Dr. Armağan ÖZDEMİR, Doç. Dr. Oya GÜÇLÜ'ye,

Keşke daha çok birlikte çalışacak zamanımız olsaydı dediğim tüm asistan arkadaşlarıma,

Poliklinik ve servis şartlarında iş birliği içinde çalıştığımız tüm hemşirelere, psikologlara, çocuk gelişimi uzmanlarına, sekreterlere, personelimize,

Her zaman olduğu gibi eğitim hayatım sırasında da sevgisini ve sabrını esirgemeyen, zorluklara göğüs germemde en büyük destekçim canım anneme, babama ve kardeşlerime,

Hayatımı daha da anlamlı kılan biricik eşime

Sonsuz minnet ve teşekkürlerimle...

Dr. Gülay GÜNAY

İstanbul, 2017

II. İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
I. ÖNSÖZ.....	I
II. İÇİNDEKİLER.....	II
III. ÖZET.....	IV
IV. ABSTRACT.....	V
V. KISALTMALAR.....	VI
VI. TABLO LİSTESİ.....	VIII
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Özgöl Öğrenme Güçlüğü.....	3
2.1.1.Tanımı.....	3
2.1.2.Tarihçe.....	5
2.1.3.Epidemiyoloji.....	6
2.1.4.Etiyoloji.....	7
2.1.5.Tanı Koyma ve Tanısal Ölçütler.....	9
2.1.6.Klinik Özellikler.....	13
2.1.7.Eş Tanılar.....	14
2.1.8.Gidiş ve Sonlanış.....	15
2.1.9.Tedavi.....	16
2.1.10.Özür Oranı Cetveli.....	17
2.2.Yaşam Kalitesi Tanımı.....	18
2.3. ÖÖG Tanısı Alan Çocuklar ve Ebeveynlerinde Yaşam Kalitesi.....	19
3. YÖNTEM VE GEREÇ.....	21
3.1. Yöntem.....	21
3.1.1. Çalışma Evreni.....	21
3.1.2. Örneklem Seçimi.....	21
3.2. Gereçler.....	22
3.2.1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu.....	23
3.2.2. Sosyodemografik Veri Formu.....	23
3.2.3. Zeka testi.....	23
3.2.4. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi – Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG-ŞY) (Schedule forAffectiveDisordersandSchizohreniafor School Age Children – PresentandLifetimeVersion, K-SADS-PL).....	24
3.2.5. STAI-Durumluluk ve Sürekli Kaydı Envanteri.....	25
3.2.6. WHOQOL-BREF-Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formu.....	26
3.2.7. PEDSQOL-E – Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	26
3.2.8. Beck Depresyon Ölçeği.....	27
3.3. İşlem.....	27
3.4. İstatistiksel Analiz.....	29

3.5. Etik	30
4. BULGULAR	31
4.1. Sosyodemografik Bulgular	31
4.2. Olgu ve Kontrol Grubunun Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması	34
4.3. Ebeveynin ve Çocuğun Yaşam Kalitesiyle İlişkili Veriler	41
5. TARTIŞMA	46
5. 1 Olguların Sosyodemografik ve Akademik Özellikleri	46
5.2 Olguların Klinik Özellikleri ve Psikiyatrik Eş Tanılar	48
5.2.1 Yıkıcı Davranım Bozuklukları	49
5.2.2 Anksiyete Bozuklukları	50
5.2.3 Depresyon	52
5.2.4 Diğer Psikiyatrik Hastalıklar(Enüresis, Enkopresis, Okul Reddi)	53
5.3 Ebeveyn ve Çocuğun Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler	54
5.4 Sınırlılıklar	57
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	59
7. KAYNAKLAR	61
8. EKLER	75
EK 1- ETİK KURUL KARARI	75
EK 2- GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME FORMU	76
EK 3- SOSYODEMOGRAFIK VERİ FORMU	78
EK 4- STAI	81
EK 5- WHOQOL-BREF	84
EK 6- PEDSQOL-ANA BABA FORMU	88
EK 7- BECK DEPRESYON ENVANTERİ	97

III. ÖZET

ÖZGÜL ÖĞRENME GÜÇLÜĞÜ TANILI ÇOCUKLARDA VE EBEVEYNLERİNDE YAŞAM KALİTESİ VE EŞTANILARIN ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Gülay GÜNAY

GİRİŞ VE AMAÇ: Öğrenme bozukluğu; çeşitli genetik, epigenetik ve çevresel etmenlerle belirlenen, biyolojik temele dayalı bir nörogelişimsel bozukluktur. Hastalıktan etkilenen çocuklar zeka düzeylerinden beklenen akademik başarıyı gösterememektedir. DSM 5’te Özgül Öğrenme Güçlüğü (ÖÖG) “Nörogelişimsel Bozukluklar” başlığında yer almış olup yeterli eğitime rağmen başarı gösteremeyen çocuklara tanı konulması şartı getirilmiştir. ÖÖG çocuk ve ebeveynin yaşamına birçok ek yük getireceği için yaşam kalitesini de bozmaktadır. Literatürde yaşam kalitesiyle ilişkili yapılan çalışmalarda eştanıların ebeveynin yaşam kalitesine etkisiyle ilgili veriler kısıtlıdır. Araştırmamızda çocuk ve ebeveynin yaşam kalitesinin komorbidite varlığında ne yönde etkilendiğinin araştırılması amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniği’ne Haziran 2016 – Ekim 2016 arasında başvuran 79 ÖÖG hastası olgu 77 sağlıklı kontrol çalışmaya dahil edilmiştir. Tüm vakalarla ÇDŞG-ŞY yarı yapılandırılmış görüşme formuyla eşlik eden psikiyatrik bozukluklar araştırılmıştır. Tüm olgu ve kontrollerin ebeveynlerine BDE, STAI, WHOQOL-BREF ve PEDSQOL doldurulmuştur. Sonuçlar SPSS 18.0 paket programıyla değerlendirilmiş olup annede depresyon ve anksiyete değerlerinin yaşam kalitesini ne yönde etkilediğini araştırmak için korelasyon analizi yapılmıştır.

BULGULAR: Olgu ve kontrol gruplarımız sosyoekonomik değişkenler açısından değerlendirildiğinde benzer bulunmuştur. ÖÖG grubunda en sık eş tanımlar sırasıyla DEHB, KOKG, özgül fobi, AAB ve depresyondur. Ebeveynlerin depresyon ve anksiyete puanları kontrol grubuna göre daha yüksekti. Hem ebeveynde hem de çocukta yaşam kalitesinin bozulmasını en çok ebeveynin depresyon ve anksiyete puanları etkilemekteydi.

SONUÇ: ÖÖG toplumda sık görülmesine rağmen yeterince tanınmamakta ve çocukların yaşam kalitesi sağlıklı çocuklara kıyasla oldukça kötü etkilenmektedir. Hipotezimiz bulgularımızla desteklenmekle beraber ebeveynin psikiyatrik tedavi alması ile çocuğun yaşam kalitesini düzeltebileceği öngörülmektedir.

Anahtar Kelimeler : Özgül Öğrenme Güçlüğü, Komorbidite, Yaşam Kalitesi

İletişim : gulayctf@hotmail.com

IV. ABSTRACT

QUALITY OF LIFE OF CHILDREN AND PARENTS WITH SPECIFIC LEARNING DISORDER AND EFFECT OF COMORBIDITY

Dr. Gülay GÜNAY

INTRODUCTION AND AIM: Learning disability is a biologically based neurodevelopmental disease which determined by genetic, epigenetic and environmental influences. Clinically it is defined by discrepancy between IQ and academic performance. Specific Learning Disorder (SLD) takes place under the title of “Neurodevelopmental Disorders” in DSM-5 which has proposed the diagnosis after response to intervention. SLD carries out a lot of consequences along with and quality of life of parent and patient is complicated with its disturbances. We hypothesize that SLD is related with a lot of psychiatric comorbidities and also disturbs the quality of life of parent and patients. We have explored the direction of this relation with quality of life of parents.

MATERIAL AND METHOD: The patients are collected from Bakirkoy Research and Training Hospital of Psychiatry, Neurology and Neurosurgery, Department of Child and Adolescent Psychiatry between July 2016 - October 2016. 79 SLD patient and 77 healthy subjects included in this study. The comorbidity is searched with K-SADS-PL, and parents’ depression and anxiety traits with BDI, STAI, and quality of life of child and parents with PEDSQOL-P and WHOQOL-BREF. All of inventories are filled out by parents, because of literacy deficits in children. SPSS 18.0 is used in data analysis, and factors that effect quality of life is identified with correlation analysis.

RESULTS: SLD and control grup was similar in terms of sociodemographic data. The most seen comorbidities in SLD group were ADHD, ODD, specific phobia, seperation anxitey disorder and major depression, respectively. The parental depression and anxiety scores were higher than healthy controls. The most related predictor of quality of life of child and parent was presence of parental depression and anxiety symtoms.

CONCLUSION: SLD is a highly common but underdiagnosed disorder which disturbs quality of life of the effected children higher than the healthy controls. Our hypothesis was supported with our findings and also it is highly recommended to treat parents’ psychiatric disorders to improve child’s life quality.

Keywords : Specific Learning Disorder, Comorbidity, Quality of Life

Contact : gulayctf@hotmail.com

V. KISALTMALAR

ÖÖG: Özgöl Öğrenme Güçlüğü

SLD: Specific Learning Disorder

DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition

DSM-IV-TR : Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı Yeniden Gözden Geçirilmiş Baskısı

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

ADHD: Attention Deficit Hyperactivity Disorder

KOKG: Karşıt Olma Karşıt Gelme

ODD: Oppositional Defiant Disorder

OSB: Otizm Spektrum Bozukluğu

WÇZÖ-Y : Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği-Yeni Versiyonu

WISC-R : Wechsler Intelligence Scale for Children-Revised

ÇDŞG-ŞY: Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli Türkçe uyarlaması (K-SADS-PL)

MKG : Manyetik Rezonans Görüntüleme

BDE: Beck Depresyon Envanteri

STAI: State and Trait Anxiety Inventory- Durumluluk ve Süreklilik Kaygı Envanteri

PEDSQOL: Pediatric Quality Of Life inventory- Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

DYX: Disleksi Duyarlılık Geni- Dyslexia Susceptibility Gene

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu

AAB: Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu

SS: Standart Sapma

p: Anlamlılık değeri

T : Bağımsız gruplarda t testiyle elde edilen iki grubun karşılaştırılması skoru

Z: Bağımsız gruplarda Mann Whitney U testiyle iki grubun karşılaştırılması skoru

r: Pearson ve Spearman korelasyon katsayısı

F: Fisher'in kesin testi



VI. TABLO LİSTESİ

Tablo 1:DSM 5 Tanı Ölçütleri

Tablo 2: Gruplara göre cinsiyet dağılımı

Tablo 3: Gruplardaki çocukların yaş ortalamaları

Tablo 4: Gruplardaki çocukların sınıfları

Tablo 5: Ebeveynlerin eğitim düzeyleri

Tablo 6: Anne ve babaların çalışma durumları açısından kıyaslanması

Tablo 7: Grupların aile yapılarının karşılaştırılması

Tablo 8: Gruplar arasında ailelerin aylık gelir dağılımları karşılaştırılması

Tablo 9: Olguların sosyodemografik özelliklerinin kıyaslanması

Tablo 10: Grupların klinik özellikler açısından karşılaştırılması

Tablo 11: Olguların zeka puanları ortalaması

Tablo 12: Olguların öğrenme bozukluğu alttiplerinin dağılımı

Tablo 13: Olgu grubunda ÖÖG şiddeti ve alttiplerinin karşılaştırılması

Tablo 14: Gruplar arasında en az bir eştanı varlığı açısından karşılaştırma

Tablo 15: Cinsiyet ve gruplar arasında eştanı varlığı açısından farklılık

Tablo 16: Gruplar arasında ÇDŞG-ŞY ile ölçülen eştanı sıklığının karşılaştırılması

Tablo 17: Cinsiyete göre eştanı varlığı

Tablo 18: Grupların cinsiyete göre eştanı varlığı açısından karşılaştırılması

Tablo 19: Cinsiyete göre eş tanı varlığının karşılaştırılması

Tablo 20: Grupların eş tanı sıklığının cinsiyete göre karşılaştırılması

Tablo 21: Grupların cinsiyetle ilişkili DEHB alttıplerine göre karşılaştırılması

Tablo 22: Olgu ve kontrol gruplarının ebeveynleri tarafından doldurulmuş ölçek puanlarının karşılaştırılması

Tablo 23: Ebeveynlerin gruplara göre Beck depresyon puanının 17'nin üzerinde olması

Tablo 24: Ebeveynlerde çocukların cinsiyetine göre BDE puanının 17 nin üzerinde olması

Tablo 25: Gruplarda toplam aile geliri ile çocuğun yaşam kalitesi ilişkisi

Tablo 26: Gruplarda toplam aile geliri ile ebeveynin yaşam kalitesi ilişkisi

Tablo 27: Olguların klinik özelliklerinin çocuğun yaşam kalitesiyle karşılaştırılması

Tablo 28: Olguların klinik özelliklerinin ebeveynin yaşam kalitesiyle karşılaştırılması

Tablo 29: Hasta grubunda annede depresyonun çocuğun yaşam kalitesiyle ilişkisi

Tablo 30: Hasta grubunda annenin anksiyete durumunun çocuğun yaşam kalitesiyle ilişkisi

Tablo 31: Hasta grubunda annenin yaşam kalitesinin çocuğun yaşam kalitesiyle ilişkisi

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Gelişimsel öğrenme sorunları çocukların gelişimleri boyunca yaşamlarını ve kişilik özelliklerini etkiler. Bu sorunlar erişkinliğe kadar sürecektir olan duygusal ve düzenleyici gelişimleri üzerinde uzun dönemli etkilere yol açmaktadır. Psikiyatristin sadece psikiyatrik semptomlara değil aynı zamanda bilişsel işlevlere de odaklanması hastanın erken tanınması ve uzun dönemde sekelleri azaltmaya yardımcı olacaktır (1).

Öğrenme bozukluklarını tanımlamada çeşitli kategorik sınıflama sistemleri farklı tanımlamalar yapmaktadır. Son DSM sürümünde (2) nörogelişimsel bozukluklar başlığında tanımlanan Özgül Öğrenme Güçlüğü (ÖÖG) gerekli girişimler yapılmış olmasına rağmen okuma, okuduğunu anlama, yazma, yazılı anlatım, sayıları kavrama ve hesaplama, sayısal akıl yürütmeyi öğrenmede ve akademik becerilerde güçlüklerle karakterizedir.

Öğrenme bozukluğu; çeşitli genetik, epigenetik ve çevresel etmenlerle belirlenen, biyolojik temele dayalı bir nörogelişimsel bozukluktur (3). Etkilenen çocuklar zeka düzeylerine göre beklenen akademik başarıyı elde edememektedir (4). Akademik sorunlar aynı zamanda kendilik algısı, akran ve aile ilişkileri ve sosyal etkileşimlerine de olumsuz yansımaktadır (5). Hastalarda %30-50 oranında DEHB gibi diğer nörogelişimsel bozukluklar da birlikte görülebilmektedir (6).

Yaşam kalitesi Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün tanımına göre kişinin kültürel ve değerler sistemine, beklentilerine, hedeflerine, standartlarına ve ilgilerine göre hayatındaki pozisyonunu algılamasıdır. Bu kavram; kişinin fiziksel, psikolojik ve sosyal çevresinin yani hayatının genel olarak tüm şartlarının çok yönlü bir ölçümüdür (7).

ÖÖG tanısı alan bir çocuk bozukluğun yol açtığı psikolojik, sosyal ve fiziksel sonuçlarla baş etmek zorunda kalmaktadır. Bu zorlukların yaşam kalitesinde etkilenmeye yol açtığı bilinmektedir (8). Bildiğimiz kadarıyla ÖÖG tanılı çocukların sağlıklı ilişkili yaşam kalitesiyle ilgili ilk çalışma Karande ve ark. (5) tarafından yapılmış olup olguların şiddetli psikososyal ve fiziksel bozulmalar yaşadığı saptanmıştır.

Nörogelişimsel bozukluğa sahip çocukların ebeveynlerinde de ebeveynlik stresiyle ilişkili yapılan bir çalışmada DEHB veya OSB en yüksek zorluk oranına sahipken, ÖÖG ve dil bozuklukları da tipik gelişen çocuklara oranla hayli yüksek stres tariflemiştir (9). Ebeveynlik stresi ailenin çocuğuyla ilişkili karşılaştığı zorlukların kendi kaynaklarıyla uyuşmadığında yaşadığı rahatsız edici psikolojik yanıttır (10).

DEHB, ÖÖG gibi nörogelişimsel bozuklukların çocuğun yaşamını etkilemesinin yanında ebeveynin de yaşam kalitesini etkileyebileceği bilinmektedir (11), (12), (13). Kötü okul başarısı çocuğun benlik saygısını etkilediği gibi aileye de ebeveynlik stresi oluşturmaktadır (14).

Literatürde psikiyatrik hastalıklara sahip çocuklar ve ebeveynlerinin yaşam kalitesiyle ilişkili yapılmış çalışmalar oldukça azdır. Asperger sendromu ve Down sendromlu çocuklarla yapılmış birkaç çalışma olmasına rağmen ÖÖG tanılı çocuklarda yapılmış çalışmalar daha da azdır (5), (12), (15), (16), (17). Bu nedenle ÖÖG tanılı çocukların ailelerinin yaşam kalitesi profillerini belirlemeye yönelik çalışma tasarımına ihtiyaç duyulmuştur.

Çocuklarda ÖÖG’nde psikiyatrik eş tanı sıklığını yapılandırılmış görüşmelerle araştıran ve bu durumun ebeveyn yaşam kalitesine etkisini ölçen çalışmalar oldukça kısıtlıdır. Bu tez çalışmasında amacımız deneyimli bir çocuk psikiyatristi tarafından ÖÖG tanısı almış 7-12 yaş arası çocuklarda yarı yapılandırılmış görüşme teknikleri kullanarak psikiyatrik eş tanılarının, çocuk ve ebeveynin yaşam kalitesini nasıl etkilediği araştırılmıştır. Ayrıca ebeveynin depresyon, anksiyete durumu gibi parametrelerin değerlendirilmesi ve yaşam kalitesiyle ilişkisinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Özgöl Öğrenme Güçlüğü

2.1.1. Tanım

Öğrenme; yaşamboyu süregiden ve insanı diğer canlılardan ayıran önemli bir araçtır. Öğrenme kısaca bilgi kazanımı olarak tanımlanabilir. Bireyin bilgi kazanırken zorlanmasıyla ortaya çıkan sorunlara da öğrenme güçlükleri denebilir (18).

DSM-5’te okuma, yazma veya matematik alanında yeterli eğitim almış olmasına ve herhangi bir görme veya işitme problemi olmamasına rağmen, bulunduğu toplumun zeka testlerinde 1-2.5 SS daha düşük puan alan hastaların akademik başarıyı yakalayamaması durumu olarak tanımlanmıştır (2), (19).

Öğrenme hem eğitim hem de psikiyatri alanını ilgilendirdiğinden farklı tanımları mevcuttur. Uygulamada daha çok öğretmenlerin karşılaştığı bir durum olduğu söylenebilir (1).

Okulöncesi eğitimcilerinin farkındalığı, ailelerin bilinçli olması ve birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvurulması halinde birçok vaka erken tanı alabilir ve erken müdahale ile eğitim hayatında ve yaşam kalitesinde olumlu ilerleme gösterebilir (20). Öğrenme güçlüğü yaşayan çocukların okulu bırakma oranlarının %40 gibi yüksek oranda bildirildiği göz önüne alınırsa erken müdahalenin çocuklara yapacağı katkının da önemi anlaşılabacaktır (21).

Bilişsel işlevler ve dil becerileri toplumda zayıftan güçlüye değişen ve devamlılık gösterdikleri bilinen özelliklerdir. Aynı şekilde tipik gelişimle öğrenme bozukluğu arasında da tanımlanabilen net bir sınır olmaması nedeniyle öğrenme bozukluğu da boyutsal bir yaklaşımla süreklilik gösteren bir durum olarak incelenmelidir, bazı bireyler az etkilenirken bazıları ağır oranda etkilenebilir (1).

Özgöl Öğrenme Güçlüğü (ÖÖG) kişinin bilgiyi algılama ve işleminde özgöl eksiklikler olduğunda tanımlanabilir. Bozukluğun ilk göstergeleri okula başlandığı yıllarda okuma, yazma ve matematikte temel akademik becerilerin öğrenilmesindeki kalıcı bozuklukla ortaya çıkmaktadır. Çocuğun bozulan becerilerindeki performansı yaşına göre beklenenin altındadır. ÖÖG üstün yetenekli çocuklarda da kompensatuar olarak geliştirdikleri stratejilerin yenik düştüğü durumlarda (örneğin süreli testler gibi)

ortaya çıkabilir. ÖÖG tüm bireylerde etkilenen becerilerin yaşam boyu bozulmasına, mesleki üretkenliklerinin etkilenmesine yol açmaktadır (2).

Yazında geniş anlamıyla öğrenme bozukluğu tabiri kullanılmakta ve öğrenmenin bozulduğu birçok durumda öğrenme bozukluğundan bahsedilmektedir. Zeka geriliği, gelişimsel bozukluklar, kronik hastalıklar, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, aile içi çatışmalar, ekonomik yetersizlikler, travma sonrası stres bozukluğu gibi birçok durum öğrenme bozukluğuna yol açabilmektedir. Fakat bu sınırları belirsiz tanım; tanı ve tedavide karmaşaya yol açabilir. Bu tezde özgül öğrenme bozukluğu kastedilmekte olup, klinik pratikte tanımlama için DSM, ICD gibi tanı koyma kılavuzlarından faydalanılmaktadır.

Literatürde oldukça yaygın kullanıldığı şekliyle disleksi, diskalküli ve disgrafi tanımlanacaktır.

Okuma Bozukluğu (Disleksi)

DSM 5'e göre okuma bozukluğu; kelime okuma becerisinde, okuma hızında ve akıcılığında ve okuduğunu anlamada bozulmayla karakterizedir (2). Temel okuma becerileri kalıcıdır ve boyutsal bir yaklaşım gerektirir (4).

Okuma, akademik başarıyı derinden etkileyen çok yönlü bir beceridir. Okuma işlemi kelime çözme ve anlama bileşenlerinden oluşan karışık bir işlemidir. Okumayı öğrenen çocuk önce kelime-ses tanımlamayı, sonra fonem oluşturmaya ve sonrasında kelimelerin deşifresini öğrenir. Okuduğunu anlamının gelişebilmesi için deşifre edilen kelimelerin akıcı şekilde okunması gerekmektedir (22).

Okuma bozukluğu öğrenme bozuklukları içinde en çok çalışılan, bilişsel ve nörobiyolojik etkenleri anlaşılan bozukluk disleksidir. Ayrıca uygun kanıta dayalı tedavisi bulunduğu için özel eğitimsel ihtiyacı olan çocuklar arasında sık başvuru sebebidir (23), (24). Okul öncesi çocuklarda görülme sıklığı %5-10 civarında bildirilmiştir (25). Geniş örneklemli epidemiyolojik çalışmalarda okuma bozukluğunun erkeklerde kızlara oranla 2-3 kat daha sık görülmüştür. Fakat yazma ve okuma bozukluğu ayrı ayrı değerlendirildiğinde erkekler yazmada daha sık bozulma gösterirken; yalnız okuma bozukluğunda kız ve erkek sayısı eşit oranda saptanmıştır (26), (27).

Okumanın temel yapıtaşları *fonolojik farkındalık, hızlı isimlendirme, fonolojik bellek, yazım ve kelime tanıma*dır (1). Akıcı okuma çocuğun kelimeleri hızlı tanınmasına ve kısa süreli bellek işlevlerinin iyi olmasına bağlıdır. Yaşla beraber okuma hızı artmaktadır. Akıcı okuyamayan çocuklar okuma için gerekenden fazla süre harcar. Sınıfta yüksek sesle bir metin okunması istendiği durumda çocuk için utandırıcı ve benlik saygısını azaltıcı etkiye yol açmaktadır (1). Okuduğunu anlama; dil becerileri, dinlediğini anlama, işleyen bellek, anladığını monitorize etme gibi temel bilişsel becerilere bağlı olan karmaşık bir beceridir. Okuduğunu anlama birçok psikiyatrik hastalıkta yavaş bilişsel işlevlere bağlı bozulabilir (1).

Yazma Bozukluğu (Disgrafi)

Yazılı ifade becerisi en son gelişen ve en karmaşık beceridir (1). DSM 5'te yazmanın akıcılığı, gramer ve noktalama, yazdığı metni organize etme ve düzgün sırada yazabilmenin bozulması olarak tanımlanmıştır. Bu beceriler 4 veya 5. sınıfa kadar anlaşılabilir (2). Moll ve Landerl çalışmalarında tek başına yazma bozukluğu oranını %8.8-16.4; yazma ve matematik birlikteliğini %37.4; okuma ve yazma bozukluğu birlikte görülme sıklığını %48.7 ve saptamışlardır (26), (27). Bu sonuçlara yazarların yorumu altta yatan mekanizmaların farklı olabileceği fakat birlikteliğin fazla olmasının yatkınlık varsayımına dayalı olabileceği yönündedir.

Matematik Bozukluğu (Diskalküli)

DSM 5' e göre sayıların tanınması, aritmetik işlemlerin hatırlanması, hızlı ve akıcı hesaplama ve doğru matematiksel nedenselliğin bulunmasında sorun olarak tariflenmektedir (2). Çok çalışılmayan bir alan olduğundan tanımla ilgili zorluklar yaşanmaktadır ama yaygınlığın %5-6 civarında olduğu tahmin edilmektedir (28).

2.1.2 Tarihçe

İlk olarak 1800'lerde yazına girmeye başlayan öğrenme güçlüğü 1877'de Kussmaul tarafından kelime körlüğü olarak adlandırmıştır (29). 1887'de Berlin, beyin

hasarına bağılı öğrenme güçlüğüne “disleksi” demiş ve bir tür afazi gibi değerlendirmiştir. 1896’da ilk tipik öğrenme bozukluğu olgusunu Morgan tanımlamıştır. Sağlıklı olduğu halde hiçbir sözcüğü doğru okuyamayan, dikte edilen yazıyı yazamayan olgu için “konjenital kelime körlüğü” olarak tanı koymuş ve nörolojik bir hastalık olduğunu düşünmüştür (29), (30). 1907’de Hinshelwood öğrenme güçlüğünde ailelerle yaptığı vaka serisinde genetik geçiş olduğunu belirtmiştir (31). 1930’lı yıllardaki çalışmalarda dikkat, hiperaktivite, öğrenme güçlükleri alanında kavram karmaşasının başladığı ve öğrenme güçlüğü’nün beyin hasarından kaynaklanan nörolojik bir hastalık olduğu ileri sürülmüştür. 1962’de Kirk ilk kez öğrenme bozukluğu terimini kullanarak konuşma, dil, okuma-yazma, imla, aritmetik alanların birinin ya da birden fazlasının gelişiminde gerilik, bozulma hali olarak tariflemiştir (32). 1966’da Clements Minimal Beyin Disfonksiyonu olarak tanımlamış ve normal veya normalin üstünde zekaya sahip çocukların merkezi sinir sisteminde işlevsel sapmayla kendini gösteren öğrenme ve davranış sorunları olarak tariflemiştir (33) .

2.1.3 Epidemiyoloji

Terminolojideki sorunlar nedeniyle araştırmalarda metodolojik farklılıklar olması epidemiyolojik çalışmalarda veri kısıtlılığına yol açmaktadır. Disleksi genelde tanı almadan kalır ve yaklaşık toplumun %10-15’ini etkiler ve bunların da %4-5’i şiddetli etkilenebilmektedir. DSM 5’te yaygınlık; okul çağı çocuklarda %5-15, erişkinde tam bilinmemekle birlikte %4 olduğu belirtilmektedir. Epidemiyolojik çalışmalar okuma bozukluğu yaygınlığını %4-9, matematik bozukluğu yaygınlığını ise %3-7 olarak bildirmektedir (2). Geçmişinde konuşma ve dil sorunu olan bireylerin %25-60’ında, okul çağında öğrenme sorunları ortaya çıkmaktadır. Aynı zamanda okuma bozukluğu ve iletişim sorunlarının homotipik süreklilikte bir eştanı örneği oldukları ileri sürülmüştür (34).

Toplum tarama çalışmalarında ortalama ÖÖG yaygınlığı %3 saptanmıştır (35). Ülkemizde ilkokul 2. ve 4. Sınıflar arasında yapılan bir ölçek geliştirme çalışmasında 1129 öğrencinin %2’sine ÖÖG tanısı konulmuş olup tarama esnasında bazı olguların gözden kaçmış olabileceği düşünülmektedir (36). Ülkemizde yapılan başka bir

çalışmada okul çağı çocuklarında tanı alma sıklığı %10-20 arasında olup oldukça az tanınmaktadır (37).

En sık araştırılan ve görülen alttip olan okuma bozukluğu, olguların %80'ini oluşturmaktadır. Toplumda okuma bozukluğu %5-17,5; matematik bozukluğu %1 veya %3-6; yazılı anlatım bozukluğu oranı %4 olup sıklıkla diğerleriyle birliktelik gösterir (38). Bir başka çalışmada ise okuma ve yazma bozukluğu sıklığı matematik bozukluğu sıklığının iki veya üç katı sıklıkta bulunmuştur (39).

Brezilya'da DSM 5 kriterlerine göre yapılan bir prevalans çalışmasında “düşük-orta gelirli bölgelerde” yazma bozukluğu %5.4, aritmetik bozukluk %6, ve okuma bozukluğu %7.5 olarak saptanmıştır (40).

Diğer çocukluk başlangıçlı nöropsikiyatrik hastalıklar (DEHB, OSB...) gibi ÖÖG için de erkek hastalar daha sık tanı almaktadır. Erkek hastaların kız hastalara oranı bazı yayınlarda yaklaşık 2 veya 3 kat olarak belirtilirken bazı çalışmalarda da birbirine yakın olduğunu belirtmiştir. Erkeklerde ortalama yaygınlık %9 iken kızlarda %6-7 oranında bildirilmiştir (41). Kızlarda matematik bozukluğu daha sık görülürken, erkeklerde okuma bozukluğu ve yazılı anlatım bozukluğu daha sıktır (23). Öğrenme bozukluğunun tanı kriterlerinde genel kabul görmüş bir tanıda işbirliği olmaması ve farklı tanımlamalarının olması epidemiyolojik çalışmalarda da yaygınlığın farklı oranlarda bulunmasına yol açmıştır (37).

2.1.4 Etiyoloji

ÖÖG çeşitli *genetik, epigenetik ve çevresel* etmenlerle belirlenen, *biyolojik* temele dayalı bir nörogelişimsel bozukluktur. Bu işlevsel bozukluk konuşma, okuma, yazma ya da aritmetik beceriler için gerekli olan bilişsel işlevlerin gelişmesinde gecikme veya uyumsuzluğa neden olmaktadır (35).

Ramus (42), gelişimsel disleksi için nedensellik modelini geliştirip biyolojik, bilişsel ve davranışsal faktörlerin çevrenin de etkisiyle açıklamaya çalışmıştır. Burada davranışsal sonuçların biyolojik temellere dayandığı ve çeşitli klinik görünümlere yol açtığı bilinmekle beraber bazı bireylerin risk taşımasına rağmen kliniğinde bozulma görülmemesi de anlaşılabilir.

Mevsimsellik paterni bazı psikiyatrik hastalıklarda araştırılmış olup, kış aylarında doğanlarda şizofreni riskinde artış saptanmıştır (43). OSB için bazı araştırmalar mevsimselliği desteklerken (44), (45) bazılarında ilişki saptanmamıştır (46), (47). Özel eğitim ihtiyacı olan çocuklarla yapılan bir çalışmada mevsimselliğin OSB, öğrenme zorluğu ve mental retardasyonla bağlantısı bulunmuştur (48)

Birçok psikiyatrik bozuklukta olduğu gibi ÖÖG de orta derecede kalıtsallıkla ilişkilendirilmiştir (42). Disleksik ailelerde doğan çocuklarda görülme sıklığı oldukça fazladır (49). Ailelerin aynı çevreyi ve genleri paylaşması nedeniyle ikiz çalışmalarının sonuçları daha anlamlıdır ve bu çalışmalar da önemli oranda kalıtsallığı desteklemektedir (50). Colorado ikiz çalışmasına göre okumayla ilişkili genlerin kalıtılabilirliği %44 iken yazmayla ilişkili genlerde %62 saptanmıştır (51). Bu bağlantı çalışmasında bazı kromozom bölgeleri saptanmıştır: kromozom 15q21, 6p21, 2p, 3p, 18p11, 1p ve Xq27 olup bu lokuslar DYX1-9 genleriyle örtüşmektedir. Ayrıca bazı aday gen bölgeleri de bu bağlantı çalışmalarında saptanmıştır: 6p'de DCD2 ve KIAA0319 ve 15q21'deki DYX1C1 başka çalışmalarda da tekrarlanmıştır (52). Otizm ve dislekside yeni çalışılan bir diğer aday gen de CNTNAP5 ve DOCK4 mikrodelsiyonudur (53).

Okumayla ilişkili beyin bölgeleri olan fusiform gyrus, orta temporal gyrus, angular gyrus ve superior temporal gyrusun arka kısmı son çalışmalarda özellikle üzerinde durulmuştur (54). Özellikle sol yarım küreyle ilişkili beyaz cevher anomalilerinin üzerinde durulmuştur (55). Akıcı okuyanlarda daha çok frontal bölgeler aktive olurken, okumaya yeni başlayanlarda ve dislekside parietal ve oksipital bölgelerde aktivasyon daha fazladır (54). Foster ve arkadaşları temporal lob planum temporale (işitsel assosiasyon alanı) simetrisi veya ters asimetrisi saptamışlardır (56). Planum temporale işlevi olarak işitsel uyarımların kavranmasını sağlar. Buradaki asimetri toplumda %60-70 kadar olup beyindeki en belirgin asimetridir. ÖÖG'de tam tersi durum mevcuttur. Ayrıca kötü okuma becerisi olan çocuklarda kortikal gri madde kalınlığı asimetrisinde de azalma bulunmuştur (57).

DEHB'de saptanan azalmış serebellar gri cevher hacmi dislekside de bulunmuştur (58), (59).

Fonksiyonel MRG çalışmalarında disleksik çocuklarda heceleme-okuma sırasında sol temporo-parietal kortekste aktivite azlığı saptanmıştır (60), (61).

2.1.5 Tanı Koyma ve Tanısal Ölçütler

Uluslararası Disleksi Birliği'nin tanımına göre “disleksi” nörobiyolojik kökenli özgül bir öğrenme bozukluğudur. Kelimeleri doğru ve akıcı bir şekilde okuma, tanıma ve çözmede zorlukla karakterizedir. Diğer bilişsel yetenekler korunurken, dilin fonolojik bileşeni de sıklıkla etkilenmektedir. Kelime dağarcığı ve okuduğunu anlamada da ikincil bozulmalar eşlik eder.

Tanı sürecinde çocuğun tıbbi, psikiyatrik, psikolojik, eğitim durumu ayrıntılı değerlendirilmeli ve tanı konulmalıdır. Ayrıntılı klinik öykü, klinik gözlem, nöropsikolojik testlere ihtiyaç vardır. Psikiyatrik görüşmede klinik olarak belirtilerin olduğu hastalarda ileri testler istenmektedir. Tanı koymada sıklıkla yararlandığımız testlerden ikisi Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği-Revize edilmiş form (62) ve Korkmazlar tarafından geliştirilmiş olan “Özgül Öğrenme Güçlüğü Test Bataryası” (63)'dir. Bataryada sağ sol ayırt etme becerileri, lateralleşme yönleri, saat çizme, ayları mevsimleri sıralaması gibi 9 alttest mevcuttur. Ülkemizde uyarlaması Öktem ve Uluç (64) tarafından yapılan Kaufmann Kısa Zeka Testi 2. Sürümü (KBIT-2) ve Öktem ve arkadaşları tarafından uyarlanan Wechsler Çocuklar için Zeka Testi dördüncü sürümü (WÇZÖ-IV) (65) de mevcuttur. Ayrıca ülkemizde geliştirilen Özgül Öğrenme Güçlüğü Test Bataryası ve Öğrenme Bozukluğu Belirti Tarama Listesi (ÖBBTL) de kliniklerde sıkça kullanılmaktadır. Özgül Öğrenme Güçlüğü Test Bataryası Korkmazlar (63) tarafından kullanılan ve genişletilmiş haliyle 9 testten oluşan ÖÖG tanısını destekleme amaçlı kullanılan test bataryasıdır. Testler sırasıyla: 1.Okuma testi, 2.Yazma testi, 3.Alfabenin harfleri, 4.Sınıf düzeyine göre toplama ve çarpım tablosu soruları, 5.Aylar ve günler ile öncelik ve sonralık ilişkilerinin sorgulanması, 6.Gessel Şekilleri, 7.Saat Çizme Testi, 8.Head Sağ-Sol Ayırt Etme Testi, 9.Harris Lateralleşme Testi. Türk Çocuklarında norm belirleme çalışması yapılmıştır (66). ÖBBTL öğrenme bozukluğu belirti ağırlığını tarama amacıyla Korkmazlar (63) tarafından geliştirilmiştir. ÖBBTL her biri 4'lü likert tipi sorudan oluşan toplam 36 madde içermektedir. ÖBBTL'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması Demir (67) tarafından yapılmış olup iç tutarlığı 0.93 olarak bulunmuştur.

DSM sınıflandırma sisteminde başlarda “okul becerileri bozuklukları” olarak adlandırılan bu bozukluk şimdiye kadar birçok farklı isimle tanımlanmıştır. Bazıları “minimal beyin hasarı”, “öğrenme yetersizliği”, “konjenital kelime körlüğü”, “edinsel

kelime afazisi”, “özüml öğrenme güçlüğü”, “disleksi”, “öğrenme yetersizliği”, “legasteni” olarak örnek verilebilir (31), (33), (68). DSM III-R’de özüml gelişim bozuklukları, 2. eksen tanıları içinde yer almışken, DSM IV-TR de birinci eksen tanılarına alınmıştır (21), (69).

Son zamanlarda çalışmalarda alttıplerin birbirleriyle olan ilişkilerinin ve çakışmasının araştırılmasıyla beraber, genetik analizlerin de sonucunda okuma ve yazma bozukluğund benzer genetik dağılımları işaret etmektedir (70), (71). Bu bulguların ışığında son DSM sürümünde (2) “Özüml Öğrenme Bozukluğu” başlığı altında öğrenme bozukluğu alttıplerini birleştirici bir tanılama getirdi. Sonuç olarak DSM-5’te “Nörogelişimsel Bozukluklar” başlığı altına alınmıştır. Bu çalışmada DSM-5’te adlandırıldığı haliyle “Özüml Öğrenme Güçlüğü”(Specific Learning Disorder) olarak kullanılacaktır.

DSM-IV-TR’da zekası normal ya da normalin üstünde olan bireylerin, standart testlerde, yaş, zeka düzeyi ve aldığı eğitim göz önünde bulundurulduğunda, okuma, matematik ve yazılı anlatımın beklenenin önemli ölçüde altında olmasıyla tanısı konulan bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır (21).

ÖÖG DSM-IV’te “Genellikle ilk kez bebeklik, çocukluk ya da ergenlik döneminde tanısı konan bozukluklar” başlığında yer alıyordu ve dört ayrı tipi mevcuttu; okuma bozukluğu, matematik bozukluğu, yazılı anlatım bozukluğu ve başka türlü adlandırılmayan ÖÖG.

Ülkemizde hastane kayıtlarında kullanılan ICD-10 kılavuzunda ‘Skolastik becerilerde özel gelişimsel bozukluklar (F81.0)’ başlığında tanımlanmaktadır. Altgrup olarak Spesifik okuma bozukluğu, spesifik heceleme bozukluğu, spesifik aritmetik beceri bozukluğu ve karma tip olarak sınıflandırılmıştır. Bu bozukluklardan iki veya fazlasının bir arada olduğu durumlarda karma tip bozukluk tanısı konulmaktadır.

Çalışmamızda DSM-5 ile tanı konulmuş olup yeni tanı kriterleri tablo 1’de ayrıntılı verilmiştir.

Tablo 1: DSM 5 Tanı Ölçütleri

A. <i>Gerekli girişimlerde bulunulmuş olmasına karşın, en az 6 aydır süren, aşağıdaki belirtilerden en az birinin varlığı ile belirli, eğitsel becerileri öğrenme ve kullanma güçlükleri:</i> 1. sözcükleri yanlış ya da yavaş ve fazla çaba göstererek okuma (örneğin, sözcükleri yüksek sesle okurken yanlış ya da yavaş ve duraksayarak okur, sıklıkla sözcükleri tahmin eder, sözcükleri seslendirmede güçlük yaşar). 2. okuduğunu anlama güçlüğü (örneğin, yazıyı doğru okuyabilir ancak okuduğunun sırasını, ilişkilerini, çıkarımlarını ya da derin anlamını anlamaz). 3. sözcüklerin harflerini söyleme ve yazma güçlükleri (örn ünlü ya da ünsüz harfleri ekleyebilir, çıkarabilir ya da yerini değiştirebilir). 4. yazılı anlatım güçlükleri (ör cümlelerde birçok dilbilgisi ya da noktalama yanlışı yapar, paragraf düzenlemesi zayıftır, yazılı anlatımı açık değildir). 5. sayıları, sayılarla ilgili kuralları kavrama ya da hesaplama güçlükleri (ör sayıları, sayıların büyüklüklerini ve ilişkilerini anlamakta zorlanır; yaşitlarından farklı olarak matematiksel kuralları kullanmak yerine parmak hesabı yapar; sayısal hesaplamaların içinde kaybolur ve işlemleri değiştirebilir). 6. sayısal akıl yürütme güçlükleri (ör matematikle ilgili kavramları, kuralları ya da işlemleri nicel problemlere uygulamakta ciddi düzeyde güçlük çeker). B. Eğitsel beceriler, standart ölçümler ve kapsamlı klinik değerlendirme ile doğrulandığı üzere, kronolojik yaşa göre beklenenin önemli ölçüde ve ölçülebilir derecede altındadır ve okul ya da işle ilgili başarıyı ya da günlük yaşam etkinliklerini belirgin düzeyde etkiler. On yedi yaşında ve üzerinde olan kişilerde, işlevselliği bozan öğrenme güçlüğü öyküsü standart değerlendirmelerin yerine geçebilir. C. Öğrenme güçlükleri okul yıllarında başlar, ancak beklenen eğitsel beceriler kişinin kısıtlı kapasitesini aşana kadar tam olarak kendini göstermeyebilir (ör zamanla sınırlı sınavlar, belirli bir sürede uzun ve karmaşık raporları okuma ya da yazma, aşırı eğitsel yüklenme). D. Entellektüel yetiyitimi (IQ 70 ten küçük olması), düzeltilmemiş görme ya da işitme kusurları, diğer ruhsal ve nörolojik bozukluklar, psikososyal olumsuzluklar, eğitsel yönergelerde kullanılan dili bilmeme ya da eğitsel yönergelerin uygunsuzluğu gibi öğrenme güçlüklerini daha iyi açıklayacak bir durum yoktur. <i>Varsa belirtiniz:</i> Okuma bozukluğu ile giden (disleksi)-sözcükleri doğru okuma/okuma hızı ve akıcılığı/okuduğunu anlama Yazılı anlatım bozukluğu ile giden -harfleri doğru söyleme ve yazma/dilbilgisi ve noktalama/

yazılı anlatımın açıklığı ve düzeni

Matematik bozukluğu ile giden –sayı algısı/aritmetik bilgilerin ezberlenmesi/doğru ve akıcı hesaplama/sayısal akıl yürütme

Ağırlık düzeyi: hafif/orta/ağır

- Hafif: bir ya da iki eğitsel alandaki öğrenme becerilerinde bazı güçlükler vardır, ancak özellikle okul yıllarında uygun düzenlemeler ya da destek ile kişi bu güçlüklerin üstesinden gelebilir ve işlevselliğini koruyabilir.
- Orta: bir ya da iki eğitsel alandaki öğrenme becerilerinde belirgin güçlükler vardır, dolayısıyla okul yıllarında yoğun ve özel eğitim almadan kişinin yeterli gösterme olasılığı düşüktür. Aktivitelerini doğru ve etkin bir biçimde tamamlayabilmesi için, okulda, işyerinde ya da evde, en azından günün bir bölümünde, bazı düzenlemelerin yapılması ya da destek verilmesi gerekebilir.
- Ağır: öğrenme becerilerinde birçok eğitsel alanı etkileyen ağır güçlükler vardır, okul yıllarının çoğunda yoğun, bireysel ve özel eğitim almadan kişinin bu becerileri öğrenme olasılığı düşüktür. Evde, okulda ya da işyerinde uygun düzenlemeler yapılması ya da destek verilmesi durumunda bile kişi tüm aktivitelerini etkin bir biçimde tamamlayamayabilir.

DSM -5'te birtakım değişiklikler yapılmıştır (72). DSM IV'teki 4 alttip, tüm alttipleri kapsayan bir kategoriye dönüştürülüp ve tanı kriterleri buna uygun çevrilmiştir (2). Tanısal standardizasyonu sağlayacak bir gereklilik olan “yeterli eğitime ve yapılan müdahalelere rağmen” ifadesi eklenmiştir. Bu kriterin tüm dünyada uygulanabilecek bir eğitim uygulamasının (response to intervention) yaygınlaşmasını sağlayabileceği düşünülmektedir (73). Akademik başarının beklenenin altında olması (direnç-kalıcılık) vurgusu da yenilikler arasındadır. DSM-5'te yeterli eğitime rağmen vurgusu eklenirken zeka kapasitesiyle ilgili uyumsuzluk ölçütü kaldırılıp yerine her toplumun kendi standart testlerine göre 1-2.5 standart sapma altında olması ve “kişinin takvim yaşına göre beklenenden daha düşük” ifadesi eklenmiştir (19). DSM sınıflandırmasında okumanın bozulduğu alttipe dislexi, yazmanın bozulduğu alttipe disgrafi ve matematik becerilerin bozulduğu tipe diskalkuli denilmekteyken ve DSM-5'te ilk kez terim olarak da kullanılmaya başlanmıştır.

2.1.6 Klinik Özellikler

ÖÖG, işitsel ve görsel algı, bellek, ince ve kaba motor, dikkat, dil ve iletişim, soyutlama ve sosyal beceri sorunları yaşamaktadır (74), (75), (76).

Nörogelişimsel bozukluk olmasından dolayı erken dönemlerden itibaren belirtiler gösterebilir. Dil gelişiminde gecikme, sözcük bulmada ve isimlendirmede güçlük, temel sözcükleri karıştırmak, sözcük-hece çevirmek (mavi-vami, sifon- fison), harf-ses ilişkisini öğrenmede güçlük; motor becerilerde güçlük, makas kullanamama, çatal kaşık kullanamama, koordinasyon güçlüğü, benzerlik-farklılık kavramlarında güçlükler, yön karıştırmak olarak örnek verilebilir (74).

Okuma becerisinde zorlukla ilişkili olarak bazı harflerin sesini öğrenemez, harfin şekli ile sesini birleştiremez, harfleri karıştırır (b-d, 6-9 gibi), kelimeleri hecelemede ve harflerine ayırmada zorlanır, sözcüğü ters çevirerek okur (ne-en, çok-koç, gibi), harf veya sözcük ekler, atlar, uydurur. Okuduğu yeri kaybeder, satır atlar, okuduğunu anlamakta-anlatmakta zorlanır. Okuması yavaştır (74).

Yaştlarına oranla el yazısı okunaksız, yavaştır. Bazı harf ve sayıları, kelimeleri ters yazar, karıştırır. Bazı harfleri, heceleri atlar, ekler, ters çevirir. Tahtadakileri defterine geçirirken ya da öğretmenin okuduğunu yazarken zorlanır. Kelimeler arası boşluk bırakmaz ya da bir kelimeyi iki-üç parçaya bölerek yazar. Defteri düzensizdir, satırı ve sayfayı iyi kullanamaz, el-göz koordinasyonu zayıftır. Aritmetik kavramları anlamakta güçlük çeker, sayıları karıştırır. Geometrik şekilleri çizmekte ve isimlendirmekte zorlanır. İşleme soldan başlar. Çıkarmayı tersten yapar. Çarpım tablosunu öğrenemez, problem çözemez, kesir ve grafikleri anlayamaz. Saati öğrenmekte zorlanır. Akıldan çözdüğünü defterde çözemez. Kalem uygun tutamaz. İmla ve noktalama hataları yapar (74).

Sıraya koyma becerisi zayıf olup haftanın günlerini, ayları, mevsimleri, sayıları, alfabenin sırasını karıştırır. Dinlediği öyküyü anlatması istendiğinde öykünün başını sonunu karıştırır (74).

Arkadaş ilişkilerinde zorlanır. Değişikliğe zor uyum sağlar. Benlik saygısı düşüktür. Öğrenmeyle ilgili travmatik yaşantıları vardır. Enüresis, enkopresis, okul reddi gibi sekonder sorunları vardır (74).

ÖÖG alttıpleri sıklıkla birliktelik göstermekte ve belirtiler örtüşmekte olup nörobiyolojik mekanizmaların ve altta yatan nedenlerin farklı olduğunu belirten çalışmalar mevcuttur. Örneğin okuma bozukluğunda matematik bozuklukta olduğu gibi sayıları işlemlerde sorun olabilir. Ancak neden olan defisitler farklılık göstermektedir. Okuma bozukluğu olanlarda hızlı otomatizasyon ve sayı isimlendirme bozukken sözel olmayan sayı becerileri daha iyi bulunmuştur. Matematik bozukluğu olanlarda birçok sayısal testlerde başarısızlık saptanırken, Komorbid durumda tek başına olan duruma ek bozukluklar da gösterilmiştir. Sonuç olarak okuma bozukluğunda fonolojik defisit, matematik bozuklukta işleme defisiti saptanmaktadır (77).

2.1.7 Eş Tanılar

ÖÖG’nde alttıplerin birlikteliği oldukça sıktır. Ülkemizde yapılmış olan bir derleme yazısında çeşitli çalışmalardan elde edilen verilere göre okuma ve yazma bozukluğu birlikteliği %7.25, okuma ve matematik bozukluğu birlikteliği %2.9 iken tek başına okuma bozukluğu %23.19 bulunmuştur (78).

Öğrenme bozukluklarıyla ilişkili yapılan çalışmalarda gerek yöntem gerek örneklem seçimindeki farklılıklar nedeniyle eştanı oranı değişiklik gösterse de oldukça yaygın olduğu bilinmektedir (79), (80).

ÖÖG tanılı çocuklarda bozukluk belirtilerinin yanında çocukların karşılaştığı ek risklerden bazıları; DEHB gibi komorbid psikiyatrik hastalıkların eşlik etmesi, çocuğun zeka kapasitesine bağlı yaşadığı zorluklar, akran zorbalığı gibi olumsuz psikososyal etkenlere maruz kalma, çocuğun yaşıtlarıyla ilişki kurabilme becerileri gibi daha birçok etken sayılabilir (81).

Epidemiyolojik çalışmalarda ÖÖG’nde eştanı %30 iken, klinik örnekleme bu oran % 66,2 bulunmuştur (80), (82). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) %10-60 oranında en sık eşlik ettiği bildirilen bozukluktur. Bu durum her iki hastalığın nörogelişimsel kökenli olmasının yanında ortak kalıtsal etkenlerle de ilişkisine bağlı olabilir (79). DSM-5’teki değişiklikler sonrası yapılan bir metaanalizde yeni tanı kriterlerinin katı olmaması nedeniyle tanı koyma sıklığının artacağı öngörülmekle birlikte DEHB ve ÖÖG birlikteliğinin %31-45 arasında değiştiği saptanmıştır (6), (83).

Ülkemizde yapılan çalışmalara bakacak olursak farklı kliniklerde yapılan çalışmalarda öğrenme bozukluğu olgularında %28.5 DEHB, DEHB tanılı çocuklarda da %21.7 ÖÖG eştanısı saptanmıştır (84), (85).

Gelişimsel disleksili bir grup çocukta eşzamanlı bakılan psikoakustik test bataryalarında işitsel işleme bozukluklarının da yüksek oranda (%25) eşlik ettiği ve tanılamada faydası olabileceği vurgulanmaktadır (86). DEHB tanılı çocukların yazma, okuma ve dinleme konusunda eksiklerinin kontrol grubuyla karşılaştırıldığında anlamlı olarak fazla olduğu fakat bunun normalin bir varyansı sayılabileceği düşünülmüştür (87). Aynı grupta disleksik hastalar ayrıştığında disleksiklerin daha fazla bozulma göstermesi altta yatan etiyolojinin farklılığını akla getirmiştir.

Yine yapılan başka bir komorbidite çalışmasında DEHB tanılı çocuklarda en sık görülen komorbid durumlardan biri de yaklaşık %30 sıklıkta görülen ÖÖG olduğu bildirilmiştir. (88).

Finlandiya’da yapılan bir kohort çalışmasında çocuk ve ergenlerin komorbid DEHB ve ÖÖG birlikteliğinde daha çok sınıf tekrarı yaptığı saptanmıştır (89).

ÖÖG tanılı çocuklarda yapılan eş tanı çalışmalarında depresyon ve anksiyete sıklığının, düşük benlik saygısının, somatik yakınmaların, depresyon ve intihar oranlarının normal popülasyondan fazla olduğu saptanmıştır (90), (91), (92). Hasta grubunda benlik saygısı ve emosyonel iyilik durumunun zayıf olması ve buna bağlı olarak düşük benlik algısı (%26), anksiyete (%31), depresyon (%19), sinirlilik (%21) ve yıkıcı davranım bozukluğu (%21) oldukça sık olduğu gösterilmiştir (93).

Gelişim öyküsünde konuşma bozukluğu olanlarda ÖÖG ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu riski artmıştır (94), (95). Spesifik dil bozukluğuyla ÖÖG benzer etiyolojiyi paylaşan ve birlikteliği sık görülen bozukluklardandır (94), (96). ÖÖG’nde dili anlama, çözme oldukça yavaş olabilirken, dil bozukluğunda da okuma ve yazma becerilerinde eksiklikler sık görülür (1).

2.1.8 Gidiş ve Sonlanış

ÖÖG gidişatıyla ilişkili yaygın kabul edilen görüş bozukluğun göstergelerinin yaşamboyu sürdüğü ve bireyin okul ve sosyal performansında dalgalanmalar olduğudur (54).

Okulda başarısızlık veya düşük başarı çocuk, aile ve eğitimeci tarafından olumsuz karşılanmaktadır. Bu durum akran ilişkilerini, aile içi ilişkilerini ve çocuğun kendi ruh sağlığını da olumsuz etkilemektedir (97), (98). Çocuğun olumlu bir kimlik geliştirmesi, benlik saygısının yeterli olması ve diğer gelişim basamaklarının olumlu yapılanması ileriki dönemlerde sorunlarla baş etme becerisini artırmaktadır (99).

Erken tanı alan çocuklarla yapılmış bir vaka sunumunda çocukların ve ailelerinin erken tanı almalarıyla olumlu gelişmesi saptanmış ve erken tanının önemine değinilmiştir (100) .

ÖÖG etkilenen çocuklarda eğitime yönelik yapılan müdahaleler uzun vadede yarar-maliyet açısından faydalı bulunmuştur (101).

2.1.9 Tedavi

ÖÖG için önerilen kanıta dayalı tedavilerde özetle programlı, multidisipliner bir yaklaşımla tanı alan hastaların belirgin fenotiplerine (disleksi, disgrafi, diskalküli) ayrılması ve ayrıca dil bozukluğu olup olmaması tedavi seçimini yönlendirmektedir. Bu şekilde hastanın eksikliklerine göre yönlendirilecek bir tedavi ile müdahalenin başarısının artırıldığı gösterilmiştir (75), (102). Dünyaca kabul gören yaklaşım olan müdahaleye yanıt (response to intervention) DSM nin son sürümünde tanısal ölçütlere katılmış olup tüm dünyada her çocuğa eşit eğitim verilmesi için bir temel oluşturacağı öngörülmektedir (2).

Okul öncesi dönemde ÖÖG için riskli grupta okuma becerisinin gelişmesine katkıda bulunan 3 bilişsel altyapı esas alınmaktadır; harf-ses bilgisi, fonemik farkındalık ve hızlı otomatize isimlendirme becerileri. Bu alanlardaki eksiklikler okumaya engel olabilmekte ve uygun öğretimle düzelebilmektedir (103). Ülkemizde okul öncesi öğrenme güçlüğü riskli grupta bilişsel süreçler, kavramlar, ince motor ve koordinasyon becerilerini geliştirme amaçlı destek eğitim programları önerilmektedir. 2008’de “Özel Öğrenme Güçlüğü Destek Eğitim Programı” Milli Eğitim Bakanlığı tarafından hazırlanıp uygulanmaya başlanmıştır (104).

İlköğretim sürecinde ise çocuğun eksiklikleri saptanmalı ve uygun eğitim verilmesi gerekmektedir. Tedavide esas yaklaşım olan bireysel eğitim programlarıyla

parçadan bütüne bir şekilde verilen birçok duyuya yönelik bileşene sahip eğitimlerle bu eksiklikler giderilmektedir (74).

ÖÖG'nün bilinen etkili bir farmakoterapisi yoktur, fakat komorbid durumlarla ilgili tedaviler araştırılırken bulunan bazı bilgiler aşağıda verilmiştir.

DEHB komorbiditesinde tedavi hedefleri dikkatsizlik ve dürtüsellik üzerine odaklanmıştır (105). Okuma bozukluğu olan DEHB eştanı durumunda en iyi tedavi yanıtı stimülan veya non-stimülan tedaviyle birlikte çocuğun okuma eksikliklerine yönelik destek sağlanmasıyla elde edilmiştir (106). Stimülan tedavi (metilfenidat) ile hem dikkat semptomları %59 oranında azalırken hem de okuma performansı artmıştır (107), (108). Ayrıca metilfenidat kelime çözme ve hızlı isimlendirmede artış sağlamıştır (109).

Atomoksetinin DEHB'de nöropsikolojik işlevlerden özellikle bellek ve öğrenme kısımları üzerinde olumlu etkileri bilinmektedir (110), (111). Hem metilfenidat hem de atomoksetin okuma bozukluğunda ve de DEHB üzerinde yürütücü işlev defisitlerine etkilirken, atomoksetinin ek olarak komorbid durumda görsel-uzamsal işleyen bellek üzerine olumlu etkisi bulunmuştur (112). Ayrıca okumayı çözme ve yazma üzerinde de DEHB semptomlarından bağımsız düzelmeye sağladığı da gösterilmiştir (113), (114). Atomoksetinle DEHB olmayan disleksik hastalar üzerinde iyileşme göstermeyen çalışmalar da vardır (115).

2.1.10 Özür Oranı Cetveli

Ülkemizde sağlık kurulu raporlama yönetmeliğine göre Özel Öğrenme Bozuklukları (bu tanı mental retardasyon varlığında konulamaz); hafif şiddetteyse %20, ağır şiddetteyse (bu bozukluk nedeniyle ilköğretime devam ettiği ikinci eğitim yılının sonunda halen okuma yazma öğrenmemiş olması) %30 özürlülük puanı verilmektedir.

2.2 Yaşam Kalitesi Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre sağlıklı olmanın tanımı; yalnız hastalığın olmaması değil aynı zamanda fiziksel, zihinsel ve sosyal olarak tamamen iyi olma durumudur (7).

Yaşam kalitesi ise; bireyin hedefleri, beklentileri, standartları doğrultusunda, değerleri ve kültürüne göre şekillendirdiği yaşamdaki yerini algılama durumudur. Genel olarak yaşam kalitesi; insanın kendini geliştirmesi, bireysel hayatını zengin kılması ve amaçlarına ulaşmasıyla ilgilidir (7). Bunları sağlamak isteyen bireyin kendini sorgulayabilmesi ve bilinçli bir çaba ile başkalarına örnek olacak şekilde yaşamını biçimlendirmesi gereklidir.

Yaşam kalitesinin standart göstergeleri, sadece zenginlik ve istihdam değil, aynı zamanda yapılı çevrenin durumu, fiziksel ve ruhsal sağlık, eğitim, rekreasyon, boş zaman ve toplumsal aidiyet dahil olmak üzere birçok alanı kapsamaktadır (116). Yaşam kalitesi son zamanlarda tıbbi uygulamalarda önemli bir sonuç ölçüm aracı haline gelmiştir (117).

ÖÖG'de klinikte görülen sorunların hem çocuğun hem de birincil bakımverenin sosyal, okul ve aile yaşantısında birçok zorluğa yol açtığı bilinmektedir (118), (119). Öğrenme bozukluğunda bireyin ve ailesinin yaşadığı zorluklar göz önünde bulundurulduğunda diğer kronik bozukluklar gibi yaşam kalitesini olumsuz etkilediği öngörülmektedir (5). Bu zorlukların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği bazı araştırmalarda elde edilen sonuçlarla da desteklenmektedir (120). Erken tanı ve tedaviyle nöral plastisitenin aktif olduğu çocukluk döneminde bireyin sonraki yaşamında bağımsızlığını kazanabileceği becerilerin kazandırılması yaşamsal önem taşımaktadır. Bazı çalışmalarda bireylerin sosyal hayata atılmasında yardımcı olan destekleyici iş imkanlarının olumlu etkileri görülmüştür (121).

Psikiyatrik bozuklukların yaşam kalitesini bozmasına ilişkin son yıllarda birçok araştırma yapılmaktadır. Depresyonun Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre işlevsellikte en çok bozulmaya yol açan hastalıklar arasında 4. sırada yer aldığı bildirilmiştir (122).

Psikiyatri kliniklerine ayaktan başvuran hastalarla benzer problemlere sahip psikiyatrik başvurusu olmayan çocuklara göre hem ebeveyn hem de çocuklarda yaşam kalitesi daha düşük bulunmuştur (11).

Ayrıca ÖÖG tanılı çocukların algıladıkları psikososyal, fiziksel ve genel yaşam kalitelerinin etkilendiğini göstermiştir (123) .

Japon popülasyonunda yapılmış başka bir çocuk yaşam kalitesi ölçeğiyle bakılan çalışmada mental retardasyon, DEHB ve ÖÖG olan çocuklarda yaşam kalitesi düşük bulunmuştur (124).

2.3 ÖÖG Tanılı Çocuklarda ve Ebeveynlerinde Yaşam Kalitesi

Karande ve arkadaşları (12) tarafından yapılan bir çalışmada aile tarafından bildirilen çocuğun yaşam kalitesinde emosyonel, ailesel, sosyal, davranışsal ve fiziksel işlevsellikte defisitler saptanmıştır. Çocuğun rutin okul hayatında ve akademik iyilik halinde azalma beklenirken kontrol grubuyla farklılık saptanmamıştır (5). Yazarlar bu durumu çocuğun stres yaratacak duygulardan kaçınmak için problemlerini inkar ettiklerini veya defisitlerine uyum sağladıkları için stres yaratmayabileceğini öngörmüşlerdir.

Literatürde yapılan çalışmalarda ÖÖG grubunda ebeveynlerin yaşam kalitesinde çevresel, mental ve sosyal iyi olma hallerinde bozulma göstermektedir (12).

Ailenin yaşam kalitesindeki bozulmanın çocuğun yaşam kalitesindeki bozulmayı öngördüğü bildirmektedir. Ailede sosyal iyilik halinde bozulma çocuğun emosyonel iyilik halini olumsuz etkilemektedir. Ayrıca sosyokültürel olarak okul başarısının baskı oluşturduğu toplumlarda aile ve çocukta benzer yaşam kalitesi düşüşü gözlenmiştir (8). Yetkililerin bu durumları göz önüne alarak altyapı geliştirmelerinde önemli fayda sağlanabilir.

Craig ve arkadaşlarının (9) yaptıkları bir çalışmada nörogelişimsel hastalığı olan çocuklarla tipik gelişme çocukların ebeveynlerinde yaşam kalitesi araştırıldığında ÖÖG tanılı çocukların ebeveynlerinde yaşam kalitesinin tipik gelişen çocuklara göre daha fazla ebeveynlik stresi yarattığı saptanmıştır. IQ seviyesi ve duygusal veya davranışsal problemlerin durumu daha da kötüleştirdiği bulunmuştur. Ebeveynlere bu konularda beceriler kazandırılmasının yaşam kalitesini artıracığı öngörülmektedir.

Çocuklarla farklı yaş gruplarında yapılacak yaşam kalitesi ölçümleri, akademik yeterliliklerinin bozulmasına yönelik ek bilgilere ulaşmamızı sağlayabilir. Reid ve

arkadaşları ailelerin disleksi hakkında bilgisi olan okul ve öğretmenlerle iyi iletişim kurmaya önem verdiklerini belirtmektedir (75) .

Ailelerin çocuklarının kapasitelerini yakalayıp yakalayamayacağı konusunda kaygıları olabilir. Çocuğun ihtiyaçlarını aileyle beraber değerlendirilmesi sonrasında ev ve okul arasındaki iletişimin güçlenmesine ve okuma yazma becerilerinin artmasını sağlayabilir. Çünkü ebeveynler çocuğunun nasıl daha iyi öğrendiğini ve geribildirimini aktarabilecek en güvenilir destekçileridir. Çocuğun öğrenme sorunu yaşadığında veya başarısız olduğunda duygusal açıdan etkilenmesi de kaçınılmazdır. Ailelerden çocuğun başarılı taraflarını öne çıkarmanın, birlikte okuma yapmanın, hafıza oyunları oynamanın yararlı olabileceğine dair bildirimler alınmıştır (125).

Dislektik çocuklar yeterli eğitim almalarına rağmen önemli bir gelişme göstermeyebilir, en azından kısa sürede bu beklenti gerçekleşmeyebilir. Bu da ailelerde hayal kırıklığına yol açabilir (75).

Tüm bu bilgiler doğrultusunda araştırma hipotezimiz; ÖÖG tanılı çocuklarda ve ebeveynlerinde yaşam kalitesinin bozulduğu ve bu bozulmanın eştanı varlığında daha da fazla olduğudur. Çalışmamızda DSM-5'in yeni tanı kriterleri doğrultusunda yarı yapılandırılmış görüşme tekniğiyle 7-13 yaş arası çocuklarda eş tanı sıklığını ölçmek ve eş tanı varlığının ebeveynin depresyon, anksiyete gibi ruhsal parametrelerine etkisini ve çocuğun yaşam kalitesine etkisini değerlendirmektir.

3. YÖNTEM VE GEREÇ

3.1. Yöntem

3.1.1 Çalışma Evreni

Çalışmamıza İstanbul ilindeki Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Psikiyatri Polikliniği'ne Haziran 2016 - Ekim 2016 tarihleri arasında başvuran, deneyimli bir çocuk psikiyatristi tarafından Özgül Öğrenme Güçlüğü tanısı almış 7-13 yaş arasındaki 79 hasta ve ebeveyni alınmıştır. Sağlıklı kontrol grubu olarak yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş, klinik olarak normal zeka düzeyinde olan, belirgin bir öğrenme güçlüğü ve okul başarısızlığı olmayan 77 çocuk ve ebeveyni dahil edilmiştir. Araştırmacı tarafından ÖÖG tanısı konulan çocuklar ve sağlıklı kontrollere araştırmacı tarafından çalışma ile ilgili bilgi verilmiş ve bilgilendirilmiş onam formu doldurulmuştur. Çalışma Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Girişimsel Olmayan Çalışmalar Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır.

3.1.2 Örneklem Seçimi

Haziran 2016 - Ekim 2016 tarihleri arasında çocuk psikiyatri polikliniğimize başvuran ve dahil edilme kriterlerimizi karşılayan tüm hastalar ardışık olarak alınmıştır. 77 kontrol ve 79 ÖÖG olgusu ve ebeveynleri çalışmaya dahil edilmiştir.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri:

Olgu grubu:

- 7-13 yaş arasında olmak
- En az 1. Sınıf 2. dönem öğrencisi olmak
- DSM 5 Tanı ölçütlerine göre Özgül Öğrenme Güçlüğü tanısı almış olmak
- Çocuklara ve ailelere araştırmanın amacı ve uygulanacak testler açıklandıktan sonra araştırmayı gönüllülük esasınca kabul etmiş ve bilgilendirilmiş onam formunu imzalamış olmak
- IQ testinden 70 ve üstü puan almak (WÇZÖ-Y veya Stanford Binet)

- Ebeveynde formları doldurmayı engelleyecek ruhsal veya fiziksel hastalık bulunmaması
- Ebeveynin testleri anlayacak ve dolduracak kadar okur yazar olması.

Kontrol grubu:

- 7-13 yaş arasında olmak
- Klinik olarak mental retardasyonu olmamak
- 1. Sınıfta okuma yazma becerisi kazanmak
- Çalışma esnasında akut tıbbi hastalığı olmamak veya bilinen psikiyatrik ilaç kullanmamak
- Yeterli açıklama sonrasında araştırmaya katılmak için gönüllü olmak ve yasal vasisinin yazılı onamını almak

Çalışmadan dışlama kriterleri:

- Önceden veya değerlendirme esnasında görüşmecinin saptadığı psikotik bozukluk, bipolar bozukluk veya otizm spektrum bozukluk tanısı almış olmak
- Öğrenme güçlüğü tablosuna benzer semptomları olan epilepsi veya diğer nörolojik hastalıklara sahip olmak
- Ebeveynde klinik görüşmede sorulan sorulara yanıt vermeyi engelleyecek derecede mental retardasyon olması

3.2. Gereçler

Araştırmada Kullanılacak Ölçek ve Formlar

1. Bilgilendirilmiş onam formu
2. Sosyodemografik veri formu
3. Zeka testleri: çocuğun alabildiği testlerden (WÇZÖ-R veya Stanford Binnet) uygun olan yapılmıştır.
4. Aile ile Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG-ŞY) (K-SADS-PL)
5. Durumluluk ve süreklilik kaygı envanteri (STAI-t ve STAI-s)
6. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formu (WHOQOL-BREF)

7. 5-7 yaş Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği- Ana baba formu (PEDSQOL)
8. 8-12 yaş Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği- Ana baba formu (PEDSQOL)
9. 13-18 yaş Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği- Ana baba formu (PEDSQOL)
10. Beck Depresyon Envanteri (BDE)

3.2.1 Bilgilendirilmiş Onam Formu (EK-2)

Çalışmaya katılan olgulardan sözlü onam alınırken ebeveynlerinden yazılı onam alınmıştır.

3.2.2 Sosyodemografik Veri Formu (EK-3)

Araştırmacılar tarafından geliştirilmiş, hastaların sosyodemografik özelliklerini değerlendirmek için kullanılan bir form olup görüşmeci tarafından bireyle ve ebeveyniyle görüşülerek doldurulmuştur. Çocuğun okuma ve yazmaya ne zaman başladığı, ailede psikiyatrik ilaç kullanmayı gerektirecek psikopatoloji varlığı sorgulanmıştır. Anne veya babada 2. sınıftan sonra okuma yazma öğrenme öyküsü olması geçmişe dönük sorgulanmayla elde edilmiştir. ÇDŞG-ŞY ölçeğiyle sorgulanamayan psikiyatrik hastalıkların DSM-5 tanı kriterleri baz alınarak tanılanmıştır. Ruhsal yardım ve tedavi gereksinimi olan çocuk ve ergenler için Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğinde tedavileri başlanmış ve takiplerine devam etmeleri planlanmıştır.

3.2.3 Zeka Testi

Zeka düzeyi klinik ve çocuğun alabildiği zeka testleriyle (WÇZÖ-Y veya Stanford Binnet) ölçülmüş olup zeka katsayısı 70'in üzerinde olan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. WÇZÖ-Y , Wechsler (126) tarafından geliştirilmiş sözel, performans ve total zeka puanlarını veren bir zeka testidir. WÇZÖ-Y (Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği-Yeni Versiyonu) ülkemizde Savaşır ve ark. (62) tarafından dilimize uyarlanmış olup geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.

3.2.4 Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG – ŞY) (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children – Present and Lifetime Version, K-SADS-PL) :

Çocuk ve ergenlerin DSM-III-R ve DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre geçmişteki ve bu andaki psikopatolojilerini saptamak amacıyla Kaufman ve arkadaşları (127) tarafından geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur. Ölçeğin Türk örneklemini için geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (128). Form üç bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde çocuğun demografik özellikleri, genel sağlık durumu, varsa daha önceki psikiyatri başvurusu ve tedavisi, aile ve akran ilişkileri, okul bilgileri gibi genel bilgiler sorgulanır. İkinci bölüm özgül psikiyatrik belirtilerin sorgulandığı tarayıcı sorular ve değerlendirme ölçütlerini içermektedir. Tarama görüşmesi ile pozitif belirtiler varsa o psikopatolojiyi daha iyi değerlendirmek amacıyla ek belirti listesi sorgulanmaktadır. Belirtilerin varlığına ve şiddetine çocuğun ya da ergenin, anne babanın ve klinisyenin görüşleri birleştirilerek karar verilmektedir. ÇDŞG-ŞY ile duygudurum bozuklukları, psikotik bozukluklar, anksiyete bozuklukları, dışa atım bozuklukları, yıkıcı davranım bozuklukları, madde kötüye kullanımı, yeme bozuklukları ve tik bozuklukları değerlendirilebilmektedir. Üçüncü bölüm çocuğun değerlendirme yapıldığı zamanda işlev düzeyini belirlemek amacıyla kullanılan genel değerlendirme ölçeğidir. Çalışmada değerlendirmeye çocuk hakkında bilgi verebilecek en az bir ebeveyn katılmıştır.

Geçerlilik güvenilirlik çalışması Gökler ve arkadaşları tarafından Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı'na başvuran 6-16 yaş arasındaki 52 vaka ile yapılmıştır. Çocuk ve ergen psikiyatristleri tarafından DSM-IV ölçütlerine göre konulan tanıların, ÇDŞG-ŞY ile yapılan görüşme sonucu konulan tanılarla olan uyumu (ortak görüş geçerliliği) istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Kapa değerleri, her iki görüşme arasındaki uyumun dışa atım bozuklukları için çok iyi (0.833), DEHB ve tik bozukluğu için iyi (0.721 ve 0.639), Duygulanım Bozuklukları, Anksiyete Bozuklukları ve KOKGB için ise orta derecede (0.561, 0.517 ve 0.458) olduğunu göstermiştir.

Değerlendiriciler arası güvenilirlik açısından bakıldığında, kapa değerleri, her iki görüşmeci arasındaki uyumun Dışa Atım Bozuklukları ve tik bozuklukları için çok iyi (0.875 ve 0.733), DEHB ve Anksiyete Bozuklukları için çok iyi derecede (0.681 ve 0.625) olduğu ortaya konulmuştur. Test-tekrar test güvenilirliği açısından ise her iki görüşme arasındaki uyumun bu bozuklukların tümü için çok iyi derecede (DEHB için 0.984; Anksiyete Bozuklukları için 0.783; Dışa Atım Bozuklukları için 0.828; tik bozuklukları için 1.000) olduğu görülmüştür.

3.2.5 Durumluluk ve Süreklilik Kaygı Envanteri (State-Trait Anxiety Inventory– STAI–I, STAI–II) (EK-4):

Spielberger ve ark. (129) tarafından, anlık ve sürekli kaygı düzeylerini ölçmek için 1977 yılında geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1982 yılında Öner ve Le Compte tarafından yapılmıştır (130). Ölçeğin her biri 20 maddelik 2 ayrı alt ölçeği vardır; Anlık Kaygı ölçeği; bireyin belirli bir anda ve belirli bir koşulda kendini nasıl hissettiğini belirler. Cevaplandırmada, maddelerin ifade ettiği duyuyu, düşünce veya davranışların şiddet derecesine göre “hiç”, “biraz”, “çok”, “tamamıyla” ifadelerinden biri seçilir. Süreklilik kaygı ölçeği ise bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak kendini nasıl hissettiğini belirler. Cevaplandırmada, sıklık derecesine göre “hemen hiçbir zaman”, “bazen”, “çok zaman”, “hemen her zaman” ifadelerinden biri seçilir. Ölçekte doğrudan ve tersine çevrilmiş ifadeler vardır. Doğrudan ve tersine çevrilmiş ifadelerin toplam ağırlıklarının saptanması için 2 ayrı anahtar hazırlanır. Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlıklı puandan, ters ifadelerin toplam ağırlıklı puanı çıkartılır ve bu sayıya değişmeyen bir değer (STAI–I için 50, STAI–II için 35) eklenir. Her iki ölçekten elde edilebilecek toplam puan 20 ile 80 arasında değişir ve kesme puanı olarak 45 alınır. 45 puan ve üstü patolojik kabul edilir. Büyük puan yüksek kaygı düzeyini, küçük puan ise düşük kaygı düzeyini gösterir.

3.2.6 Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Değerlendirme Anketi (World Health Organization Quality of Life Assessment, WHOQOL) (EK-5)

DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) tarafından kişinin iyilik halini ölçen ve kültürler arası karşılaştırmalara olanak veren geniş kapsamlı World Health Organization – Quality of Life (WHOQOL) geliştirilmiştir. Dünya çapında 15 merkezde yapılan pilot çalışmalar sonucu, 100 soruluk WHOQOL-100 ve arasından seçilen 26 sorudan oluşan WHOQOL-BREF oluşturulmuştur. WHOQOL-BREF ölçeği, biri genel algılanan yaşam kalitesi, diğeri algılanan sağlık durumunun sorgulandığı iki soruyla birlikte toplam 26 soru, fiziksel, psikolojik, sosyal ilişkiler ve çevresel alanlar olmak üzere 4 alandan meydana gelmiştir.

Türkçe dahil 20’den fazla dile çevrilmiştir. Türkçe’ye uyarlanması Özkan ve arkadaşları (131) tarafından gerçekleştirilmiştir.

WHOQOL ölçeğinin WHOQOL-100 (uzun form) ve WHOQOL-BREF (kısa form) olmak üzere 2 sürümü mevcuttur. WHOQOL-100 orijinal ölçeği 100 sorudan oluşmaktadır. Ölçek 6 alan (domain) ve her bir alanda farklı sayılarda olmak üzere biri genel bölüm olmak üzere 25 bölümden (facet) oluşmaktadır. Her bir bölüm 4’er sorudan oluşmaktadır. Sorular 5’li Likert tipi ordinal yanıt ölçeğine sahiptir. Ölçeğin toplam skoru yoktur. Her bir bölüm ve alan maksimum 20 puan veya 100 puan üzerinden skor alır. Yüksek puan daha iyi yaşam kalitesini ifade eder. Bu ölçeğin Türkçe sürümünde (WHOQOL-100 TR) ayrı bir ‘Sosyal Baskı’ fasetini oluşturan Türkiye’ye özgü 3 ek soru daha vardır (132), (133) . WHOQOL-BREF, orijinal ölçekteki (WHOQOL-100) genel bölümden (fasetten) iki, geri kalan 24 fasetten de birer soru alınarak oluşturulmuş olan 26 soruluk bir ölçektir (131).

3.2.7 Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (Pediatric Quality of Life Inventory 4.(PedsQL™4.0)) (EK-6):

Varni ve arkadaşları (13) tarafından geliştirilen çocuklarda yaşam kalitesini ölçen bir öz bildirim ölçeğidir. Üneri (2-7 yaş için) (134) ve Memik (8-18 yaş için) (135) tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır. 2-18 yaş arasına uygulanabilir. Fiziksel ve psikososyal (duygusal, sosyal ve okul işlevselliği) işlevselliği sorgulayan 23

maddeden oluşmaktadır. 5-7 yaş çocuk formu üçlü, diğer formlar beşli likert tipi ölçektir.

Maddeler 0 ile 100 arasında puan almaktadır. Hiçbir zaman 100 puan, nadiren 75 puan, bazen 50 puan, sıklıkla 25 puan ve hemen her zaman 0 puan alır. 5-7 yaş çocuk formunda hiçbir zaman 100 puan, bazen 50 puan ve sıklıkla 0 puan alır. Maddelerden alınan puanlar toplanıp doldurulmuş olan madde sayısına bölünerek ölçeğin toplam puanı elde edilir. Ölçeğin %50'sinden fazlası boş bırakılmışsa, ölçek geçersiz sayılır.

3.2.8 Beck Depresyon Ölçeği (EK-7)

Beck ve arkadaşları (136) tarafından geliştirilmiştir. Son bir haftadır kendini nasıl hissettiğiyle ilgili 21 sorudan oluşan ölçekte her soruda 0 ile 3 arasında bir puan alınan 4 seçenek bulunmaktadır. 15 yaşın üzerindeki ergen ve yetişkinlere uygulanabilen ölçeğin Türkçe geçerlik-güvenilirlik çalışması Hisli tarafından yapılmıştır (137). Hisli'nin yapmış olduğu çalışmada ölçeğin kesme puanı 17 olarak saptanmış, 17 ve üzerindeki puanların tedavi gerektirebilecek depresyonu büyük oranda ayırt edebildiği görülmüştür. Ancak ölçeğin kullanım amacı tanı koymak olmayıp hastalığın şiddetini belirlemektir.

3.3 İşlem

Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniği'ne Haziran 2016 – Ekim 2016 arasında başvuran olgular görevli çocuk ve ergen psikiyatristi tarafından değerlendirilmiş ve çalışma ölçütlerini karşılayanlar araştırmacıya yönlendirilmiştir. Ebeveynlere ve çocuklara araştırmanın içeriği ve amacı açıklanmış, çalışmayı kabul edenlerle ön görüşme yapılmış ve yaklaşık 20 dakika süren sosyodemografik veri formu doldurulmuştur. Yapılan değerlendirmeler sonucunda 79 olgu çalışmaya dahil edilmiştir. Daha sonra bu olgularla 90 dakika süren ÇDŞG-ŞY yarı yapılandırılmış görüşme formuyla eşlik eden psikiyatrik bozukluklar araştırılmıştır.

Psikiyatrik değerlendirme için önce çocukla sonra ebeveynle görüşme yapılmıştır.

Çalışmaya alınan tüm olguların sosyodemografik özellikleri, eşlik eden tıbbi durumlar, özgeçmiş, soygeçmiş bilgileri, aile bireylerinde öğrenme güçlüğü varlığı, psikiyatrik ilaç kullanımı, boy ve kilo ölçüleri, özel eğitim alma süreleri, okuma ve yazmaya geçme sınıfları, doğum öyküleri sosyodemografik veri formu kullanılarak araştırmacı tarafından doldurulmuştur.

Çalışmaya katılan vakaların IQ puanını saptamak amacıyla, olgulara WÇZÖ-Y veya Stanford Binnet zeka testleri uygulanmıştır. Bir olgu dış merkezde yakın zamanda WÇZÖ-Y yaptırdığı için tekrar test yaptırılmamıştır ve bu test skorları öğrenilememiştir. Test skorlarının normal sınırlarda olduğu öğrenildiği için çalışmadan dışlanmamıştır. Dört vaka WÇZÖ-Y alamadığı için Stanford Binet uygulanmıştır. WÇZÖ-Y ile sözel, performans ve total IQ puanları hesaplanırken, Stanford Binet ile total IQ hesaplandı.

Hastaya ve ailesine araştırmanın amacı ve uygulanacak testler açıklandıktan sonra gönüllü onam belgesi alınmıştır. Genel bilgiler araştırmacılar tarafından hazırlanmış sosyodemografik veri formuyla hastadan ve aileden alınmıştır.

Aile ile Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG-ŞY) ile yapılandırılmış görüşmenin tüm modülleri yapılacak ve şimdiki ve geçmişe dönük dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, karşıt olma karşı gelme bozukluğu, davranış bozukluğu, psikotik bozukluklar, bipolar afektif bozukluk, panik bozukluk, depresyon, enüresis, enkopresis, özgül ve sosyal fobi, yaygın anksiyete bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, anoreksiya nervosa, bulimiya nervosa tanıları gözden geçirilmektedir. Görüşme hem çocuk hem ebeveynle gerçekleştirilmiştir. Görüşmede soruları algılamada güçlük çeken çocuklarda araştırmacının klinik görüşmesi ile tanı konulmuştur. Ayrıca okul reddi, sınav kaygısı, iletişim ve konuşma bozuklukları DSM-5 tanı kriterleriyle klinik görüşme sonucu tanı konulmuştur.

Ebeveyne çocuklar için yaşam kalitesi ölçeği (5-7 yaş, 8-12 yaş ve 13-18 yaş) - ana baba formu (PEDSQOL), Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)- yaşam kalitesi ölçeği kısa formu (WHOQOL BREF), durumluluk ve süreklilik kaygı envanteri ölçekleri (STAI-1, STAI-2), Beck depresyon ölçeği uygulanmıştır. Çocukların çoğu okur yazar olmadığı için çalışmanın standardizasyonu amaçlı çocuklara ölçek doldurtulmamış olup klinik görüşme yapılmıştır.

Vakaların standardizasyonu açısından her olgunun zeka bölümü kliniğimizde görevli psikologlar tarafından uygulanmış olan zeka testleriyle ölçülmüş ve toplam puanı 70'in üzerindeki vakalar alınmıştır.

3.4 İstatistiksel Analiz

Yapılan güç analizi hesaplaması ile %95 güven aralığında %20 hata payıyla %7 prevalans ile yapılan hesaplama sonucu 73 vaka alınması planlanmış olup, % 10 hastanın da çalışmaya çeşitli nedenlerle katılamama riski nedeniyle 79 vaka alınmıştır. Kontrol grubu olarak 77 vaka alınmıştır

İstatistiksel analizler için SPSS 18.0 paket yazılım programı kullanılmıştır. Çalışmada iki grup bulunmaktadır. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Pearson Ki-kare ve Fisher'in kesin testi kullanılmıştır. Teorik değerlerin herhangi biri 5 veya 5'ten küçük ise Fisher'in Kesin Testi kullanılmıştır. Sürekli verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov Testi ile ölçülmüştür. Sürekli değer alan değişkenlerin iki grup arası karşılaştırılmasında normal dağılım gösterenler bağımsız gruplarda T testi ile, normal dağılıma uymayan veriler ise Mann Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır. Bağımsız gruplarda T testinde t skoru kullanılırken, Mann Whitney U testine göre de Z skoru kullanılmıştır. Ayrıca gruplara düşen olgu sayısı 30'un altına indiğinde bağımsız iki grubun karşılaştırılmasında nonparametrik testlerden Mann Whitney U Testi kullanılmıştır.

Sonuçlar için istatistiksel anlamlılık düzeyi %95 güven aralığında $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir

Çalışmada süreklilik gösteren verileri arasında ilişkiyi belirlemek için Pearson korelasyonu uygulanmış olup, normal dağılım gösteren verilerde Pearson korelasyon katsayısı (r) verilmiştir. Normal dağılıma uymayan sürekli verilerin korelasyonunda Spearman korelasyon katsayısı esas alınmıştır.

Olgu ve kontrol grupları arasındaki doğum şekli, zor doğum varlığı, anne ve babada psikiyatrik ilaç kullanmayı gerektirecek psikiyatrik hastalık varlığı, aile bireylerinde öğrenme güçlüğü yakınması varlığı, tıbbi hastalık varlığı, tıbbi ilaç kullanımı, psikiyatrik ilaç kullanımı, okula geç başlama öyküsü, sınıf tekrarı varlığı, planlanan ve beklenen çocuk olup olmadığı, disleksi, disgrafi ve diskalküli varlığı,

ÖÖG şiddeti ve psikiyatrik eştanıların sıklıklarının karşılaştırılmasında Ki-Kare Testi kullanılmıştır. Teorik değerlerin herhangi biri 5 veya 5'ten küçük ise Fisher'in Kesin Testi kullanılmıştır. sürekli verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov Testi ile ölçülmüş, normal dağılıma uymayan veriler Mann Whitney U Testiyle kıyaslanmış, normal dağılıma uyan veriler ise Bağımsız Gruplarda T Testi ile karşılaştırılmıştır.

3.5 Etik

Bu tez çalışması için Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'ndan 07.06.2016 tarih ve 559 Karar no'lu onay alınmıştır. Tüm olguların kendilerinden sözel onam alınmış ve anne ve/veya babaları, çalışmaya katılmadan önce Gönüllü Bilgilendirme Formu'nu okumuş ve Onam Formu (EK-2)'nu imzalamıştır.

4. BULGULAR

4.1 Sosyodemografik Bulgular

Çalışmamıza 7-12 yaş aralığında toplam 156 çocuk dahil edilmiştir. Çalışmamızda ÖÖG olgu ve sağlıklı kontrol grubu olmak üzere iki grup bulunmaktadır: olgu grubuna 79 vaka, kontrol grubuna 77 vaka alınmıştır. Hasta grubunda erkek çocuk sayısı 47 (% 59,5), kontrol grubunda 48 (%62.3) idi ($p>0.05$). Her iki grup cinsiyet ve yaş açısından benzerdi.

Tablo 2: Gruplara göre cinsiyet dağılımı

	Erkek n (%)	Kız n(%)
Öög	47(59.5)	32(40.5)
Kontrol	48(62.3)	29(37.7)
Toplam	95(61)	61(39)

$\chi^2:0.132$ $p:0.716$

Olguların yaş ortalaması $9.54(\pm 1.68)$ iken kontrol grubunda $9,43(SS\pm 1.65)$ olarak hesaplanmıştır. Gruplar arasında yaş açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo:3).

Tablo 3: Gruplardaki çocukların yaş ortalamaları

	Ortalama	Standart sapma	Min	Max
ÖÖG olgu grubu (ay)	114.51	20.20	78	165
Sağlıklı kontrol grubu (ay)	113.21	19.87	83	155

Bağımsız gruplarda T testi: -0.405^* , $p:0.686$

Olguların tamamı eğitim hayatına devam etmekteydi. Olguların okudukları sınıflar sıklıklarına göre sırasıyla en sık 4. Sınıf (%25.6), 2. Sınıf (%21.2) ve 5. Sınıf

(%17.9) idi. Gruplardaki olgu ve kontrollerin sınıflara göre dağılımı ise Tablo 4’te gösterilmiştir.

Tablo 4: Gruplardaki çocukların sınıfları

	1. sınıf	2. sınıf	3. sınıf	4. sınıf	5. sınıf	6. sınıf	7. sınıf	8. sınıf
ÖÖG grubu n(%)	5 (6.3)	17 (21.5)	14 (17.7)	22 (27.8)	9 (11.4)	8 (10.1)	3 (3.8)	1 (1.3)
Kontrol grubu n(%)	1 (1.3)	16 (20.8)	8 (10.4)	18 (23.4)	19 (24.7)	7 (9.1)	7 (9.1)	1 (1.3)
Toplam n(%)	6 (3.8)	33 (21.2)	22 (14.1)	40 (25.6)	28 (17.9)	15 (9.6)	10 (6.4)	2 (1.3)

P>0.05

Annelerin eğitim durumları ise ortalama aldıkları eğitim yılı olarak hesaplandığında olgu grubunda 6.70 ± 3.49 , kontrol grubunda 7.94 ± 4.75 hesaplanmış olup gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır (Z:-1.057, p: 0.29). Babaların ortalama eğitim yılları ise olgu grubunda 7.35 ± 3.42 , kontrol grubunda 9.27 ± 4.31 bulunmuştur. Annelerin eğitim durumlarından farklı olarak gruplarda babaların eğitim yılları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır (Z:-2.931, p:0.003). Ebeveynlerin eğitim durumlarının dağılımı Tablo:5’te gösterilmiştir.

Tablo 5: Ebeveynlerin eğitim düzeyleri

	Olgu		Kontrol	
	Anne n(%)	Baba n(%)	Anne n(%)	Baba n(%)
Okur-yazar	9 (10.5)	5(6.4)	5(6.5)	1(1.3)
İlkokul	33(41.8)	37(46.8)	37(48.1)	28(36.4)
Ortaokul	17(21.5)	11(14)	9(11.7)	10(13)
Lise	12(15.2)	21(26.6)	9(11.7)	17(22.1)
Üniversite	8(10.1)	5(6.3)	17(22.1)	21(27.3)

Çalışmaya katılan gruplarda anne ve babaların çalışma durumları bakımından karşılaştırıldığında her iki grup benzerdi. Tablo 6’da aile dağılımlarının karşılaştırılması verilmiştir.

Tablo 6: Anne ve babaların çalışma durumları açısından kıyaslanması

	Çalışıyor	Çalışmıyor	Emekli
	n(%)	n(%)	n(%)
Olgu anne	14 (17.7)	63 (79.7)	2 (2.5)
Olgu baba	75 (96.2)	1 (1.3)	2 (2.6)
Kontrol anne	16 (20.8)	61 (79.2)	0
Kontrol baba	72 (93.5)	3 (3.9)	2 (2.6)

p>0.05

Hasta ve kontrol grubunda anne ve baba yaşları ortalaması arasında annelerin yaş ortalamalarının kıyaslanmasında anlamlı olarak daha büyük saptanmıştır (t :-2.473, p:0.014). Yine gruplar arasında babaların yaş ortalamaları kıyaslandığında olgu grubunda baba yaş ortalaması kontrol grubundan anlamlı olarak daha büyüktü. (t :-2.349, p<0.05).

Çalışmaya katılan olguların aile yapısı dağılımları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (χ^2 : 7.094, p: 0.029). Bu farklılığın her iki grupta da benzer oranda çekirdek veya geniş aile yapısı varken, olgu grubunda dağılmış aile yapısı oranının fazla olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Aile tipi dağılımı tablo 7’de gösterilmiştir.

Tablo 7: Grupların aile yapılarının karşılaştırılması

	Çekirdek (%)	Geniş n(%)	Dağılmış n(%)
Olgu	59 (74.7)	9 (11.4)	11 (13.9)
Kontrol	68 (88.3)	7 (9.1)	2 (2.6)
Toplam	127 (81.4)	16 (10.3)	13 (8.3)

χ^2 :7.094 p: 0.029

Olguların 28’i (%35.4) ilk çocuk iken kontrol grubunda 48’i(%62.3) evin ilk çocuğuydu (χ^2 : 12.148, p <0.05). Olguların 61’i (%74.6), kontrol grubunun ise 68’i

(%88.3) iki veya üç kardeşe sahipti. Kardeş sayısı açısından anlamlı farklılık mevcuttu ($p<0.05$).

Çalışmaya alınan gruplar arasında aile gelir düzeyleri açısından anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 8: Gruplar arasında ailelerin aylık gelir dağılımları karşılaştırılması

	Ortalama $\pm$ SS	Min	Max	Z	P
Olgu aile total geliri	2393.67 $\pm$ 1359.9	500	10000	-0.948	0.343
Kontrol aile total geliri	2874.03 $\pm$ 3089.98	0	18500		

Z: mannwhitney u testi

Grupların sınıf düzeyleri ve ebeveynlerine ait veriler tablo 9’da verilmiştir.

Tablo 9: Olguların sosyodemografik özelliklerinin kıyaslanması

	Olgu	Kontrol	T*/z**	p
Sınıf ortalama	3.68 $\pm$ 1.61	4.19 $\pm$ 1.64	-1.998**	0.046
Baba yaşı	41.67 $\pm$ 5.63	39.52 $\pm$ 5.81	-2.349*	0.020
Baba eğitim	7.35 $\pm$ 3.42	9.27 $\pm$ 4.31	-2.931**	0.003
Anne yaşı	37.65 $\pm$ 5.91	35.32 $\pm$ 5.81	-2.473*	0.014
Anne eğitim	6.70 $\pm$ 3.49	7.94 $\pm$ 4.75	-1.057**	0.290
Kardeş sayısı	2.58 $\pm$ 1.02	2.3 $\pm$ 0.67	-1.940**	0.052

T*: Bağımsız gruplarda t testi, z**: Mann Whitney U testi

4.2 Olgu ve Kontrol Gruplarının Klinik Verilerinin Karşılaştırılması

Çalışmaya alınan gruplar yaş ve boy açısından benzerdi. Tıbbi hastalık varlığı açısından kıyaslandığında gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($\chi^2:0.004$, p:

0.951). Ayrıca tıbbi ilaç kullanan fakat değerlendirme esnasında akut tabloda olmayan hastaların tıbbi ilaç kullanımları açısından da anlamlık farklılık saptanmamıştır (χ^2 :0.072, p: 0.788).

Olgu grubunun okumayı ve yazmayı öğrenme süreleri kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak daha geçti (tablo 10).

Tablo 10: Grupların klinik özellikler açısından karşılaştırılması

	Olgu	Kontrol	T*/z**	P
Okuma sınıfı	1.97±1.13	1.09±0.33	-5.989**	0.000
Yazma sınıfı	1.91±1.25	1.06±0.30	-5.164**	0.000
Özel eğitim süresi	1.34±1.57	0	-7.348**	0.000

*T: bağımsız gruplarda t testi skoru

**Z: Mann Whitney U testi

Hastaların WÇZÖ-Y sözel puan ortalaması 82.78±15.19, performans ortalaması 96.30±17.11 ve total puan ortalaması 88.38±14.49 idi. Kontrol grubuna zeka testi yapılmamış olup, klinik olarak normal zekada olduğu öğrenilen, okuma yazmayı zamanında öğrenen çocuklar alındı.

Tablo11: Olguların zeka puanları ortalaması

	Ortalama	SS
Sözel altpuan	82.78	15.19
Performans altpuanı	96.3	17.11
Total puan	88.38	14.49

Gruplar arasında sınıf tekrarı açısından bakıldığında olgu ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılık saptanmadı (fisher'in kesin testi, p:0.059). Ayrıca gruplar arasında okula geç başlama açısından karşılaştırma yapıldığında olgu grubunda geç okula başlama daha fazla mevcuttu ve kontrol grubundan anlamlı olarak farklıydı (fisher'in kesin testi, p:0.028)

Olguların okumayı öğrenme sınıfları ortalama 1.97 ± 1.13 iken, kontrol grubunun ortalaması 1.09 ± 0.33 saptandı ($Z : -5.989$, $p:0.000$). Benzer şekilde yazmaya başlama seviyeleri de daha geçti ($Z : -5.164$, $p:0.000$)

Olgu grubunda ortalama özel eğitim alma yılı 1.34 ± 1.57 idi. Olgular arasında 1 vakanın özel eğitim alma süresi 6 yıl iken, 37 vaka henüz özel eğitim almamıştı ($n:37$ (%46.8)).

Olguların zor doğum varlığı açısından kıyaslandığında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($\chi^2:0.874$, $p:0.171$). Olguların doğum zamanları açısından kıyaslandığında çoğu miadında doğmuştu ($\chi^2:0.413$, $p:0.520$). Olgu grubunda 6 hastada erken doğum öyküsü mevcutken, kontrol grubunda 3 hastada erken doğum mevcuttu ($p>0.05$).

Gruplar arasında ailenin planladığı gebelik varlığı olgu grubunda 47(%59.5), kontrol grubunda 68 (%88.3) olarak saptandı ve gruplar arasında anlamlı farklılık vardı($\chi^2:16.714$, $p:0.000$). Ailelerin çocuğun cinsiyetini bekledikleri gibi olma durumu açısından kıyasladığımızda olgu grubuna 57 aile (%72.2), kontrol grubunda 75 aile (%97.4) bulundu. Gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık mevcuttu ($\chi^2:19.099$, $p:0.000$).

Annede psikiyatrik tedavi almayı gerektiren psikopatoloji varlığı olgu grubunda 34 (%43), kontrol grubunda 8 (%10.4) saptandı ($\chi^2:21.126$, $p:0.000$). Babada psikiyatrik tedavi gerektiren psikopatoloji varlığı olgularda 15 (%19), kontrol grubunda 1(%1.3) saptandı ($\chi^2:13.255$, $p:0.000$). Akrabalarda psikiyatrik tedavi gerektiren psikopatoloji varlığı olgu grubunda anlamlı olarak daha fazlaydı ($\chi^2:15.705$, $p:0.000$). Sosyodemografik veri formuna ailelere öğrenme güçlüğü yaşayıp yaşamadıkları, çocukluklarında öğrenme sorunları varlığı sorgulandığında hem anne hem de babalarda anlamlı olarak farklılık saptandı (sırasıyla anne ve babada $\chi^2:11.909$, $p:0.001$ ve $\chi^2:19.833$, $p:0.000$).

15 (%19) vakada ağır şiddetli ÖÖG varken, 64(%81) vakada hafif şiddetli ÖÖG vardı. Okuma, yazma ve matematik bozukluklarının birlikteliği tablo 12’de gösterilmiştir. Ayrıca cinsiyete göre öğrenme bozukluğu tipleri ve şiddetinin kıyaslanması tablo 13’te verilmiştir.

Tablo 12: Olguların öğrenme bozukluğu alttiplerinin dağılımı

	N(%)
Okuma ve yazma ve matematik bozukluğu	41 (51.9)
Okuma ve yazma bozukluğu	29 (36.7)
Okuma ve matematik bozukluğu	3 (3.8)
Yazma ve matematik bozukluğu	1 (1.3)
Tek başına okuma bozukluğu	3 (3.8)
Tek başına yazma bozukluğu	1 (1.3)
Tek başına matematik bozukluğu	1(1.3)

Tablo13: Olgu grubunda ÖÖG şiddeti ve alttiplerinin karşılaştırılması

	Kız n(%)	Erkek n(%)	p
Ağır ÖÖG	7 (8.9)	8 (10.1)	0.589
Yazma bozukluğu	30 (38)	42 (53.2)	0.695
Okuma bozukluğu	32(40.5)	44 (55.7)	0.268
Matematik bozukluğu	20 (25.3)	26 (32.9)	0.525

ÇDŞG-ŞY yarı yapılandırılmış ölçeğiyle taranan eştanı sıklığının gruplar arasında karşılaştırılması tablo 14'te gösterilmiş olup olgu grubunda anlamlı olarak daha sıklı.

Tablo 14: Gruplar arasında en az bir eştanı varlığı açısından karşılaştırma

	Var n(%)	Yok n(%)	χ^2	P
ÖÖG olgu	74 (47.4)	5 (3.2)	46.733	0.000
Kontrol	33 (21.2)	44 (28.2)		

Cinsiyete göre en az bir eş tanı alma sıklığı karşılaştırıldığında her iki cinsiyetin de eş tanı sıklığının anlamlı olarak yüksek olduğu tablo 15'te gösterilmiştir.

Tablo 15: Cinsiyet ve gruplar arasında eşanı varlığı açısından farklılık

		Var n(%)	Yok n(%)	X²	P
Kız	Hasta	29 (47.5)	3 (4.9)	20.796	0.000
	Kontrol	10 (16.4)	19 (31.1)		
Erkek	Hasta	45 (47.4)	2 (2.1)	26.703	0.000
	Kontrol	23 (24.2)	25 (26.3)		

ÖÖG ve sağlıklı kontrol grubu eşanı varlığı açısından karşılaştırıldığında depresyon, sosyal fobi, özgül fobi, AAB, DEHB, KOKG açısından olgu grubu daha sık tanı almıştır ve tüm tanımlar tablo 16'da gösterilmiştir.

Tablo 16: Gruplar arasında ÇDŞG-ŞY ile ölçülen eşanı sıklığının karşılaştırılması

	Olgu n(%)	Kontrol n(%)	x²	P
Depresyon	15(19)	1(1.3)	13.255	0.000
Anksiyete bozukluğu	44(55.7)	20(26)	14.238	0.000
YAB	6(7.6)	2(2.6)	2.002	0.157
Sosyal fobi	14(17.7)	3(3.9)	7.676	0.006
Özgül fobi	30(38)	14(18.2)	7.544	0.006
AAB	17(21.5)	2(2.6)	13.052	0.000
OKB	3(3.8)	3(3.9)		1.000
Dışaatım bozuklukları	8(10.1)	10(13)	0.313	0.576
Enuresis	5(6.3)	9(11.7)	1.371	0.242
Enkopresis	3(3.8)	4(5.2)		0.718
Yıkıcı davranış bozukluğu	73(92.4)	14(18.2)	87.087	0.000
DEHB	71(89.9)	7(9.1)	101.786	0.000
KOKG	37(46.8)	10(13)	21.222	0.000
DB	3(3.8)	0(0)		0.245
Tik bozukluğu	7(8.9)	9(11.7)	0.339	0.561

YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu, AAB: Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu, OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk, DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, KOKG: Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu, x²: Pearson chi kare değeri

Cinsiyetler arasında toplamda eşanı açısından farklılık saptanmamıştır (tablo 17). Olgu ve kontrol grupları cinsiyete göre eşanı açısından karşılaştırıldığında da farklılık saptanmamıştır (tablo 18). Tek tek hastalıklar ele alındığında tüm gruplar

arasında kızlarda depresyon sıklığı erkeklere göre daha fazla iken, olgu ve kontrol grupları ayrı ayrı bakıldığında bu farklılık ortadan kalkmış görünmektedir. Diğer tanıların karşılaştırılması tablo 19’da gösterilmiştir.

Tablo 17: Cinsiyete göre eştanı varlığı

	Var n (%)	Yok n(%)	Toplam n(%)	x²	P
Kız	39 (25)	22 (14.1)	61 (39.1)	1.008	p>0.05
Erkek	68 (43.6)	27 (17.1)	95 (60.9)		

Tablo 18: Grupların cinsiyete göre eştanı varlığı açısından karşılaştırılması

		Var n(%)	Yok n(%)	x²	P
Olgu grubu	Kız	29 (36.7)	3 (3.8)	0.842	0.359
	Erkek	45 (57)	2 (2.5)		
Kontrol grubu	Kız	10 (13)	19 (24.7)	1.332	0.248
	Erkek	23 (42.9)	25 (32.5)		

Tablo 19: Cinsiyete göre eş tanı varlığının karşılaştırılması

	Kız n - %	Erkek n - %	p
Depresyon	10 (6.4)	6 (3.8)	0.043*
YAB	2 (1.3)	6 (3.8)	0.401
Sosyal fobi	7 (4.5)	10(6.4)	0.853
Özgül fobi	22 (14.1)	22 (14.1)	0.080
AAB	6 (3.8)	13 (8.3)	0.473
OKB	1 (0.6)	5 (3.2)	0.405
Enuresis	6 (3.8)	8 (5.1)	0.763
Enkopresis	2 (1.3)	5 (3.2)	0.706
DEHB	29 (18.6)	49 (31.4)	0.623
KOKG	20 (12.8)	27 (17.3)	0.562
Davranım bozukluğu	0	3 (1.9)	0.281

YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu, AAB: Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu, OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk, DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, KOKG: Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu

Her iki grubun aldıkları eşitlikler cinsiyete göre kıyaslandığında tanı sıklığı açısından farklılık saptanmamıştır (tablo 20).

Tablo 20: Grupların eş tanı sıklığının cinsiyete göre karşılaştırılması

	Olgu kız n (%)	Olgu erkek n(%)	p	Kontrol kız n(%)	Kontrol erkek n(%)	p
Depresyon	9 (11.4)	6 (7.6)	0.088	1 (1.3)	0	0.377
YAB	2 (2.5)	4 (5.1)	0.710	0	2 (2.6)	0.524
Sosyal fobi	6 (7.6)	8 (10.1)	0.843	1 (1.3)	2 (2.6)	1.000
Özgül fobi	15 (19)	15 (19)	0.179	7 (9.1)	7 (9.1)	0.292
AAB	6 (7.6)	11 (13.9)	0.621	0	2 (2.6)	0.524
OKB	1 (1.3)	2 (2.5)	1.000	0	3 (3.9)	0.286
Enuresis	2 (2.5)	3 (3.8)	1.000	4 (5.2)	5 (6.5)	0.722
Enkopresis	1 (1.3)	2 (2.5)	1.000	1 (1.3)	3 (3.9)	1.000
DEHB	27 (34.2)	44 (55.7)	0.258	2 (2.6)	5 (6.5)	0.704
KOKG	19 (24.1)	18 (22.8)	0.065	1 (1.3)	9 (11.7)	0.080
Davranım bozukluğu	0	3 (3.8)	0.268	0	0	
Tik bozukluğu	3 (3.8)	4 (5.1)	1.000	3 (3.9)	6 (7.8)	1.000

YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu, AAB: Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu, OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk, DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, KOKG: Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu.

DEHB alttiplerine olgu ve kontrol grubunda ayrı ayrı ve cinsiyete göre bakıldığında her iki grupta da cinsiyet açısından farklılık saptanmamıştır (tablo 21).

Tablo 21: Grupların cinsiyetle ilişkili DEHB alttiplerine göre karşılaştırılması

		DE alttipi	Mixt tip	p
Olgu n (%)	Kız	14 (19.4)	14 (19.4)	0.253
	Erkek	16 (22.2)	28 (38.9)	
Kontrol n(%)	Kız	1 (14.3)	1 (14.3)	1.000
	Erkek	1 (14.3)	4 (57.1)	

4.3 Ebeveynin ve Çocuğun Yaşam Kalitesiyle İlişkili Veriler

Tablo 22’de görüldüğü üzere annelerin depresyon, sürekli ve durumluluk anksiyete puanları ve annenin yaşam kalitesi ölçeği tüm altölçeklerinin puanları açısından farklılık yokken çocukların yaşam kalitelerinde gruplar arasında fiziksel, emosyonel, sosyal ve okul altölçeklerinde farklılık mevcuttu.

Olgu grubunda PEDSQOL – ebeveyn formunda çocuğun yaşam kalitesiyle ilişkili altölçeklerden fiziksel, duygusal, sosyal ilişkisel ve okulla ilişkili veriler tüm alttestlerde kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha düşüktü ($p<0.000$).

Tablo 22: Olgu ve kontrol gruplarının ebeveynleri tarafından doldurulmuş ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Olgu ort±SS	Kontrol ort±SS	T*/z**	P
BDE	12.22±9.44	10.27±7.68	-0.887**	0.375
STAI-s	38.41±9.51	38.65±9.89	0.153*	0.878
STAI-t	44.83±7.55	43.86±8.09	-0.777*	0.439
PEDSQOL-E-fiziksel	66.22±18.57	79.90±18.43	4.618*	0.000
PEDSQOL-E-duygusal	57.72±20.92	76.17±17.9	5.911*	0.000
PEDSQOL-E-sosyal	59.94±22.5	89.35±15.03	-7.646**	0.000
PEDSQOL-E-okul	43.67±18.65	79.48±18.93	11.901*	0.000
WHOQOL-fiziksel iyilik	66.37±18.44	68.05±15.67	-0.446**	0.656
WHOQOL- psikolojik	64.30±18.01	66±17.94	-0.589**	0.556
WHOQOL- çevresel	62.32±18.34	63.94±17.48	0.564*	0.574
WHOQOL- sosyal ilişki	61.47±23.36	66.7±21.42	-1.276**	0.202

BDE: Beck Depresyon Envanteri, STAI-s: durumluluk kaygı envanteri- durumluluk kaygı altölçeği, STAI-t: durumluluk kaygı envanteri-sürekli kaygı altölçeği, PEDSQOL-E:Çocuklar için yaşam kalitesi ölçeği- ebeveyn formu, WHOQOL: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği

T*: Bağımsız gruplarda T testi skoru

Z**: Mann Whitney U testi skoru

Beck depresyon ölçeğinde depresyon için kesim değerinin 17 alındığında gruplar arasında kıyaslama yapıldığında anlamlı farklılık gösterilmemiştir (tablo 23). Gruplar cinsiyete göre bölündüğünde de farklılık saptanmamıştır (tablo 24).

Tablo 23: Ebeveynlerin gruplara göre Beck depresyon puanının 17'nin üzerinde olması

	17 puan altı n(%)	17 ve üstü n(%)
ÖÖG	59 (37.8)	20 (12.8)
Kontrol	64 (41)	13 (8.3)

χ^2 : 1.667 p:0.197

Tablo 24: Ebeveynlerde çocukların cinsiyetine göre BDE puanının 17 nin üzerinde olması

	17 puan altı n(%)	17 ve üstü n(%)
Kız	51 -32.7	10 -6.4
Erkek	72 -46.2	23 -14.7

χ^2 : 1.361 p:0.243

Toplam aile gelirinin gruplara göre çocuğun (tablo 25) ve ebeveynin (tablo 26) yaşam kalitesi ölçekleriyle kıyaslanması gösterilmiştir.

Tablo 25: Gruplarda toplam aile geliri ile çocuğun yaşam kalitesi ilişkisi

	PEDSQOL-E fizik		PEDSQOL-E emosyon		PEDSQOL-E sosyal		PEDSQOL-E okul	
	r	p	r	p	r	p	r	p
ÖÖG aile toplam geliri	-0.012	0.915	0.178	0.116	0.115	0.311	-0.017	0.883
Kontrol aile toplam geliri	0.172	0.135	0.101	0.384	0.123	0.286	0.075	0.518

Tablo 26: Gruplarda toplam aile geliri ile ebeveynin yaşam kalitesi ilişkisi

	WHOQOL fizik		WHOQOL psikolojik		WHOQOL sosyal		WHOQOL çevresel	
	r	p	r	p	r	p	r	p
ÖÖG aile toplam geliri	0.158	0.163	0.097	0.397	0.050	0.662	0.272	0.015*
Kontrol aile toplam geliri	0.246	0.031*	0.195	0.090	0.240	0.035*	0.343	0.002**

Eştanıların ve ÖÖG şiddetinin çocuğun (tablo 27) ve ebeveynin (tablo 28) yaşam kalitesiyle karşılaştırılması gösterilmiştir.

Tablo 27: ÖÖG olgularının klinik özelliklerinin çocuğun yaşam kalitesiyle karşılaştırılması

	PEDSQOL-E fizik		PEDSQOL-E emosyon		PEDSQOL-E sosyal		PEDSQOL-E okul	
	z	P	z	p	z	p	z	p
ÖÖG şiddeti	-1.189 ^z	0.235	-0.125 ^z	0.900	-0.320 ^z	0.749	-0.402 ^z	0.688
Herhangi bir eştanı varlığı	-1.320 ^z	0.187	-1.657 ^z	0.098	-1.525 ^z	0.127	-1.709 ^z	0.88
Komorbid depresyon	-1.820 ^z	0.069	-3.036 ^z	0.002	-1.693 ^z	0.090	-2.040 ^z	0.041
Komorbid DEHB	-1.586 ^z	0.113	-2.014 ^z	0.044	-1.370 ^z	0.171	-1.404 ^z	0.160
Komorbid KOKG	-1.003 ^z	0.316	-1.213 ^z	0.225	-1.311 ^z	0.190	-0.735 ^z	0.462
Komorbid anksiyete bozukluğu	-1.506 ^z	0.132	-2.060 ^z	0.039	-1.927 ^z	0.054	-1.006 ^z	0.314
Komorbid tik	-1.269 ^z	0.204	-0.710 ^z	0.478	-2.112 ^z	0.035*	-0.147 ^z	0.883
Komorbid dışaatım bozukluğu	-0.732 ^z	0.464	-1.916 ^z	0.055	-2.519 ^z	0.012*	-1.820 ^z	0.069

Z: Mann Whitney U testi skoru, *p<0.05

Tablo 28: ÖÖG olguların klinik özelliklerinin ebeveynin yaşam kalitesiyle karşılaştırılması

	WHOQOL- fiziksel		WHOQOL- psikolojik		WHOQOL- sosyal		WHOQOL- çevresel	
	z	p	z	p	z	p	z	p
ÖÖG	-1.842	0.065	-0.744	0.457	-0.466	0.641	-0.132	0.895
şiddeti								
Herhangi	-0.476 ^z	0.634	-0.832 ^z	0.405	-0.173 ^z	0.863	-0.813 ^z	0.416
bir eştanı								
varlığı								
Komorbid	-1.899 ^z	0.058	-1.311 ^z	0.190	-0.624 ^z	0.533	-0.713 ^z	0.476
depresyon								
Komorbid	-0.580 ^z	0.562	-0.434 ^z	0.664	-0.737 ^z	0.461	-1.705 ^z	0.088
DEHB								
Komorbid	-0.376 ^z	0.707	-1.050 ^z	0.294	-0.901 ^z	0.367	-1.299 ^z	0.194
KOKG								
Komorbid	-2.130 ^z	0.033*	-2.368 ^z	0.018*	-0.990 ^z	0.322	-1.354 ^z	0.176
anksiyete								
bozukluğu								
Komorbid	-0.625 ^z	0.532	-1.105 ^z	0.269	-1.278 ^z	0.201	-1.271 ^z	0.204
tik								
Komorbid	-1.349 ^z	0.177	-1.106 ^z	0.269	-1.728 ^z	0.084	-0.180 ^z	0.857
dışaatım								
bozukluğu								

Z: Mann Whitney U testi skoru, *p<0.05

ÖÖG grubunda çocuğun yaşam kalitesinin fiziksel altölçeği hariç diğer alanları olumsuz yönde etkilenmektedir (tablo 29).

Tablo 29: Hasta grubunda annede depresyonun çocuğun yaşam kalitesiyle ilişkisi

		BDE	PEDSQOL-E fizik	PEDSQOL-E emosyon	PEDSQOL-E sosyal	PEDSQOL-E okul
BDE	r	1	-0.194	-0.464**	-0.244*	-0.275*
	p	.	0.086	0.000	0.030	0.014

Ebeveynin durumluluk ve süreklilik kaygı puanlarının çocuğun yaşam kalitesiyle ilişkisi tablo 30’da gösterilmiştir. Hasta grubunda durumluluk kaygı puanı fiziksel ve emosyonel altölçekle olumsuz ilişkide olup negatif korelasyon göstermektedir. Annenin süreklilik kaygı puanı çocuğun emosyonel ve okulla ilişkili yaşam kalitesiyle negatif korelasyon göstermektedir (tablo 30).

Tablo 30: Hasta grubunda annenin anksiyete durumunun çocuğun yaşam kalitesiyle ilişkisi

		PEDSQOL-E fizik	PEDSQOL-E emosyonel	PEDSQOL-E sosyal	PEDSQOL-E okul
Durumluluk kaygı	r	-0.250*	-0.254*	-0.150	-0.158
	p	0.028	0.025	0.190	0.168
Sürekli kaygı	r	-0.119	-0.371**	-0.121	-0.227*
	p	0.299	0.001	0.293	0.045

ÖÖG grubunda ebeveynin sosyal altöçeğiyle çocuğun fiziksel iyilik hali arasında negatif korelasyon bulunmuştur (tablo 31). Ayrıca ebeveynin psikolojik altölçek puanıyla çocuğun sosyal altölçek puanı pozitif korelasyon göstermiştir.

Tablo 31: ÖÖG grubunda annenin yaşam kalitesinin çocuğun yaşam kalitesiyle ilişkisi

		PEDSQOL-E fizik	PEDSQOL-E emosyonel	PEDSQOL-E sosyal	PEDSQOL-E okul
WHOQOL fiziksel	r	0.087	0.145	-0.093	0.057
	p	0.444	0.204	0.415	0.618
WHOQOL psikolojik	r	0.114	0.218	0.004	0.142
	p	0.317	0.053	0.970*	0.213
WHOQOL sosyal	r	-0.496**	0.171	0.020	0.031
	p	0.000	0.133	0.862	0.786
WHOQOL çevresel	r	-0.026	-0.014	-0.106	0.039
	p	0.823	0.902	0.351	0.733

5. TARTIŞMA

5.1 Olguların Sosyodemografik ve Akademik Özellikleri

Çalışmamızda Bakırköy Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Psikiyatri kliniğimize başvuran ve ÖÖG tanısı almış çocuklar ve ebeveynlerinin yaşam kalitesi, sosyodemografik özellikleri, klinik faktörlerin ve eştanıların bu duruma etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Çalışmamıza aldığımız 7-13 yaş arası ÖÖG olgusu ve sağlıklı kontrol gruplarıyla yapılan detaylı klinik görüşmelerle elde edilen veriler sonucunda ÖÖG tanısı almış çocuklar ve sağlıklı olarak nitelendirilen çocuklar arasında sosyodemografik ve klinik veriler incelendiğinde yaş, cinsiyet, sınıf ve aile gelir düzeyleri arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. ÖÖG tanılı çocuklarda düşük sosyoekonomik seviyenin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği bilinmektedir (138), (139). Bulgularımıza göre sosyoekonomik düzey düşük olmakla beraber kontrol grubunda yaşam kalitesi ve aile gelir düzeyi açısından pozitif ilişki mevcutken, olgu grubunda yaşam kalitesi ve aile gelir düzeyi arasında ilişki saptanmamıştır. Bu bulgu, literatürle uyumlu bulunmuştur.

Olgu grubumuzda erken doğum oranı (n:6 (%3.8)), kontrol grubuna (n:3 (%1.9)) göre istatistiksel açıdan farklı bulunmamış olmakla beraber, olgu grubunda sayıca daha fazla erken doğum görülmüştü. Erken doğan çocuklarda aileden uzak kalma ve diğer tıbbi durumlara bağlı ebeveynlik stresinin fazla olması nedeniyle ailede yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir. Ayrıca erken doğum nörogelişimsel bozukluklar, davranışsal problemler ve öğrenme bozuklukları açısından riskli bulunmuştur (140). Bulgularımız literatürle uyumlu olmakla beraber vaka sayısının bu hesaplama için az olması nedeniyle ileri hesaplama yapılmamıştır.

Olgu grubunda 17 (%10.9) vakada zor doğum mevcutken, kontrol grubunda 24 (%15.4) vakada zor doğum saptanmıştır ($p>0.05$). Nörogelişimsel bozuklukların gelişimin ilk dönemlerinden itibaren bireyi etkilemesi ve hayatın ilk gününden itibaren belirtilere yol açması nedeniyle zor doğum öyküsüyle ilişkili olduğu bilinmekle beraber çalışmamızda bunu destekleyen bir veri saptanmamıştır (2). Bu sonuç, elde ettiğimiz verinin geçmişe dönük sorgulanması ve ailenin öznel değerlendirmesiyle elde edildiği için güvenilirliği düşük ve yanlış olma ihtimali olan bir bulgudur.

ÖÖG olgu grubumuzda anne ve baba yaşlarının her ikisi de kontrol grubuna kıyasla daha yüksek saptanmıştır ($p<0.05$). Yaklaşık yirmi yıl önce doğumların %25 inde orta-ileri yaşa sahip baba varlığı mevcutken, 10 yıl öncesinde bu oran %40'lara çıkmıştır. Geç yaşlarda çocuk sahibi olmanın getirdiği ileri anne yaşı kromozom anomalilerine yol açarken, spermin babanın hayatı boyunca birçok zarar gördüğü düşünülmektedir. Geç baba yaşı çocuklarda nörobilişsel bozulmalara yol açmasıyla bilinmektedir (141). Ayrıca literatürde OSB, MR, şizofreni ve disleksi hastalarıyla yapılan çalışmalarda baba yaşının IQ ile ters orantılı olduğu bildirilmiştir (141), (142), (143). Araştırmamıza göre anne ve baba yaşlarının kontrol grubuna kıyasla yüksek olması literatürü destekler nitelikteydi.

Ebeveynde geçmişe dönük sorgulanan 2. sınıfa kadar okuma yazmayı öğrenememe, okul hayatında öğrenme sorunları varlığı kontrol grubuna kıyasla oldukça fazlaydı ($p<0.001$). Disleksiyle ilişkili ilk çalışmalardan itibaren dislektik aile varlığı ve genetik altyapı çalışmaları desteklenmektedir (51), (70), (144). Yakın zamanda yapılan araştırmalar, ebeveynin okuma yazma becerilerinin çocuğun okuma yazma becerileri açısından önemli bir gösterge olduğu kabul edilmekte ve kuşaklar arası çoklu defisit modeli öne sürülmektedir (145), (146). Bu çalışmalarda aynı zamanda ailesel risk taşıyan bireylerin %33-66 civarında disleksi tanısı alma sıklığı bildirilmiştir. Bu bulgu literatürü desteklemekle birlikte, ailesel geçişin çalışmamızda da sık olduğu görülmekle beraber, bunu ölçebilecek objektif değerlendirme aracı kullanılmamıştır (147).

Olgu grubumuzda vakaların çoğunluğu yani 29 (%36.7) vaka evin ikinci çocuğuyken kontrol grubunda evin birinci çocuğu olma sıklığı 48 (%62.3) idi ve istatistiksel olarak daha fazlaydı ($p<0.05$). Ayrıca yine ailenin ilk çocuğu olmanın ve akademik problemin olmasının da yaşam kalitesini etkilediği bilinmektedir (5). Hasta örneklemimizde ilk çocuk olma sıklığının diğer çalışmalara kıyasla daha az olması örneklem grubumuzda ailelerin ilk çocuktaki öğrenme sorunlarının ihmal etmeleriyle ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda bir diğer bulgu ise kardeş sayısı açısından karşılaştırma yapıldığında ortalama olarak hasta grubunun daha fazla sayıda kardeşe sahip olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Bu da ebeveynin evde çocuğun ödevlerine yardımcı olmasında ve ek alıştırma, okumalar yapmasında kontrole kıyasla daha az vakit ayırdığını düşündürmektedir.

5.2 Olguların Klinik Özellikleri ve Psikiyatrik Eş Tanılar

ÖÖG olgularımıza uygulanmış olan zeka testleri sonucunda sözel IQ ve performans IQ puanı ortalaması arasında yaklaşık 14 puanlık fark saptanmıştır. ÖÖG ile yapılan çalışmalarda birçok kez bu farkın üzerinde durulmuştur. Ülkemizde yapılan bir araştırmada çalışmaya dahil edilen 7-11 yaş arası 98 çocukta yapılan WISC-R sözel alttestlerinde daha düşük puan aldıkları gösterilmiştir (148), (149). Olgu grubumuzda da benzer şekilde sözel ve performans alttest puanları arasındaki yaklaşık 14 puanlık fark literatürü desteklemektedir.

ÖÖG olgu grubunda okuma, yazma ve matematik bozukluğu alttiplerinin birlikteliği (%51.9) en sık saptanan durum iken, ikinci sıklıkta okuma ve yazma bozukluğu birlikteliği (%36.7) saptandı. Alttiplerin tek başına görülme sıklığı oldukça düşüktü (%6.4). Son çalışmalar doğrultusunda öğrenme bozukluklarında tek bir defisit varlığından söz etmenin zor olması ve genelde farklı tiplerin üst üste binme durumu oldukça sıktır (150). DSM-5 ile tüm alttiplerin bir başlık altında birleştirilmesiyle bu farklılık ortadan kaldırılmış olmakla beraber bulgularımızda da binişiklik durumunun sık olması literatürle uyumludur (38). Bu farklılığın çalışmamızın klinik örnekleme ve destek eğitim gerektirecek kadar işlevselliğin bozulduğu olgularla yapılmış olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda ÇDŞG-ŞY ile yapılan görüşme sonucunda en az bir ek tanı almış olma durumu olgu grubunda 74 (%47.4) iken, kontrol grubunda 33 (%21.2) saptanmış olup olgu grubunda komorbidite varlığı oldukça yüksekti ($p<0.001$). Çocukların çoğu zamanlarını okulda geçirmeleri ve sosyal ve akademik yaşamlarının çoğunu da burada geçirmeleri nedeniyle ÖÖG tanılı çocukların benlik saygısı ve ruh sağlığı gelişimini etkilemesi kaçınılmazdır. Bulgularımız da ÖÖG ile psikiyatrik eştanı sıklığının fazla olduğunu desteklemektedir.

En az bir eştanı sıklığı cinsiyete göre bakıldığında toplamda kız ve erkek hastalar benzer bulunurken ($p>0.05$), gruplar cinsiyete göre ayrım yapıldığında kız olgular, sağlıklı kızlara göre ($p<0.001$); erkek olgular da sağlıklı erkeklere göre daha sık eştanı almıştı ($p<0.001$). Gruplar kendi içinde değerlendirildiğinde ÖÖG tanılı grupta istatistiksel olarak anlamlı olmasa da sayıca erkek (%59.5) olgular fazlaydı

($p>0.05$). Literatürde erkek olguların oranının daha çok olduğu gösterilmiştir (150). Kız erkek farkını açıklayacak bilinen bir sebep olmamakla beraber erkeklerin okuma- yazma sorunlarının daha çok olduğu, kızların ise aritmetik sorunlarının daha fazla olduğu ve bu nedenle de altta yatan eksikliklerin farklı mekanizmalardan kaynaklandığı öngörülmektedir (150). Bulgularımız kız ve erkek cinsiyet açısından istatistiksel farklılık olmamasına rağmen sayıca erkeklerin fazla olduğu ve literatüre kıyasla bu farklılığın erkeklerin daha çok işlevsel bozulma göstermeleriyle ilişkili olabileceğini ve sık başvuruda bulunabileceklerini düşündürmektedir.

Olgu grubunda eştanılar arasında en sık görülen durumlar sırasıyla DEHB, KOKG, özgül fobi, AAB, depresyon ve sosyal fobiydi. Cinsiyete göre kıyasladığımızda depresyon kızlarda daha sıklıkla. Gruplarda cinsiyete göre herhangi bir eştanının daha sık olduğu saptanmamıştır. Literatür incelendiğinde kız olgularda içe atım sorunlarının, erkek olgularda dışa yönelim sorunlarının daha sık olduğu gösterilmiştir (151). Olgu grubumuzda depresyon, anksiyete bozuklukları, DEHB ve KOKG karşılaştırıldığında cinsiyetler arası farklılık olmaması, fakat toplam olgu sayımız baz alındığında depresyonun kızlarda daha sık olması önceki çalışmalara kıyasla vaka yaş ortalamamızın küçük olması ve bu yaş grubunda depresif bozukluğun sık görülmemesiyle ilişkili olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmamızda en sık görülen bozukluklar sıklık sırasına göre tartışılmıştır.

5.2.1 Yıkıcı Davranış Bozuklukları

Çalışmamızda en önemli bulgu; olgu grubunda, kontrol grubuna göre oldukça fazla oranda Yıkıcı Davranış Bozukluğu eşlik etmekteydi ve en sık eşlik eden tanılar DEHB ve KOKG idi. Çalışmamızda davranım bozukluğu sıklığının düşük olması bu yaş aralığında nadir görülmesine bağlı olabileceği düşünülmektedir. DEHB alttiplerine göre ayırdığımızda ise en sık görülen alttipin mixt tip olduğu, en az görülen alttipin de hiperaktif- impulsif tip olduğu gözlenmiştir.

DEHB ve ÖÖG sıklıkla komorbid durumlar olup ülkemizde yakın zamanda yapılan DEHB'li hastalarda %34 ÖÖG, % 21 de KOKG bozukluğu eşlik ettiği saptanmıştır (152). ÖÖG tanılı çocuklarla yapılan bir komorbidite çalışmasında ise

DEHB %33, anksiyete bozukluğu %28.8, gelişimsel koordinasyon bozukluğu %17.8, dil bozuklukları %11, duygudurum bozuklukları %9.4 bulunmuştur (96).

ÖÖG tanılı çocuklarda %30-50 oranında DEHB eşlik etmekte olup tedavi edilmeyen olguların ailelerin yaşam kalitesini etkilediği bilinmektedir. Çocuğun ebeveyn üzerindeki duygusal etkisi, genel davranışlar, ebeveynin vaktinin çoğunu alması üzerine etkisi ve psikososyal işlevselliğini kötü etkilediği saptanmıştır (6), (119). Çalışmamıza katılan olgular arasında tek başına ÖÖG veya tek başına DEHB olgusu saptamadığımızdan eştanı sıklığı açısından gruplar arası karşılaştırma yapılamadı. Bulgularımızda literatürle uyumlu olarak en sık eştanı DEHB idi fakat eştanı oranımız literatüre oranla oldukça yüksekti (%89.9). Bu farklılık ÖÖG ile dışa yönelen bozuklukların birlikteliğinde ailelerin DEHB belirtilerine yönelik tedaviye başlamaları sonrasında ÖÖG tanısı almalarından kaynaklanabileceğini düşündürmektedir.

ÖÖG ve DEHB birlikteliğiyle ilgili görüşleri iki başlıkta açıklayabiliriz. Birincisi ÖÖG ile DEHB dikkat eksikliği bulguları klinikte benzer şekilde dikkat hataları, öğrenme sorunları, derse ilgisizlik sergilemekte ve ayırt etmek zorlaşmaktadır. İkincisi bu bozukluklar ortak genetik etiyolojik kökene bağlı nörogelişimsel bozukluklar olduğundan birlikteliği çok sıktır (6), (153), (154).

5.2.2 Anksiyete Bozuklukları

Çalışmamızda en sık görülen kaygı bozuklukları sırasıyla özgül fobi, AAB ve sosyal fobiydi. Tüm kaygı bozuklukları olgu grubunda %55.7, kontrol grubumuzda %26 idi. Vakalarımızın yaş ortalaması yaklaşık 9.5 idi. 8-15 yaş arası yeni ÖÖG tanısı almış çocuklarda anksiyete bulguları yaşlıtlarına göre daha fazladır. Bir çalışmada ÖÖG grubunda klinik anksiyete oranı yaklaşık %25 iken kontrol grubunda yaklaşık %4.5 saptanmıştır. 8-11 yaş arasındaki çocuklarda 12-15 yaş arasındaki çocuklara oranla daha fazla anksiyete saptanmıştır (155). Bulgularımıza göre kaygı bozukluklarının literatüre kıyasla oldukça yüksek olmasının sebebi yaş ortalamamızın küçük olması ve ergenlik öncesi yaş grubunda anksiyete sıklığının ergenliğe kıyasla daha yüksek olması olabilir. Ayrıca özgül fobi oranının her iki grupta da oldukça yüksek olması ve bu yaş grubunda özgül fobinin oldukça sık olması da kaygı oranını oldukça artırmış olabilir.

ÖÖG olgularımızda eşlik eden herhangi bir anksiyete bozukluğu olması ebeveynin fiziksel ve psikolojik yaşam kalitesi puanlarıyla negatif korelasyon göstermiş olup sosyal ve çevresel altölçekleri etkilememiş gibi görünmektedir. Bir çalışmada anksiyete bozukluğunun sık eşlik etmesiyle ilgili teorilere göre; ÖÖG ile ortaya çıkan sorunlar; öğrenme güçlüğüne yol açan sebebin kaygı bozukluğu olması veya serebral disfonksiyonun sık komorbiditeye yol açmış olabileceği düşünülmektedir (155). Bulgumuzu açıklayacak uygun bir açıklama olmamakla birlikte örneklem yaş grubunun kaygı sorunlarının sık olması ve bu sorunların ebeveyne bağımlı olunan bir yaş aralığında olunması ve kaygıyı yatıştırması beklenen kişilerin anne veya baba olması nedeniyle, ailede psikolojik ve fiziksel yaşam kalitesi bozulmasına yol açmış olabilir.

Özgül fobi sıklığı kontrol grubunda %18.2, hasta grubunda %38 saptanmıştır. Literatürde en sık görülen tanılardan özgül fobinin yıllık yaygınlığı %8-12.5 olarak belirtilmiştir (156), (157). Ülkemizde yapılan bir toplum tarama çalışmasında özgül fobi %11 saptanmıştır (158). Hasta grubu anlamlı olarak daha yüksek saptanmakla beraber, kontrol grubumuzun da normal sağlıklı çocuklara kıyasla daha sık tanı aldığı görülmektedir. Bunun sebebi gelişimsel olarak çocukluk döneminde özgül fobi sıklığının fazla olması, ailelerin psikiyatriye başvuracak derecede sorun olmadığını düşünmesi ve belirgin işlevsel bozulmaya yol açmaması olabilir. Özgül fobinin ÖÖG grubumuzda yüksek saptanmasıyla ilgili olarak bozukluğun içe atım bozukluğu olması ve hastaların öz bildirimlerinin kanaat oluşturmamızda daha çok etkili olmasına bağlı gibi gözükmektedir.

Hasta grubunda AAB sıklığı %21.5 iken kontrol grubunda %2.6 saptanmıştır. Literatüre göre ÖÖG olgularında ayrılık kaygısı sık birlikte görülmektedir (159),(160). Bu durum bulgularımızla benzer olup birlikteliği açıklayacak bir mekanizma bilinmemektedir. Kaygı bozukluklarına yatkınlığın ÖÖG grubunda topluma kıyasla daha fazla olmasıyla ilişkili olabileceği düşünülmektedir (155).

ÖÖG grubunda sosyal fobi eştanısı %17.7 iken kontrol grubunda %3.9 bulunmuştur. Yakın zamanda yapılan bir çalışmada ÖÖG tanılı çocukların tipik gelişen kontrollere kıyasla daha sık sosyal kaygı oranları bildirdiği gösterilmiştir. Yazarlar yaklaşık %17-24 oranında saptanan kaygı durumunun, kızlar ve erkekler arasında değişmediğini saptamıştır (161). Çocukluk çağında ÖÖG ve içe atım bozukluklarıyla

ilgili yapılmış bir gözden geçirme yazısında ÖÖG varlığının depresyon ve anksiyete bozukluğu açısından risk faktörü olduğu saptanmıştır (151), (162). Bu çocuklarda düşük benlik saygısı, sosyal içe çekilme ve kötü kendilik imajı depresif ve anksiyöz semptomlarla yakından ilişkili bulunmuştur. Olgu grubumuzda da literatürle uyumlu olarak sosyal kaygının daha sık olduğu saptanmıştır. Yine cinsiyetler arası farklılık olmaması da literatürle benzerdir.

5.2.3 Depresyon

ÖÖG grubumuzda depresyon sıklığı %19 iken, kontrol grubumuzda %1.3 saptanmıştır. ÖÖG tanılı çocuklarda bilişsel eksikliklerine ek olarak öz etkinliğin sınırlı olması, ödevlerle ilgili kötü geri bildirimler ve motivasyonsuzluk, öğrenilmiş çaresizlik ve sosyal uyum sağlamada zorluklar kısır bir döngüye girmekte ve önceki çalışmalarla gösterildiği gibi depresyona eğilimi artırmaktadır. ÖÖG'nün tedavi edilmesiyle depresif semptomlar da gerileme göstermekte olup iki bozukluğun birbirini karşılıklı etkilediği düşünülmektedir (151). ÖÖG tanılı 53 çocukla yapılmış bir ölçek çalışmasında çocuk tarafından bildirilen depresyon oranı %36 civarında saptanmış olup, ebeveyn ve çocuk bildirimleri açısından fark saptanmamıştır (163). Bu bulgu çocuğun ve ebeveynin depresif semptomları tahmin etme oranlarının benzer olduğunu desteklemektedir. Çalışmamızda da yarı yapılandırılmış klinik görüşmeler yardımıyla hem ebeveyn hem çocukla ayrı ayrı görüşme yaparak tanılar doğrulanmıştır. Elde edilen bulgulara göre literatürle uyumlu olarak kontrol grubuna kıyasla daha sık depresif bozukluk saptanmıştır. Çocukluk çağında depresyonun farklı klinik özelliklerle prezente olması da tanınmasını güçleştirmiş olabileceği için de literatüre kıyasla daha az depresyon tanısı sıklığı saptanmış olabilir.

ÖÖG tanılı kızlarda depresyon oranı %11.4 iken erkeklerde %7.6 saptanmıştır. Kızlarla erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı olmasa da kızlar erkeklere göre sayıca daha çok depresyon tanısı almıştı. Çalışmamızdaki bu farklılık kızların daha sık depresyon tanısı aldığını bildiren çalışmalarla uyumludur (164).

Bir başka çalışmada ise ÖÖG dışı yönelim bozuklukları için risk oluşturmazken, depresyon ve anksiyete gibi içe atım bozuklukları için tek başına risk faktörü olabileceği belirtilmektedir (164).

Kontrol grubumuzda depresyon oranı %1.3 saptanmıştır. Ülkemizde yapılan bir tarama çalışmasında depresyon sıklığı ilkokul çocukları arasında yaklaşık %3 saptanmıştır (158). Bu çalışmamızda literatürden farklı olarak daha az saptanmış olma sebebi içe atım bozukluğu olan bir tanının kinik bir görüşmeyle konulmuş olması ve çocuklara ölçek doldurtulmamasıyla ilişkili olabilir.

Olgularımızda bipolar bozukluk saptanmaması çalışmamızda bipolar bozukluğun dışlama kriteri olması ve bu yaş grubunda oldukça az görülmesinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

5.2.4 Diğer Psikiyatrik Hastalıklar (Enüresis, Enkopresis, Okul Reddi)

Örnekleminizde olgu ve kontrol grubu arasında dışa atım bozuklukları açısından farklılık bulunmamıştır. Fakat dışa atım bozukluğu olan ÖÖG grubunda çocuğun yaşam kalitesinin sosyal altölçeği ile negatif korelasyon göstermiştir. Enuresis nokturna tanılı çocuklarda ve ebeveynlerinde yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği diğer çalışmalarla gösterilmiştir (165). Enuresis ve enkopresis birlikteliği olan çocukların tek başına enuresis veya enkopresis olan çocuklara göre yaşam kaliteleri daha düşük saptanmıştır. Literatüre göre tedavi sonrası çocukların yarısına yakınında semptomlar gerilemekte ve yaşam kaliteleri artmaktadır. Fakat ailelerde yaşam kalitesi tedavi sonrası da düzelmemektedir (166). Örneklemin grubumuzda olgu grubuna kıyasla daha düşük sayıda enuresis ve/veya enkopresis saptanması, ülkemizde ebeveynlerin bu sorunları bozukluk belirtisi olmaktan çok ailesel geçişle ilişkili olduğunu düşünüp tedavi aramamasından kaynaklanıyor olabileceği düşünülmektedir. Olgu grubumuzda daha fazla sosyal altöçek bozulması göstermesi ise çocukların halihazırda deneyimledikleri olumsuz yaşantılara ek bu sorunun da utandırıcı olabileceğini düşünmelerine bağlı daha fazla sosyal etkilenmeleriyle ilişkili olabilir.

Hasta grubunda klinik görüşmede 5 hastada sınav kaygısı, 6 okul reddi, 1 selektif mutizm, 5 hastada konuşma bozukluğu tespit edilmiştir. İstatistiksel olarak vaka sayısı yetersiz olduğundan ileri analize alınmamıştır. Okul reddi, sınav kaygısı ve konuşma bozuklukları ÖÖG’nde sıklıkla beklenen sorunlardır (14), (120) (167). Literatürde çocuğun benlik saygısını artırmak ve okul başarısını artırmak için altta yatan sınav kaygısı, okul sorunları ve okul devamsızlığını azaltmanın önemi vurgulanmaktadır (14). Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak sayıca sık görülmekle

beraber daha geniş örneklemlili çalışmalara ihtiyaç vardır. Klinikte bu bozuklukların taranmasının ek sorunları azaltacağı öngörülmektedir.

5.3 Ebeveyn ve Çocuğun Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler

ÖÖG şiddetinin hafif veya ağır olması çocuğun yaşam kalitesinde farklılığa yol açmamıştır. Bu bulgu ÖÖG tanısı varlığının, bozukluğun şiddetinden bağımsız olarak çocuğun yaşam kalitesinin etkilendiğini düşündürmektedir.

ÖÖG grubunda DEHB ve anksiyete bozukluğu eştanısı yaşam kalitesinin emosyonel altölçeğinde bozulmaya yol açarken, depresyon varlığı hem sosyal hem emosyonel altölçeklerde anlamlı olarak bozulmaya yol açmıştır. Çocuğun ebeveynde hem depresyon hem de kaygıyla daha fazla emosyonel bozulma göstermesi beklenen bir bulgu iken, ebeveyndeki depresyonun çocuğun sosyal hayatını dolaylı olarak kısıtlaması, daha az sosyal ilişki kurulacak ortama girmesi ve annenin sosyal ilişkilerden daha az zevk almasıyla ilişkili olabilir.

Ebeveynlerle klinik bir görüşme yapılmamış olmasına rağmen Beck depresyon puanı için kesim değerine göre gruplar kıyaslandığında hasta grubumuzda kontrollere göre anlamlı fark çıkmasa da daha fazla kesim değerinin üstünde ebeveyn olduğu gösterilmiştir. Bu bulgumuz diğer çalışmalarda gösterilen sonuçlarla benzer olup yazınla ve hipotezimizle uyum göstermektedir (12).

ÖÖG olgu grubumuzda ebeveynin Beck depresyon puanı 12.22 iken, kontrol grubunda 10.27 saptanmıştır. Gruplar arasında istatistiksel anlamlılık saptanmasa da olgu grubu daha yüksek puan almıştır. ÖÖG tanısı almış çocuğun tedavisinin temel iki hedefi vardır: okuma ve yazma eksikliklerini gidermek ve eşlik eden psikiyatrik hastalıkları tedavi etmek. Ebeveynin de öğretmeninin önerisiyle evde daha çok alıştırmaya çalışması, çocuğun evde ders çalışmaya isteksiz olması, uzun süren ödevler, düzenli çalışmaya rağmen başarısızlıkla karşılaşmak çocukta ve ebeveynde umutsuzluğa ve depresyona yol açabilmektedir (15), (98). Çalışmamızın hipotezi olan ebeveynin depresyonunun artması hem çocuğun hem ebeveynin yaşam kalitesini olumsuz etkilemesi bulgularımızla da desteklenmektedir. ÖÖG grubunun ebeveynlerinde, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı olmasa da daha yüksek depresyon puanı ve süreklilik kaygı puanları bulunmuştur. Çocuğun form doldurmaması

ve depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesi ölçeklerini sadece ebeveynin doldurması nedeniyle bulgular ebeveynin bakış açısını yansıtmaktadır.

Olgu grubunda çocuğun fiziksel altölçek puanı etkilenmezken, emosyonel, sosyal ve okul puanları negatif yönde etkilenmektedir. ÖÖG tanılı çocuklarda yapılan bir öz bildirim çalışmasında psikososyal sağlığın, fiziksel sağlıktan daha çok bozulduğu bildirilmektedir (123). Ebeveynin ölçek doldurduğu bir diğer çalışmada yaşam kalitesinin genel anlamda bozulduğu bildirilmiştir (5). Bulgularımız ebeveynin bildirdiği fiziksel, emosyonel, sosyal ve okul puanlarının kontrol grubuna kıyasla daha düşük olduğunu göstermiştir ve önceki çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Çocuğun ölçek doldurma ve anlamada zorluk yaşamasından dolayı ölçek doldurtulmamış olup çocukların kendi bildirimleriyle yaşam kalitelerinin ebeveynleri tarafından bildirilen yaşam kalitesi puanı uyumuna bakılamamıştır. Hasta grubumuzda ebeveynin depresyon puanlarının daha yüksek olması da çocuğun yaşam kalitesini olumsuz etkilemiş olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda ÖÖG olan çocukların ebeveynlerinde durumluluk kaygı puanı 38.41 iken, kontrol grubunda 38.65 saptanmış olup istatistiksel farklılık saptanmamıştır. Sürekli kaygı puanı olgu grubunda 44.83 iken, kontrol grubunda 43.86 saptanmış olup istatistiksel farklılık saptanmamıştır. ÖÖG temel olarak akademik alanda işlevselliği bozmakta ve öğretmenler tarafından aileye evde daha çok çaba göstermeleri tavsiye edilmektedir. Buna bağlı olarak ebeveynlerin evde ödevler ve sorumlulukları yerine getiremeyen çocuklarıyla birçok alanda çatışma yaşayabileceği düşünülmektedir (81). Bu bulgular literatürden farklı olarak örneklem grubumuzun tedaviye başlamış olması, klinik görüşmeler esnasında psikoeğitim verilmiş olması nedeniyle ebeveynlerin çocuğun zorluklarıyla başa çıkma becerilerinin artmış olmasından kaynaklanıyor olabilir. Ayrıca ÖÖG’nde ailelerde çocuğun yetersizlikleri nedeniyle sürekli olarak kaygıya ve düş kırıklığına maruz kalmaları, ebeveynlerin kaygıyla daha başarılı baş etme becerileri geliştirmiş olabileceğini düşündürmektedir.

ÖÖG tanılı çocukların ebeveynlerinde yaşam kalitesi bozulması önceki çalışmalarla bildirilmiştir (8). Çalışmamızda ebeveynin yaşam kalitesiyle ilgili elde edilen verilere göre annenin depresyon ve anksiyete puanlarıyla yaşam kalitesi altölçekleri ters yönde korelasyon göstermektedir. Buna göre ebeveynin depresyonunun

ve anksiyetesinin tedavi edilmesi, hem ebeveynin hem de çocuğun yaşam kalitesini artırabileceğini desteklemektedir (155), (168).

ÖÖG grubunda ebeveynin yaşam kalitesi altölçeklerinin kontrol grubuna kıyasla daha düşük olduğu görülmekte fakat istatistiksel anlamlılık elde edilmemiştir. Olgu ve kontrol grupları arasında sosyal ilişki altölçeğinde 5 puanlık fark saptanmıştır. Ülkemizde ÖÖG tanısı alan çocukların ve ebeveynlerinin yaşam kalitesi hakkında yapılan çalışmalar oldukça yetersizdir. Yakın zamanda yapılan çalışmalardan birinde ÖÖG çocukların ebeveynlerinde WHOQOL-BREF ölçeğiyle ölçülen ebeveynin yaşam kalitesiyle ilişkili psikolojik sağlık ve sosyal ilişkiler altölçekleri daha çok bozulma göstermiştir (12). Çalışmamızda benzer olarak ÖÖG tanılı çocuğa sahip ebeveynlerde en çok bozulma sosyal altölçek alanında gösterilmiştir. Bulgularımıza göre ÖÖG ailede fiziksel, psikolojik ve çevresel alanları etkilememekle birlikte ailelerin çocuğun yetersizliklerine ve etiketlenmesine maruz kalması, sosyal yaşamı için ayırabileceği vaktin kısılması ve sosyal desteğinin de buna bağlı olarak azalması sosyal yaşam kalitesi puanını düşürmüş olabilir.

Çocuğun ebeveyn tarafından belirtilen yaşam kalitesi, ebeveynin depresyon ve anksiyete puanlarıyla negatif ilişki göstermiştir. Çalışmamızda ÖÖG tanılı çocukların yaşam kalitesini yordayan en önemli unsurların ebeveynin depresyon ve anksiyete durumu olduğu gösterilmiştir. Ayrıca sosyoekonomik değişkenlerin olgu ve kontrol grubunda eşleştirilmiş olması bu bulguyu güçlendirmektedir.

ÖÖG grubunda fiziksel altölçek puanı ve annenin depresyon puanı arasında ilişki saptanmamıştır. DEHB'li çocuklarla yapılan bir çalışmada hasta çocukların PEDSQOL puanları anlamlı olarak daha düşük saptanmıştır. Psikososyal işlevselliğin fiziksel işlevsellikten daha düşük olması da bir diğer bulgudur (169). DEHB bireylerde fiziksel aktivitenin bozulmaması nedeniyle PEDSQOL ölçeğiyle bakılan yürüme, koşma, ağırlık kaldırma gibi fiziksel aktiviteye yönelik puanın düşmemesi beklenen bir bulgudur. ÖÖG de benzer durumda fiziksel aktiviteyi kısıtlayan bir bozukluk olmadığı için çalışmamızda olgu grubunda ebeveynin depresyonu ile çocuğun fiziksel aktivitesi arasında ilişki saptanmamıştır. Bu bulgu literatürü destekler niteliktedir (170).

Bildiğimiz kadarıyla ülkemizde ÖÖG tanılı çocukların komorbidite oranlarının yarı yapılandırılmış görüşme tekniğiyle araştırıldığı ve ebeveynin ve çocuğun yaşam

kalitesinin eş tanı sıklığından etkilenmesini ölçen ilk çalışmadır. Çalışmamızın ÖÖG tanısı ve takibinde dikkat edilmesi gereken hususlar konusunda klinisyene katkı sağladığı düşünülmektedir

5.4 Sınırlılıklar

ÖÖG tanısı olan çocuklarla sağlıklı kontroller arasında yapılan karşılaştırmalarda sosyodemografik veriler açısından benzerlik saptanması çalışmamızı güçlendirmekle birlikte seçilen örneklem ve kullanılan gereçlerden kaynaklanan bazı kısıtlılıklar mevcuttur.

Araştırmamız tek merkezli ve daha çok üçüncü basamak tedavi birimi şeklinde hizmet vermekte olan bir hastanede yapılmış olması çalışmamızın güçlü yanlarından biridir. Birimimize başvuran hastaların bireysel özel eğitim almayı gerektirecek şiddette hastalar olması eştanı oranının fazla olmasını açıklayabilir. Eş tanı oranının fazla olmasına rağmen yaşam kalitesinin ebeveyende düşük saptanmaması düşük sosyoekonomik seviyeye bağlı eğitim ihmalinden veya ebeveynin de öğrenme güçlüğünden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Vakalarımızın ebeveynlerinde yaşam kalitesi puanlarının beklediğimiz üzere olumsuz etkilenmemesinin, ebeveynlerin yarı yapılandırılmış görüşmenin uzun sürmesinden ve ölçekleri doldurmaktan sıkılıp soruları okumadan yanıt vermiş olmaları ihtimalini düşündürmektedir.

Geçmiş dönük verilerin sorgulanmasında hatırlama yanlılığının akılda tutulması gerekmektedir.

Çalışmamız tek görüşmeden oluşan kesitsel desenli tanımlayıcı bir çalışma olduğundan bulgular tüm topluma genellenememektedir.

Çalışmamızın kısıtlılıklarından biri yarı yapılandırılmış görüşmeyle taranabilecek hastalıkların taranması ve iletişim bozuklukları, okul reddi, performans kaygısı gibi ölçekte yer almayan tanılarının taranmamış olmasıdır.

İçe atım sorunlarının çoğunlukla öz bildirime dayalı olması ve hasta çocukların dili anlama ve çözme sorunlarının eşlik etmesi tanı sıklığını doğru belirtmemiş olabilir.

ÖÖG ailesel geçişli bir bozukluk olduğundan formları dolduran ebeveynlerin de soruları anlayamamış olması muhtemeldir. İleri çalışmalarda ailelerin de tanısai görüşme amaçlı zeka testlerine alınması tanısai doğruluğu artıracaktır.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Çalışmamızda, ÖÖG tanısı alan çocukların kontrol grubuna kıyasla oldukça yüksek oranda eş tanı varlığı saptanmıştır. En sık saptanan eş tanımlar sıklık sırasına göre, DEHB, KOKG, özgül fobi, AAB ve depresyondur. Yıkıcı davranış bozuklukları yazına kıyasla oldukça fazla görülmüş olup, kliniğimizin üçüncü basamak bir tedavi merkezi olması, eğitim ihtiyacı daha belirgin olan çocukların daha sık başvurusu ve yıkıcı davranışların daha erken başvuruya sebep olmasıyla ilişkili gibi görünmektedir.

ÖÖG’de klinik durumun ilerlemesine neden olabilecek risklerin, ailesel faktörlerin ve psikiyatrik eş tanımların belirlenmesi ve erken dönemde müdahale edilmesi koruyucu hekimlik açısından önemli görünmektedir.

İçe atım bozuklukları da yazına kıyasla oldukça sık görülmekte olup, vakalarımızın bozukluk şiddetinin fazla olmasıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir. Cinsiyete göre karşılaştırıldığında kızlarda daha sık depresyon görülmüştür. ÖÖG, ebeveyn çocuk ilişkisini birçok açıdan etkilediği için klinisyenin çocuğun psikososyal desteklerini, depresyon ve anksiyeteye yatkınlığını, anneyle güvensiz bağlanmasını, akademik sorunlarını ayrıntılı incelemesi önerilmektedir. Anneyle bağlanması iyi olan ve akran grubuna uyumlu çocukların daha az depresif semptom tariflemesi nedeniyle bu açıdan çocuğun taranması ve desteklenmesi önem kazanmaktadır (151).

Ebeveynin depresyon ve kaygı puanlarının çocuğun yaşam kalitesini olumsuz etkilediği ve ebeveynin tedavisiyle çocuğun da yaşam kalitesinin düzeleceği öngörülmektedir.

Düşük sosyoekonomik seviye, erken doğum, ileri anne ve baba yaşı, kardeş sayısının fazla olması, ailede öğrenme güçlüğü öyküsü varlığında ÖÖG açısından risk artmış olup detaylı klinik inceleme önerilmektedir.

ÖÖG yaygın olarak bilinmediği için hastaların tanı almasıyla sorun başlangıcı arasında uzun yıllar geçmekte ve erken müdahale şansı azalarak çocuğun uzun dönem zorluklardan korunması zorlaşmaktadır (20), (81). Hastaların erken tanı alması konusunda pediatrik uzmanlar da öğrenme ve davranış bozuklukları konusunda hastalık semptomları açısından uyanık olmalıdırlar (171).

Hastalarımızın dinlediğini anlama, konuşulanı çözme becerileri kısıtlı ve yanıt verme süreleri normale göre uzamıştı ama bunu test edebilecek ölçüm aracı kullanılmadı. Gelecek çalışmalarda ileri testlerle hastalardaki iletişim sorunlarını ölçecek yöntemlerin de kullanılması önerilebilir.

Literatürde yapılan izlem çalışmalarında disleksinin bazı olgularda kalıcı olmadığını destekleyen bulgular olması nedeniyle erken okul yıllarında okuma ve yazma çalışmaları ve destek eğitimin yaygınlaşması ve yakın klinik izlem önerilmektedir (146). Ayrıca yapılacak müdahalelerin etkinliğini saptamak için hastaların ve ailelerinin tedavi öncesi ve sonrası yaşam kalitesi ve eş tanı sıklığının yarı yapılandırılmış yöntemlerle değerlendirilmesiyle yapılan müdahalelerin etkinliği anlaşılabilecektir.

Ailelerin ÖÖG tanılı çocuklarının beklenen kapasitelerini yakalayıp yakalayamayacağı konusunda kaygıları olabilir. Çocuğun ihtiyaçlarını aileyle beraber değerlendirdikten sonra ev ve okul arasındaki iletişimin güçlenmesi, okuma yazma kazanımının artmasına destek olabilir. Ebeveynlerle çocukları için işbirliği kurulması çocuğun hangi şekilde daha iyi öğrendiğini anlamamıza ve sonuçların ne yönde ilerlediğini öğrenmemizi sağlayacaktır. Çocuğun öğrenme sorunu yaşadığında veya başarısız olduğunda duygusal açıdan etkilenmesi de kaçınılmazdır. Burada çocuğun benlik saygısını güçlendirmeye yönelik destekleme gerekebilir. Ailelerden çocuğun başarılı taraflarını öne çıkarmanın, birlikte okuma yapmanın, hafıza oyunları oynamanın yararlı olabileceğine dair bildirimler alınmıştır (125).

Çalışmamızda bulguların kesitsel olması nedeniyle uzunlamasına çalışmalarla nedensellik ilişkisinin araştırılması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Pierce K. Neurodevelopmental Disorders: Specific Learning Disorder, Communication Disorders, and Motor Disorders. Rutter Textbook of Child and Adolescent Psychiatry, Sixth Edition ed: American Psychiatric Pub; 2015;2:702-718.
2. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. American Psychiatric Association. 2013;5th Edition.
3. Hulme C, Snowling MJ. Developmental disorders of language learning and cognition: John Wiley & Sons; 2009:1-37.
4. Shaywitz SE, Shaywitz BA. Dyslexia (specific reading disability). Biological psychiatry. 2005;57(11):1301-1309.
5. Karande S, Bhosrekar K, Kulkarni M, Thakker A. Health-related quality of life of children with newly diagnosed specific learning disability. Journal of tropical pediatrics. 2009;55(3):160-169.
6. Germano E, Gagliano A, Curatolo P. Comorbidity of ADHD and dyslexia. Developmental neuropsychology. 2010;35(5):475-493.
7. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Social science & medicine (1982). 1995;41(10):1403-1409.
8. Ginieri-Coccossis M, Rotsika V, Skevington S, Papaevangelou S, Malliori M, Tomaras V, et al. Quality of life in newly diagnosed children with specific learning disabilities (SpLD) and differences from typically developing children: a study of child and parent reports. Child: care, health and development. 2013;39(4):581-591.
9. Craig F, Operto FF, De Giacomo A, Margari L, Froli A, Conson M, et al. Parenting stress among parents of children with Neurodevelopmental Disorders. Psychiatry research. 2016;242:121-129.
10. Liles BD, Newman E, LaGasse LL, Derauf C, Shah R, Smith LM, et al. Perceived child behavior problems, parenting stress, and maternal depressive symptoms among prenatal methamphetamine users. Child Psychiatry & Human Development. 2012;43(6):943-957.
11. Jozefiak T, Larsson B, Wichstrom L, Wallander J, Matthejat F. Quality of Life as reported by children and parents: a comparison between students and child psychiatric outpatients. Health and quality of life outcomes. 2010;8:136.
12. Karande S, Kulkarni S. Quality of life of parents of children with newly diagnosed specific learning disability. Journal of postgraduate medicine. 2009;55(2):97-103.

13. Varni JW, Burwinkle TM. The PedsQL as a patient-reported outcome in children and adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: a population-based study. *Health and quality of life outcomes*. 2006;4:26.
14. Karande S, Kulkarni M. Poor school performance. *The Indian Journal of Pediatrics*. 2005;72(11):961-967.
15. Dyson LL. Fathers and mothers of school-age children with developmental disabilities: parental stress, family functioning, and social support. *American journal of mental retardation : AJMR*. 1997;102(3):267-279.
16. Hedov G, Anneren G, Wikblad K. Self-perceived health in Swedish parents of children with Down's syndrome. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*. 2000;9(4):415-422.
17. Allik H, Larsson JO, Smedje H. Health-related quality of life in parents of school-age children with Asperger Syndrome or High-Functioning Autism. *Health and quality of life outcomes*. 2006;4(1):1-8.
18. Korkmazlar Ü. Özel öğrenme bozukluğu (öğrenme güçlükleri). Ben hasta değilim: Çocuk sağlığı hastalıklarının psikososyal yönü. 1999:285-309.
19. Snowling MJ, Hulme C. Annual Research Review: The nature and classification of reading disorders—a commentary on proposals for DSM-5. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2012;53(5):593-607.
20. Toro K, Balazs J. [The importance of early diagnosis and intervention in children diagnosed with reading disorder. Case studies]. *Neuropsychopharmacologia Hungarica : a Magyar Pszichofarmakologiai Egyesület lapja = official journal of the Hungarian Association of Psychopharmacology*. 2015;17(2):99-103.
21. Birliği AP. Amerikan Psikiyatri Birliği: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Dördüncü Baskı Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV-TR). 2000.
22. Rudiger M. Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder and Reading Disability: A Review of the Efficacy of Medication Treatments. *BMC pediatrics*. 2016;7:988.
23. Rutter M, Caspi A, Fergusson D, Horwood LJ, Goodman R, Maughan B, et al. Sex differences in developmental reading disability: new findings from 4 epidemiological studies. *Jama*. 2004;291(16):2007-2012.
24. Shapiro BK, Gallico RP. Learning disabilities. *Pediatric clinics of North America*. 1993;40(3):491-505.

25. Roongpraiwan R, Ruangdaraganon N, Visudhiphan P, Santikul K. Prevalence and clinical characteristics of dyslexia in primary school students. *Journal of the Medical Association of Thailand = Chotmai het thangphaet*. 2002;85(4):1097-1103.
26. Landerl K, Moll K. Comorbidity of learning disorders: prevalence and familial transmission. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 2010;51(3):287-294.
27. Moll K, Landerl K. Double dissociation between reading and spelling deficits. *Scientific Studies of Reading*. 2009;13(5):359-382.
28. Shalev RS, Manor O, Gross-Tsur V. Developmental dyscalculia: a prospective six-year follow-up. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 2005;47(02):121-125.
29. Corlu M, Özcan O, gcaron, Korkmazlar Ü. The potential of dyslexic individuals in communication design education. *Behavioural neurology*. 2007;18(4):217-223.
30. Lerner JW. *Children with learning disabilities: theories, diagnosis, teaching strategies*: Houghton Mifflin School; 1976.
31. Hinshelwood J. Four cases of congenital word-blindness occurring in the same family. *The British Medical Journal*. 1907:1229-1232.
32. Gaddes WH. *Learning disabilities and brain function: A neuropsychological approach*: Springer Science & Business Media; 2013.
33. Clements SD. *Minimal brain dysfunction in children. Children with learning problems* New York: Brunner/Mazel. 1973.
34. Snowling MJ. Changing concepts of dyslexia: nature, treatment and comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2012;53(9):e1-e3.
35. Birim KG. Özgül Öğrenme Bozukluğu. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği*. 2016;2. Baskı:87-95.
36. Bingöl A. Ankara'daki İlkokul 2. ve 4. Sınıf Öğrencilerinde Gelişimsel Disleksi Oranı. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*. 2003;56(02):67-82.
37. Erden G, Kurdoğlu F, Uslu R. İlköğretim okullarına devam eden Türk çocuklarının sınıf düzeylerine göre okuma hızı ve yazım hataları normlarının geliştirilmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2002; 13(1):5-13
38. Birliği AP. *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-V-TR). Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan çev Köroğlu, E Ankara: Hekimler Yayın Birliği*. 2014.

39. Dickson R. [Is a specific disorder of arithmetic skills as common as reading/spelling disorder?]. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*. 2009;37(6):499-510; quiz 1-2.
40. Hodgkins P. A cross-sectional study to assess the prevalence of DSM-5 specific learning disorders in representative school samples from the second to sixth grade in Brazil. *European child & adolescent psychiatry*. 2016;25(2):195-207.
41. Zahn-Waxler C, Shirtcliff EA, Marceau K. Disorders of childhood and adolescence: Gender and psychopathology. *Annu Rev Clin Psychol*. 2008;4:275-303.
42. Ramus F. Neurobiology of dyslexia: A reinterpretation of the data. *TRENDS in Neurosciences*. 2004;27(12):720-726.
43. Castrogiovanni P, Iapichino S, Pacchierotti C, Pieraccini F. Season of birth in psychiatry. *Neuropsychobiology*. 1998;37(4):175-181.
44. Stevens MC, Fein D, Waterhouse LH. Season of birth effects in autism. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*. 2000;22(3):399-407.
45. Zerbo O, Iosif A-M, Delwiche L, Walker C, Hertz-Picciotto I. Month of conception and risk of autism. *Epidemiology (Cambridge, Mass)*. 2011;22(4):469.
46. Landau EC, Cicchetti DV, Klin A, Volkmar FR. Season of birth in autism: A fiction revisited. *Journal of autism and developmental disorders*. 1999;29(5):385-393.
47. Atladóttir HÓ, Parner ET, Schendel D, Dalsgaard S, Thomsen PH, Thorsen P. Variation in incidence of neurodevelopmental disorders with season of birth. *Epidemiology*. 2007;18(2):240-245.
48. Mackay DF, Smith GC, Cooper SA, Wood R, King A, Clark DN, et al. Month of Conception and Learning Disabilities: A Record-Linkage Study of 801,592 Children. *American journal of epidemiology*. 2016;184(7):485-493.
49. Lyytinen H, Erskine J, Tolvanen A, Torppa M, Poikkeus A-M, Lyytinen P. Trajectories of reading development: A follow-up from birth to school age of children with and without risk for dyslexia. *Merrill-Palmer Quarterly (1982-)*. 2006:514-546.
50. Scerri TS, Schulte-Körne G. Genetics of developmental dyslexia. *European child & adolescent psychiatry*. 2010;19(3):179-197.
51. DeFries JC, Fulker DW, LaBuda MC. Evidence for a genetic aetiology in reading disability of twins. *Nature*. 1987.
52. Paracchini S. Dissection of genetic associations with language-related traits in population-based cohorts. *Journal of neurodevelopmental disorders*. 2011;3(4):365-373.

53. Pagnamenta AT, Bacchelli E, de Jonge MV, Mirza G, Scerri TS, Minopoli F, et al. Characterization of a family with rare deletions in CNTNAP5 and DOCK4 suggests novel risk loci for autism and dyslexia. *Biological psychiatry*. 2010;68(4):320-328.
54. Grigorenko EL. *Learning Disabilities*: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
55. Ashkenazi S, Black JM, Abrams DA, Hoeft F, Menon V. Neurobiological underpinnings of math and reading learning disabilities. *Journal of learning disabilities*. 2013;46(6):549-569.
56. Foster LM, Hynd GW, Morgan AE, Hugdahl K. Planum temporale asymmetry and ear advantage in dichotic listening in developmental dyslexia and attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Journal of the International Neuropsychological Society*. 2002;8(1):22-36.
57. Welcome SE, Chiarello C, Thompson PM, Sowell ER. Reading skill is related to individual differences in brain structure in college students. *Human brain mapping*. 2011;32(8):1194-1205.
58. Castellanos FX, Lee PP, Sharp W, Jeffries NO, Greenstein DK, Clasen LS, et al. Developmental trajectories of brain volume abnormalities in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Jama*. 2002;288(14):1740-1748.
59. Eckert MA, Leonard CM. Structural imaging in dyslexia: The planum temporale. *Mental retardation and developmental disabilities research reviews*. 2000;6(3):198-206.
60. Shaywitz BA, Shaywitz SE, Pugh KR, Mencl WE, Fulbright RK, Skudlarski P, et al. Disruption of posterior brain systems for reading in children with developmental dyslexia. *Biological psychiatry*. 2002;52(2):101-110.
61. Temple E, Poldrack RA, Salidis J, Deutsch GK, Tallal P, Merzenich MM, et al. Disrupted neural responses to phonological and orthographic processing in dyslexic children: an fMRI study. *Neuroreport*. 2001;12(2):299-307.
62. Savaşır I, Şahin N. *Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği (WÇZÖ-R) El Kitabı*. Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara. 1995.
63. Korkmazlar Ü. *Özel Öğrenme Bozukluğu (6-11 yaş ilkököl çocuklarında özel öğrenme bozukluğu ve tanı yöntemleri)*. Taç Ofset, İstanbul. 1993.
64. ÖKTEM F. Kısa Zekâ Testleri ve Kaufman Kısa Zekâ Testi (KBIT-2). *Türkiye Klinikleri Journal of Psychology-Special Topics*. 2016;1(1):10-16.
65. Öktem F, Gençöz T, Erden G, Sezgin N, Uluç S. *Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği-IV (WÇZÖ-IV) Uygulama ve Puanlama El Kitabı Türkçe Sürümü*. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları. 2013.

66. Korkmazlar Ü. 6-11 yaş ilkokul çocuklarında özel öğrenme bozukluğu ve tanı yöntemleri. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul. 1992.
67. Demir B. Okul Öncesi ve İlköğretim Birinci Sınıfa Devam Eden Öğrencilerde Özel Öğrenme Güçlüğü'nün Belirlenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul. 2005.
68. Rett A. [Does a legasthenia-syndrom exist? (author's transl)]. Padiatrie und Padologie. 1976;11(1):100-107.
69. DSM-III-R D. Statistical Manual of mental disorders (-revised). Washington DC: American Psychiatric Association. 1987:71-78.
70. Weikart DP. Comorbidity of mathematics and reading deficits: evidence for a genetic etiology. Preventive medicine. 1997;27(5):447-453.
71. Bevins RA. Overlap and specificity of genetic and environmental influences on mathematics and reading disability in 10-year-old twins. Experimental and clinical psychopharmacology. 2007;48(9):914-922.
72. Schulte-Körne G. [Specific learning disabilities - from DSM-IV to DSM-5]. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. 2014;42(5):369-372.
73. Waesche JSB, Schatschneider C, Maner J, Ahmed Y, Wagner R. Examining agreement and longitudinal stability among traditional and RTI-based definitions of reading disability using the affected-status agreement statistic. Journal of learning disabilities. 2011;44(3):296-307
74. Sürücü Ö. Gündoğdu B. Öğrenme bozuklukları Coşkun A, İşeri E, Miral S, Motavallı N, Pehlivan Türk B, Türkbay Y, Uslu R, Ünal F, editörler Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı içinde Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 2008.
75. Reid G. Dyslexia: A practitioner's handbook: John Wiley & Sons; 2016.
76. Mukherjee S, Shah HR, Ramanathan S, Dewan M. Knowledge and Attitudes About Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Specific Learning Disorder in an Urban Indian Population. The Journal of nervous and mental disease. 2016;204(6):458-463.
77. Snowling MJ. Basic number processing in children with specific learning disorders: Comorbidity of reading and mathematics disorders. Child development perspectives. 2015;21(3):399-417.
78. Özkardeş OG. Türkiye'de Özel Öğrenme Güçlüğüne İlişkin Yapılan Araştırmaların Betimsel Analizi. BOĞAZİÇİ ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM DERGİSİ. 2013;30(2):25-38.

79. Beitchman JH, Young AR. Learning disorders with a special emphasis on reading disorders: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1997;36(8):1020-1032.
80. Willcutt EG, Pennington BF. Psychiatric comorbidity in children and adolescents with reading disability. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2000;41(08):1039-1048.
81. Schulte-Korne G. The prevention, diagnosis, and treatment of dyslexia. *Deutsches Arzteblatt international*. 2010;107(41):718-726.
82. McGee R, Silva PA, Williams S. BEHAVIOUR PROBLEMS IN A POPULATION OF SEVEN-YEAR-OLD CHILDREN: PREVALENCE, STABILITY AND TYPES OF DISORDER—A RESEARCH REPORT. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1984;25(2):251-259.
83. DuPaul GJ, Gormley MJ, Laracy SD. Comorbidity of LD and ADHD: Implications of DSM-5 for assessment and treatment. *Journal of learning disabilities*. 2012; 46(1):43-51.
84. Erman Ö. Öğrenme Bozukluğu ve Dikkat Eksikliği Aşırı Hareketlilik Bozukluğu Olgularının Nöropsikolojik ve Nörofizyolojik Yöntem İle İncelenmesi. AÜ Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara. 1997.
85. Bilgiç A, Kılıç B, Gürkan K, Aysev A. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısı konulan bir klinik örnekte yıkıcı davranış bozuklukları ve özgül öğrenme bozuklukları. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 2006;13(2):54-59.
86. Bhosrekar K. Auditory Processing Disorders in children suspected of Learning Disabilities--a need for screening? *Indian journal of pediatrics*. 2009;73(7):1029-1034.
87. Asberg Johnels J, Kopp S, Gillberg C. Spelling difficulties in school-aged girls with attention-deficit/hyperactivity disorder: behavioral, psycholinguistic, cognitive, and graphomotor correlates. *Journal of learning disabilities*. 2014;47(5):424-434.
88. Turgay A. Health-related quality of life in children and adolescents who have a diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Essential psychopharmacology*. 2004;114(5):e541-547.
89. Anagnostaras SG. Association between childhood specific learning difficulties and school performance in adolescents with and without ADHD symptoms: a 16-year follow-up. *Learning & memory (Cold Spring Harbor, NY)*. 2014;18(1):61-72.
90. Pittenger C, Duman RS. Stress, depression, and neuroplasticity: a convergence of mechanisms. *Neuropsychopharmacology : official publication of the American College of Neuropsychopharmacology*. 2008;33(1):88-109.
91. McEwen BS. Glucocorticoids, depression, and mood disorders: structural remodeling in the brain. *Metabolism*. 2005;54(5):20-23.

92. Newcomer PL, Barenbaum E, Pearson N. Depression and anxiety in children and adolescents with learning disabilities, conduct disorders, and no disabilities. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*. 1995;3(1):27-39.
93. Michopoulou A, Nikolaou A, Karagianni A, Vouyoukli M. Psychological disorder in children with learning disabilities. *Annals of General Hospital Psychiatry*. 2003;2(1):S1-82
94. Pennington BF, Bishop DV. Relations among speech, language, and reading disorders. *Annual review of psychology*. 2009;60:283-306.
95. Pauls DL, Leckman JF, Cohen DJ. Familial relationship between Gilles de la Tourette's syndrome, attention deficit disorder, learning disabilities, speech disorders, and stuttering. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1993;32(5):1044-1050.
96. Beaulieu JM. Neuropsychopathological comorbidities in learning disorders. *Psychopharmacology*. 2013;13:198.
97. Duff FJ, Clarke PJ. Practitioner Review: Reading disorders: what are the effective interventions and how should they be implemented and evaluated? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2011;52(1):3-12.
98. Pell JP. Parenting stress among parents of children with Neurodevelopmental Disorders. *American journal of epidemiology*. 2016;242:121-129.
99. Rosenberg M. Self-concept from middle childhood through adolescence. *Psychological perspectives on the self*. 1986;3(1):107-136.
100. Lim CT. [The importance of early diagnosis and intervention in children diagnosed with reading disorder. Case studies]. *Journal of child health care : for professionals working with children in the hospital and community*. 2015;17(2):99-103.
101. Fine S. Changing early childhood development through educational intervention. *Pediatrics*. 1998;27(2):233-237.
102. Berninger VW, May MOM. Evidence-based diagnosis and treatment for specific learning disabilities involving impairments in written and/or oral language. *Journal of learning disabilities*. 2011;44(2):167-183.
103. Hulme C, Snowling MJ. Learning to Read: What We Know and What We Need to Understand Better. *Child development perspectives*. 2015;7(1):1-5.
104. A G. Öğrenme Güçlüğü Olan Çocukların Eğitimleri, Öğrenme Güçlükleri. 2012(Eğiten Kitap Yayınları):227-266.

105. Jitendra AK, Dupaul GJ, Someki F, Tresco KE. Enhancing academic achievement for children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: evidence from school-based intervention research. *Developmental disabilities research reviews*. 2008;14(4):325-330.
106. Sexton CC, Gelhorn HL, Bell JA, Classi PM. The co-occurrence of reading disorder and ADHD: epidemiology, treatment, psychosocial impact, and economic burden. *Journal of learning disabilities*. 2012;45(6):538-564.
107. Grizenko N, Bhat M, Schwartz G, Ter-Stepanian M, Joober R. Efficacy of methylphenidate in children with attention-deficit hyperactivity disorder and learning disabilities: a randomized crossover trial. *Journal of psychiatry & neuroscience : JPN*. 2006;31(1):46-51.
108. Evans SW, Pelham WE, Smith BH, Bukstein O, Gnagy EM, Greiner AR, et al. Dose-response effects of methylphenidate on ecologically valid measures of academic performance and classroom behavior in adolescents with ADHD. *Experimental and clinical psychopharmacology*. 2001;9(2):163-175.
109. Bental B, Tirosh E. The effects of methylphenidate on word decoding accuracy in boys with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of clinical psychopharmacology*. 2008;28(1):89-92.
110. Sergeant JA. Atomoxetine and neuropsychological function in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: results of a pilot study. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*. 2009;19(6):709-718.
111. Yliherva A. Dissociations between cognitive and motor effects of psychostimulants and atomoxetine in hyperactive DAT-KO mice. *Journal of attention disorders*. 2014;23(1):109-122.
112. Zuddas A. Differential effects of atomoxetine on executive functioning and lexical decision in attention-deficit/hyperactivity disorder and reading disorder. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*. 2009;19(6):699-707.
113. Sumner CR, Gathercole S, Greenbaum M, Rubin R, Williams D, Hollandbeck M, et al. Atomoxetine for the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in children with ADHD and dyslexia. *Child and adolescent psychiatry and mental health*. 2009;3:40.
114. Shaywitz BA, Williams DW, Fox BK, Wietecha LA. Reading outcomes of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder and dyslexia following atomoxetine treatment. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*. 2014;24(8):419-425.
115. Simone M. Atomoxetine improved attention in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder and dyslexia in a 16 week, acute, randomized, double-blind trial. *BMC neurology*. 2013;23(9):605-613.
116. Nussbaum M, Sen A. *The quality of life*: Oxford University Press; 1993.

117. Gladis MM, Gosch EA, Dishuk NM, Crits-Christoph P. Quality of life: expanding the scope of clinical significance. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1999;67(3):320-331.
118. Klassen AF, Miller A, Fine S. Health-related quality of life in children and adolescents who have a diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*. 2004;114(5):e541-547.
119. Karande S, Bhosrekar K. Impact of attention-deficit/hyperactivity disorder on health-related quality-of-life of specific learning disability children. *The Indian Journal of Pediatrics*. 2009;76(11):1119-1124.
120. Kong C-K. Classroom learning experiences and students' perceptions of quality of school life. *Learning Environments Research*. 2008;11(2):111-129.
121. Humber LA. Social inclusion through employment: the marketisation of employment support for people with learning disabilities in the United Kingdom. *Disability & Society*. 2014;29(2):275-289.
122. Strine TW, Chapman DP, Kobau R, Balluz L, Mokdad AH. Depression, anxiety, and physical impairments and quality of life in the US noninstitutionalized population. *Psychiatric Services*. 2004;55(12):1408-1413.
123. Karande S, Venkataraman R. Self-perceived health-related quality of life of Indian children with specific learning disability. *Journal of postgraduate medicine*. 2012;58(4):246-254.
124. Furusho J, Kubagawa T, Satoh H, Shibata R, Nemoto Y, Matsuzaki K, et al. [Study of the kid-kINDL questionnaire scores for children with developmental disorders in normal classes and their parents]. *No to hattatsu Brain and development*. 2006;38(3):183-186.
125. Antonelli L, Bilocca S, Borg D, Borg S, Boxall M, Briffa L, et al. Drama, Performance Ethnography, and Self-Esteem. *SAGE Open*. 2014;4(2):1-18
126. Wechsler D. Wechsler intelligence scale for children-revised: Psychological Corporation; 1974.
127. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, et al. Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1997;36(7):980-988.
128. Gökler B, Ünal F, Pehlivan Türk B, Kültür EÇ, Akdemir D, Taner Y. Reliability and validity of schedule for affective disorders and schizophrenia for school age children-present and lifetime version-turkish version (K-SADS-PL-T). *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi/Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health*. 2004;11(3):109-116.
129. Spielberger CD. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory STAI (form Y)(" self-evaluation questionnaire"). 1983.

130. Öner N, LeCompte WA. Durumluk-sürekli kaygı envanteri el kitabı: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları; 1985.
131. S Ö. Yaşam Kalitesinin Ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF Psikiyatri, Psikoloji, Psikoformokoloji 1999;7(2):5-13.
132. Başaran S, Güzel R, Sarpel T. Yaşam kalitesi ve sağlık sonuçlarını değerlendirme ölçütleri. Romatizma. 2005;20(1):55-63.
133. Fidaner H, Elbi H, Fidaner C, Eser S, Eser E, Göker E. Yaşam kalitesinin ölçülmesi. WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF 3P Dergisi. 1999;7(Suppl 2):5-13.
134. Uneri OS, Agaoglu B, Coskun A, Memik NC. Validity and reliability of Pediatric Quality of Life Inventory for 2-to 4-year-old and 5-to 7-year-old Turkish children. Quality of Life Research. 2008;17(2):307-315.
135. Memik NÇ, Ağaoğlu B, Coşkun A, Karakaya I. The validity and reliability of pediatric quality of life inventory in 8-12 year old Turkish children. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi/Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health. 2008;15(2):87-98.
136. Beck AT, Steer RA, Carbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. Clinical psychology review. 1988;8(1):77-100.
137. Hisli N. Beck Depresyon Ölçeği'nin bir Türk örnekleminde geçerlilik ve güvenilirliği. Psikoloji Dergisi. 1988;6:118-122.
138. Fortes IS, Paula CS, Oliveira MC, Bordin IA, de Jesus Mari J, Rohde LA. A cross-sectional study to assess the prevalence of DSM-5 specific learning disorders in representative school samples from the second to sixth grade in Brazil. European child & adolescent psychiatry. 2016;25(2):195-207.
139. Felder-Puig R, Baumgartner M, Topf R, Gadner H, Formann AK. Health-related quality of life in Austrian elementary school children. Medical care. 2008;46(4):432-439.
140. Margari F. Early comprehensive care of preterm infants-effects on quality of life, childhood development, and healthcare utilization: study protocol for a cohort study linking administrative healthcare data with patient reported primary data. Psychiatry research. 2016;16:104-115
141. Saha S, Barnett AG, Foldi C, Burne TH, Eyles DW, Buka SL, et al. Advanced paternal age is associated with impaired neurocognitive outcomes during infancy and childhood. PLoS medicine. 2009;6(3):e40,1-9.
142. Zammit S, Allebeck P, Dalman C, Lundberg I, Hemmingson T, Owen MJ, et al. Paternal age and risk for schizophrenia. The British journal of psychiatry : the journal of mental science. 2003;183:405-408.

143. Croen LA, Najjar DV, Fireman B, Grether JK. Maternal and paternal age and risk of autism spectrum disorders. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*. 2007;161(4):334-340.
144. Gayán J, Olson RK. Reading disability: evidence for a genetic etiology. *European child & adolescent psychiatry*. 1999;8(3):S52-55.
145. van Bergen E, de Jong PF, Maassen B, van der Leij A. The effect of parents' literacy skills and children's preliterate skills on the risk of dyslexia. *Journal of abnormal child psychology*. 2014;42(7):1187-1200.
146. Torppa M, Eklund K, van Bergen E, Lyytinen H. Late-Emerging and Resolving Dyslexia: A Follow-Up Study from Age 3 to 14. *Journal of abnormal child psychology*. 2015;43(7):1389-1401.
147. Bonifacci P, Montuschi M, Lami L, Snowling MJ. Parents of children with dyslexia: cognitive, emotional and behavioural profile. *Dyslexia (Chichester, England)*. 2014;20(2):175-190.
148. Kesikçi H, Amado S. Okuma Güçlüğü Olan Çocukların Fonolojik Bellek, Kısa Süreli Bellek ve WISC-R Testi Puanlarına Ait Bir İnceleme. *Türk Psikoloji Dergisi*, 20(55);99-110
149. Schmidt HP, Kuryliw AJ, Saklofske DH, Yackulic RA. Stability of WISC-R scores for a sample of learning disabled children. *Psychological reports*. 1989;64(1):195-201.
150. Moll K, Kunze S, Neuhoﬀ N, Bruder J, Schulte-Körne G. Specific learning disorder: prevalence and gender differences. *PloS one*. 2014;9(7):e103537,1-8
151. Mugnaini D, Lassi S, La Malfa G, Albertini G. Internalizing correlates of dyslexia. *World journal of pediatrics : WJP*. 2009;5(4):255-264.
152. Yürümez E, Kılıç BG. Relationship between sleep problems and quality of life in children with ADHD. *Journal of attention disorders*. 2013; 20(1):34-40.
153. Rosenberg J, Pennington BF, Willcutt EG, Olson RK. Gene by environment interactions influencing reading disability and the inattentive symptom dimension of attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 2012;53(3):243-251.
154. Willcutt EG, Betjemann RS, McGrath LM, Chhabildas NA, Olson RK, DeFries JC, et al. Etiology and neuropsychology of comorbidity between RD and ADHD: the case for multiple-deficit models. *Cortex; a journal devoted to the study of the nervous system and behavior*. 2010;46(10):1345-1361.
155. Thakkar A, Karande S, Bala N, Sant H, Gogtay N, Sholapurwala R. Is anxiety more common in school students with newly diagnosed specific learning disabilities? A cross-sectional questionnaire-based study in Mumbai, Maharashtra, India. *Journal of postgraduate medicine*. 2016;62(1):12-19.

156. Kim SJ, Kim BN, Cho SC, Kim JW, Shin MS, Yoo HJ, et al. The prevalence of specific phobia and associated co-morbid features in children and adolescents. *Journal of anxiety disorders*. 2010;24(6):629-634.
157. Fond G, Franc N. [Treating specific childhood phobia in a single session? A systematic review of the literature]. *L'Encephale*. 2013;39(2):109-114.
158. Ercan ES, Bilac O, Uysal Ozaslan T, Akyol Ardic U. Prevalence of Psychiatric Disorders Among Turkish Children: The Effects of Impairment and Sociodemographic Correlates. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2016;47(1):35-42.
159. Carroll JM, Maughan B, Goodman R, Meltzer H. Literacy difficulties and psychiatric disorders: Evidence for comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2005;46(5):524-532.
160. Carroll JM, Iles JE. An assessment of anxiety levels in dyslexic students in higher education. *British journal of educational psychology*. 2006;76(3):651-662.
161. Dahle AE, Knivsberg AM, Andreassen AB. Coexisting problem behaviour in severe dyslexia. *Journal of Research in Special Educational Needs*. 2011;11(3):162-170.
162. Sideridis GD. Why are students with LD depressed? A goal orientation model of depression vulnerability. *Journal of learning disabilities*. 2007;40(6):526-539.
163. Wright-Strawderman C, Watson BL. The prevalence of depressive symptoms in children with learning disabilities. *Journal of learning disabilities*. 1992;25(4):258-264.
164. Willcutt EG, Pennington BF. Psychiatric comorbidity in children and adolescents with reading disability. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 2000;41(8):1039-1048.
165. Kilicoglu AG, Mutlu C, Bahali MK, Adaletli H, Gunes H, Duman HM, et al. Impact of enuresis nocturna on health-related quality of life in children and their mothers. *Journal of pediatric urology*. 2014;10(6):1261-1266.
166. Equit M, Hill J, Hübner A, Von Gontard A. Health-related quality of life and treatment effects on children with functional incontinence, and their parents. *Journal of pediatric urology*. 2014;10(5):922-928.
167. Daniel SS, Walsh AK, Goldston DB, Arnold EM, Reboussin BA, Wood FB. Suicidality, school dropout, and reading problems among adolescents. *Journal of learning disabilities*. 2006;39(6):507-514.
168. Türkoğlu S, Bilgic A, Türkoğlu G, Yılmaz S. Impact of Symptoms of Maternal Anxiety and Depression on Quality of Life of Children with Cerebral Palsy. *Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi*. 2016;53(1):49-54.

169. Xin B, Guo LT, Li XR, Shan YH, Fang H, Liu KZ, et al. [Quality of life of children with attention deficit hyperactivity disorders]. *Sichuan da xue xue bao Yi xue ban* = Journal of Sichuan University Medical science edition. 2009;40(6):1091-1095.
170. Chadman KK. Quality of life in newly diagnosed children with specific learning disabilities (SpLD) and differences from typically developing children: a study of child and parent reports. *Neuroscience letters*. 2013;39(4):581-591.
171. Ortiz-Sanchez P. Assessment of children with learning and behavioural problems: comparison of a multidisciplinary and sole paediatrician model. *Revista de neurologia*. 2014;50(2):135-140.



8. EKLER

EK-1

ETİK KURUL KARARI



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İstanbul Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları
Eğitim ve Araştırma Hastanesi

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Özgül Öğrenme Güçlüğü Çeken Bireylerin Komorbidite Oranı ve Ebeveynlerinde Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi				
	BAŞVURU TARİH VE SAYISI	30.05.2016-24555				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Gülay GÜNEY/ Asistan				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi				
	DESTEKLEYİCİ	-				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ					
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yeni Bir Endikasyon Yüksek Doz Araştırması Diğer ise belirtiniz: Kesitsel vaka kontrol				
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ	X	ÇOK MERKEZLİ	ULUSAL	ULUSLAR ARASI
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Var	Yok	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	X		Türkçe X	İngilizce	Diğer
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	X		Türkçe X	İngilizce	Diğer
	OLGU RAPOR FORMU	X		Türkçe X	İngilizce	Diğer
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ	X		Türkçe X	İngilizce	Diğer
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı			Açıklama		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	-				
	DİĞER:	-				
KARAR BİLGİLERİ	Tarih: 07.06.2016	Karar No: 559				
	Yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.					
BRSHH KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU						
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu					
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Doç. Dr. M. Cem İLNEM					
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Araştırma ile İlişki	İmza			
Doç. Dr. Sevim BAYBAŞ	Nöroloji	E ☐ H ☐				
Doç. Dr. Erhan EMEL	Nöroşirürji	E ☐ H ☐				
Uz. Dr. Şahap N. ERKOÇ	Psikiyatri	E ☐ H ☐				
Uz. Dr. Nesrin B. TOMRUK	Psikiyatri	E ☐ H ☒				

EK-2

GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME FORMU

Özgül öğrenme güçlüğü tanısı alan ve bilinen psikiyatrik hastalığı olmayan çocuklarla yaşam kalitesindeki farklılıkları belirleyen bir tez çalışması yapmaktayız. Araştırmanın adı ‘Özgül Öğrenme Güçlüğü Olan Çocuklarda ve Ebeveynlerinde Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması ve Komorbiditeyle İlişkisi’dir. Sizin ve çocuğunuzun da bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında bilgi vermek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra sizin ve çocuğunuzun bu çalışmaya katılmasını isterseniz formu imzalayınız. Bu araştırma Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi’nde gerçekleştirilmektedir.

Çalışmaya katılmak isterseniz Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Tıpta Uzmanlık Öğrencisi Dr. Gülay Günay size çocuğunuzun sosyodemografik özellikleri, sizin depresyon durumunuzu ölçen bir form, ayrıca sizin ve çocuğunuzun yaşam kalitesini ölçecek birer form dolduracaktır. Sonrasında diğer psikiyatrik hastalıklarla ilgili kapsamlı bir ölçek dolduracaktır. Bu ölçeği hem sizle hem çocuğunuzla ayrı ayrı dolduracaktır. Bu görüşmeler zaman açısından size ve çocuğunuza uygun zamanlarda yapılacaktır. Bahsettiğimiz araştırma projesi çocuğunuzun tedavi masraflarını karşılamamaktadır. Ayrıca aşağıda belirtildiği gibi değerlendirme sonrasında çocuğunuz veya siz herhangi bir sebepten değerlendirmeyi sona erdirmekte serbestsiniz. Her değerlendirme oturumu yaklaşık 120 dakika sürecektir. Bu değerlendirmeler herhangi bir fiziksel gayret gerektirmemekte, sadece zihinsel dikkate dayanmaktadır.

Bu değerlendirmelerde elde edilen kayıtlar, sizin ve çocuğunuzun kimlik bilgileri belirtilmeden bilimsel nitelikte yayınlarda kullanılabilecektir. Bu amaçların dışında bu kayıtlar kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir.

Araştırmaya katılmak için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Araştırmaya katıldığınız takdirde size herhangi bir ücret ödenmeyecektir.

Yapılacak olan değerlendirmelerin sizin ya da çocuğunuz için herhangi bir riski yoktur. Ancak yapılacak bu değerlendirmeler için zaman ayırmak sizin ve çocuğunuz için zorlayıcı olabilir.

Bu değerlendirme tüm psikiyatrik hastalıkların ayrıntılı bir incelemesini içerdiğinden, şimdiye kadar atlanmış olabilecek ek hastalıkların belirlenmesi ve bunların tedavisine yarayacaktır. Ayrıca Özgül Öğrenme Güçlüğü alanında çalışanlar için hangi hastalıkların rutinde sorgulanması gerektiğini, ebeveynlerin ihtiyaçlarını belirlemeyi ve çocuğun zorluklarını belirlemeyi ve bunlara yönelik müdahaleyi kolaylaştıracaktır.

Bu çalışmaya ktlmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen sisteye bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahiptir.

ONAM FORMU

Dr. Gülay Günay tarafından Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi'nde tıbbi bir araştırma için yapılacak olan bu çalışma ile ilgili bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra ben ve çocuğum böyle bir araştırmaya 2katılımcı2 olarak davet edildik.

Eğer bu çalışmaya katılırsak hekim ile aramda kalması gereken bana ve çocuğuma ait bilgilerin gizliliğine bu çalışma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Çalışmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir ek parasal sorumluluk altına girmiyorum.

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, 0542 831 5294 numaralı telefondan Dr. Gülay Günay'ı arayabileceğimi biliyorum.

Çocuğum ve ben bu çalışmaya katılmak zorunda değiliz ve katılmayabiliriz. Çalışmayakatılmamız konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayıreddedersem, bu durumun çocuğumun tıbbi bakımına ve hekimi ile olan ilişkimizeherhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başımabelli bir düşünme süresi sonunda, gerekirse eşimin de onayını alarak çocuğum adına buçalışmaya 'katılımcı' olarak katılma kararını aldım. İmzalı bu form kağıdının birkopyası bana verilecektir.

Ebeveynin Adı Soyadı:

Adres:

Tel:

Tarih:

İmza:

Araştırmacının Adı Soyadı:

Tarih:

İmza:

Tanıklık Edenin Adı soyadı:

Tarih:

İmza:

EK-3

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Dosya no:

TCKN:

1. Adı- Soyadı:

Cinsiyet: kız/erkek

2. Yaş:

3. Doğum Yeri:

4. Doğum öyküsü: 1) miad/vajinal 2)miad/sezaryen 3)erken 4)geç

5. Zor doğum varlığı: var/yok

6. Kaçınıcı sınıf:

7. Sınıf tekrarı varlığı: 1)var 2)yok 3)okula geç başlama var

8. Adres:

9. Telefon:

10. Baba yaşı: sağ/ölü

11. baba mesleği:

12. baba eğitim yılı:

13. baba aylık kazancı:

14. baba psikiyatrik hastalık:

15. Anne yaşı: sağ/ölü

16. anne mesleği:

17. anne eğitim yılı:

18. anne aylık kazancı:

19. anne psikiyatrik hastalık:

20. Geniş ailede psikiyatrik hastalık varlığı: yok/var (.....varsa kimde)

21. Anne babada öğrenme güçlüğü varlığı: 1)varkimde 2)yok

22. Aile tipi:

1) çekirdek aile

2)geniş aile

3)dağılmış aile

4)kurumda kalıyor

23. Çocuk kimle yaşıyor?

24. Ailenin aylık total geliri:

25. Çocuk planlı mı yapılmış ?evet/hayır

26. beklenen çocuk mu?: evet/hayır

27. Kardeş sayısı ve kaçınıcı kardeş olduğu: 1) Var (sayısı.....)2) Yok

28. Alışkanlıklar, miktar ve süresi: 1) Sigara 2)alkol 3)PAM 4) Yok

29. Bilinen sürekli tıbbi hastalık: 1) Yok 2) Var

30. Sürekli tıbbi ilaç kullanımı: 1) Yok 2)Var

.....

31. Çocuğun psikiyatrik hastalığı var mı? varsa tanı adı: 1)yok

2)var.....

32. Kullandığı ilaçlar? Süresi?

Boy(cm):.....

Kilo:.....

BMI:.....

EK-4

STAI –1 (ANLIK KAYGI ENVANTERİ)

Adı Soyadı:

Tarih:

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
1–	Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2–	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3–	Şu anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4–	Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5–	Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6–	Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7–	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8–	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9–	Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10–	Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11–	Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12–	Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13–	Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14–	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)

15–	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16–	Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17–	Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18–	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19–	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20–	Şu anda keyfim yerinde	(1)	(2)	(3)	(4)

Spielberger CD. 1970, Öner N. 1985



STAI-2 (SÜREKLİLİK KAYGI ENVANTERİ)

Adı Soyadı:

Tarih:

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da genel olarak nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin genel olarak nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		Hemen Hiçbir Zaman	Bazen	Çok Zaman	Hemen Her zaman
21–	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22–	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23–	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24–	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25–	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26–	Kendimi yalnız hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
27–	Genellikle sakın, kendime hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28–	Güçlükleri yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
29–	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30–	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31–	Her şeyi ciddiye alır ve etkilenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32–	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33–	Genellikle kendimi emniyette hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
34–	Sıkıntılı ve güç durumlarla	(1)	(2)	(3)	(4)

karşılaşmaktan kaçınırım

- | | | | | | |
|-----|--|-----|-----|-----|-----|
| 35– | Genellikle kendimi hüzünlü hissederim | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 36– | Genellikle hayatımdan memnunum | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 37– | Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 38– | Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 39– | Aklı başında ve kararlı bir insanım | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 40– | Son zamanlarda kafama takılan konular beni rahatsız eder | (1) | (2) | (3) | (4) |

Spielberger CD. 1970, Öner N. 1985

EK-5

WHOQOL-BREF(TR)

Ulusal Versiyon/Şubat 1999

RUH SAĞLIĞI PROGRAMI DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ CENEVRE

SİZİNLE İLGİLİ

Başlamadan önce kendinizle ilgili genel bir kaç soruyu cevaplamanızı istiyoruz. Lütfen doğru yanıtları yuvarlağa alınız ya da verilen boş yerleri doldurunuz.

Cinsiyetiniz nedir?	Erkek	Kadın
Doğum tarihiniz nedir?	/ /	
	GÜN /	AY /YIL
Gördüğünüz en yüksek eğitim derecesi nedir?		
Medeni durumunuz nedir?	ayrı	
hiç evlenmemiş	yaşıyor	
evli	boşanmış	
evli gibi yaşıyor	eşi ölmüş	
Şu anda bir hastalığınız var mı?	evet	
Hiç eğitim almadımİlkokul-ortaokulLise veya eşdeğeri Yüksek		
hayır		
Eğer şu anda sağlığınıza ilgili yolunda gitmeyen bir durum varsa, sizce bu nedir?		
hastalık / sorun		

Yönerge

Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınıza ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. **Lütfen bütün soruları cevaplayınız.** Eğer bir soruya hangi cevabı vereceğinizden emin olamazsanız, **lütfen size en uygun görünen cevabı** seçiniz. Genellikle ilk verdiğiniz cevap en uygunu olacaktır.

Lütfen kurallarınızı, beklentilerinizi, hoşunuza giden ve sizin için önemli olan şeyleri sürekli olarak gözönüne alınız. Yaşamınızın **son iki haftasını** dikkate almanızı istiyoruz. Örneğin bir soruda son iki hafta kastedilerek şöyle sorulabilir:

ÖRNEK SORU	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
Gereksiniminiz olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5

Son iki hafta boyunca başkalarından aldığınız desteğin miktarını en iyi karşılayan rakamı yuvarlağa almalısınız. Buna göre, eğer başkalarından çokça yardım aldıysanız, aşağıdaki gibi 4 rakamını yuvarlağa almanız gerekiyor:

ÖRNEK SORU	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
Gereksiniminiz olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5

Son iki hafta içinde, ihtiyacınız olan desteği başkalarından hiç alamadıysanız, 1 rakamını yuvarlağa almalısınız.

ŞİMDİ, Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan yanıtın rakamını yuvarlağa alınız.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
1 G1	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
2 G4	Sağlığınıza ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki hafta içinde kimi şeyleri **ne kadar** yaşadığınızı soruşturmaktadır.

		Hemen hemen hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
3 F1.4	Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne derece engellediğini düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
4 F11.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	1	2	3	4	5
5 F4.1	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	1	2	3	4	5
6 F24.2	Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hemen hemen hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Son derecede
7 F5.3	Dikkatinizi toplamada ne	1	2	3	4	5

87

8 F16.1	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5
9 F22.1	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki haftada kimi şeyleri ne ölçüde **tam olarak** yaşadığınızı ya da yapabildiğinizi soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
10 F2.1	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	1	2	3	4	5
11 F7.1	Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	1	2	3	4	5
12 F18.1	Gereksinimlerinizi karşılamak için yeterli paranız var	1	2	3	4	5

	mı?					
13 F20. 1	Günlük yaşamınızda gerekli bilgilere ne ölçüde ulaşabilir durumdasınız?	1	2	3	4	5
14 F21. 1	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorularda, son iki hafta boyunca yaşamınızın çeşitli yönlerini ne ölçüde **iyi ya da doyurucu** bulduğunuzu belirtmeniz istenmektedir.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
15 F9.1	Hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
16 F	Uygunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
3.3						
17 F10. 3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
18 F12. 4	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
19 F6.3	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
20 F13. 3	Diğer kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
21 F15. 3	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
22 F14. 4	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
23 F17. 3	Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
24 F19. 3	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
25	Ulaşım	1	2	3	4	5

F23. 3	olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?					
-----------	--	--	--	--	--	--

Aşağıdaki soru son iki hafta içinde bazı şeyleri **ne sıklıkta** hissettiğiniz ya da yaşadığınıza ilişkindir.

		Hiçbir zaman	Nadiren	Arasıra	Çoğunlukla	Her zaman
26 F8.1	Ne sıklıkta hüzün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
U. 27	Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	1	2	3	4	5

Bu formun doldurulmasında size yardım eden oldu mu?

Bu formun doldurulması ne kadar süre aldı?

Soru formu ile ilgili yazmak istediğiniz görüş var mı?

YARDIMLARINIZ İÇİN TEŞEKKÜRLER.

EK-6

PEDSQOL-Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Küçük Çocuk Ebeveyn Formu

Çocuğunuzun adı soyadı:

Tarih:

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Küçük Çocuk Değerlendirme Formu (Anne-Baba) (5-7yaş)

Bir sonraki sayfada çocuğunuz için sorun olabilecek durumların listesi bulunmaktadır. Lütfen son bir aylık süre içinde her birinin çocuğunuz için ne kadar sorun oluşturduğunu daire içine alarak belirtiniz

Eğer çocuğunuz için hiçbir zaman sorun değilse	0
Eğer çocuğunuz için nadiren sorun oluyorsa	1
Eğer çocuğunuz için bazen sorun oluyorsa	2
Eğer çocuğunuz için sıklıkla sorun oluyorsa	3
Eğer çocuğunuz için hemenher zaman sorun oluyorsa	4

Burada yanlış ya da doğru cevaplar yoktur. Eğer herhangi bir soruyu anlayamazsanız lütfen yardım isteyiniz.

Son bir ay içinde aşağıdakiler çocuğunuz için ne kadar sorun yarattı ?

Fiziksel işlevsellik ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her zaman
1. Bir bloktan fazla yürümek	0	1	2	3	4
2. Koşmak	0	1	2	3	4
3. Spor ya da egzersiz yapmak	0	1	2	3	4
4. Ağır bir şey kaldırmak	0	1	2	3	4
5. Kendi başına duş ya da banyo yapmak	0	1	2	3	4
6. Evdeki günlük işleri yapmak	0	1	2	3	4
7. Acısının ya da ağrısının olması	0	1	2	3	4
8. Düşük enerji düzeyi	0	1	2	3	4

Duygusal işlevsellik ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her zaman
1. Korkmuş ya da ürkmüş hissetmek	0	1	2	3	4
2. Hüzünlü ya da üzgün hissetmek	0	1	2	3	4
3. Öfkeli hissetmek	0	1	2	3	4
4. Uyumakta zorluk çekmek	0	1	2	3	4
5. Kendisine ne olacağı konusunda endişe duymak	0	1	2	3	4

Sosyal işlevsellik ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her zaman
1. Yaşıtları ile geçinememesi	0	1	2	3	4
2. Yaşıtlarının onunla arkadaş olmak istememesi	0	1	2	3	4
3. Yaşıtları tarafından alay edilmesi	0	1	2	3	4
4. Yaşıtlarının yapabildiği şeyleri yapamaması	0	1	2	3	4
5. Yaşıtlarıyla oyun oynarken geri kalması	0	1	2	3	4

Okul ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her zaman
1. Sınıfta dikkatini toplayamaması	0	1	2	3	4
2. Bazı şeyleri unutması	0	1	2	3	4
3.Derslerinden geri kalması	0	1	2	3	4
4. Kendini iyi hissetmediği için okula gidememesi	0	1	2	3	4
5. Doktora ya da hastaneye gittiği için Okula gidememesi	0	1	2	3	4

PEDSQOL-ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ EBEVEYN FORMU

(8-12 YAŞ)

Çocuğunuzun adı Soyadı:

Tarih:

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Çocuk Değerlendirme Formu (Anne-Baba) (8-12 yaş)

Bir sonraki sayfada çocuğunuz için sorun olabilecek durumların listesi bulunmaktadır.

Lütfen son bir aylık süre içinde her birinin çocuğunuz için ne kadar sorun oluşturduğunu daire içine alarak belirtiniz.

Eğer çocuğunuz için hiçbir zaman sorun değilse	0
Eğer çocuğunuz için nadiren sorun oluyorsa	1
Eğer çocuğunuz için bazen sorun oluyorsa	2
Eğer çocuğunuz için sıklıkla sorun oluyorsa	3
Eğer çocuğunuz için hemenher zaman sorun oluyorsa	4

Burada yanlış ya da doğru cevaplar yoktur.

Eğer herhangi bir soruyu anlayamazsanız lütfen yardım isteyiniz.

Son bir ay içinde aşağıdakiler çocuğunuz için ne kadar sorun yarattı?

Fiziksel işlevsellik ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Bir bloktan fazla yürümek	0	1	2	3	4
2. Koşmak	0	1	2	3	4
3. Spor ya da egzersiz yapmak	0	1	2	3	4
4. Ağır bir şey kaldırmak	0	1	2	3	4
5. Kendi başına duş ya da banyo yapmak	0	1	2	3	4
6. Evdeki günlük işleri yapmak	0	1	2	3	4
7. Acısının ya da ağrısının olması	0	1	2	3	4
8. Düşük enerji düzeyi	0	1	2	3	4

Duygusal işlevsellik ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Korkmuş ya da ürkmüş hissetmek	0	1	2	3	4
2. Hüzünlü ya da üzgün hissetmek	0	1	2	3	4
3. Öfkeli hissetmek	0	1	2	3	4
4. Uyku ile ilgili zorluklar	0	1	2	3	4
5. Kendisine ne olacağı konusunda endişe duymak	0	1	2	3	4

Sosyal işlevsellik ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Yaşlıları ile geçimi	0	1	2	3	4

2. Yaşıtlarının onunla arkadaş olmak istememesi	0	1	2	3	4
3. Yaşıtları tarafından alay edilmesi	0	1	2	3	4
4. Yaşıtlarının yapabildiği şeyleri yapamaması	0	1	2	3	4
5. Yaşıtları ile oyun oynarken geri kalması	0	1	2	3	4

Okul ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Sınıfta dikkatini toplayamaması	0	1	2	3	4
2. Bazı şeyleri unutması	0	1	2	3	4
3. Derslerinden geri kalması	0	1	2	3	4
4. Kendini iyi hissetmediği için okula gidememesi	0	1	2	3	4
5. Doktora ya da hastaneye gittiği için okula gidememesi	0	1	2	3	4

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ EBEVEYN FORMU

(13-18 YAŞ)

Çocuğunuzun adı Soyadı:

Tarih:

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Ergen Değerlendirme Formu (Anne-Baba) (13-18 yaş)

Bir sonraki sayfada çocuğunuz için sorun olabilecek durumların listesi bulunmaktadır.

Lütfen son bir aylık süre içinde her birinin çocuğunuz için ne kadar sorun oluşturduğunu daire içine alarak belirtiniz.

Eğer çocuğunuz için hiçbir zaman sorun değilse	0
Eğer çocuğunuz için nadiren sorun oluyorsa	1
Eğer çocuğunuz için bazen sorun oluyorsa	2
Eğer çocuğunuz için sıklıkla sorun oluyorsa	3
Eğer çocuğunuz için hemenher zaman sorun oluyorsa	4

Burada yanlış ya da doğru cevaplar yoktur.

Eğer herhangi bir soruyu anlayamazsanız lütfen yardım isteyiniz.

Son bir ay içinde aşağıdakiler çocuğunuz için ne kadar sorun yarattı?

Fiziksel işlevsellik ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Bir bloktan fazla yürümek	0	1	2	3	4
2. Koşmak	0	1	2	3	4
3. Spor ya da egzersiz yapmak	0	1	2	3	4
4. Ağır bir şey kaldırmak	0	1	2	3	4
5. Kendi başına duş ya da banyo yapmak	0	1	2	3	4
6. Evdeki günlük işleri yapmak	0	1	2	3	4
7. Acısının ya da ağrısının olması	0	1	2	3	4
8. Düşük enerji düzeyi	0	1	2	3	4

Duygusal işlevsellik ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Korkmuş ya da ürkmüş hissetmek	0	1	2	3	4
2. Hüzünlü ya da üzgün hissetmek	0	1	2	3	4
3. Öfkeli hissetmek	0	1	2	3	4
4. Uyku ile ilgili zorluklar	0	1	2	3	4
5. Kendisine ne olacağı konusunda endişe duymak	0	1	2	3	4

Sosyal işlevsellik ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Yaşlıları ile geçimi	0	1	2	3	4

2. Yaşıtlarının onunla arkadaş olmak istememesi	0	1	2	3	4
3. Yaşıtları tarafından alay edilmesi	0	1	2	3	4
4. Yaşıtlarının yapabildiği şeyleri yapamaması	0	1	2	3	4
5. Yaşıtlarına ayak uyduramaması	0	1	2	3	4

Okul ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Sınıfta dikkatini toplayamaması	0	1	2	3	4
2. Bazı şeyleri unutması	0	1	2	3	4
3. Derslerinden geri kalması	0	1	2	3	4
4. Kendini iyi hissetmediği için okula gidememesi	0	1	2	3	4
5. Doktora ya da hastaneye gittiği için okula gidememesi	0	1	2	3	4

EK-7

BECK DEPRESYON ENVANTERİ

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o durumun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi işaretleyiniz.

1.a) Kendimi üzgün hissetmiyorum

b) Kendimi üzgün hissediyorum

c) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum

d) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum

2.a) Gelecekte umutsuz değilim

b) Gelecek konusunda umutsuzum

c) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok

d) Benim için gelecek olmadığı gibi bu durum düzelmeyecek

3.a) Kendimi başarısız görmüyorum

b) Herkesten daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır

c) Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlığımın olduğunu görüyorum

d) Kendimi bir insan olarak tümüyle başarısız görüyorum

4.a) Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum

b) Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum

c) Artık hiçbir şeyden gerçek zevk alamıyorum

d) Beni doyuran hiçbir şey yok. Her şey çok can sıkıcı

5.a) Kendimi suçlu hissetmiyorum

b) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor

c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum

d) Kendimi her an için suçlu hissediyorum

6.a) Cezalandırılıyormuşum gibi duygular içinde değilim

b) Sanki, bazı şeyler için cezalandırılabilmişim gibi duygular içindeyim

c) Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum

d) Bazı şeyler için cezalandırılıyorum

7.a) Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım

b) Kendimi hayal kırıklığına uğrattım

c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum

d) Kendimden nefret ediyorum

8.a) Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum

b) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum

c) Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum

d) Her kötü olayda kendimi suçluyorum

9.a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok

b) Bazen, kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şeyi yapamam

c) Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim

d) Eğer fırsatını bulursam kendimi öldürürüm

10.a)Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum

b)Eskisine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum

c)Şimdilerde her an ağlıyorum

d)Eskiden ağlayabilirdim. Şimdilerde istesem de ağlayamıyorum

11.a)Eskisine göre daha sinirli veya tedirgin sayılmam

b)Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim

c)Çoğu zaman sinirli ve tedirginim

d)Şimdilerde her an için tedirgin ve sinirliyim

12.a)Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim

b)Eskisine göre insanlara daha az ilgiliiyim

c)Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim

d)Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı

13.a)Eskisi gibi rahat ve kolay kararlar verebiliyorum

b)Eskisine kıyasla, şimdilere de karar vermeyi daha çok erteliyorum

c)Eskisine göre, karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum

d)Artık hiç karar veremiyorum

14.a)Eskiden daha kötü bir dış görünüşüm olduğunu sanmıyorum

b)Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyorum ve üzülüyorum

c)Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğunu hissediyorum

d)Çok çirkin olduğumu düşünüyorum

15.a)Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum

b)Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha fazla çaba harcıyorum

c)Ne iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum

d)Hiç çalışmıyorum

16.a)Eskisi kadar rahat ve kolay uyuyabiliyorum

b)Şimdilerde eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum

c)Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta güçlük çekiyorum

d)Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum

17.a)Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum

b)Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum

c)Şimdilerde neredeyse her şeyden kolay ve çabuk yoruluyorum

d)Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yoruluyorum

18.a)İştahım eskisinden pek farklı değil

b)İştahım eskisi kadar iyi değil

c)Şimdilerde iştahım epey kötü

d)Artık hiç iştahım yok

19.a)Son zamanlarda pek kilo kaybettiğimi sanmıyorum

b)Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla kaybettim

c)Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim

d)Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim

20.a)Sağlığım beni pek endişelendirmiyor

b)Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntılarım var

c)Ağrı, sızı gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor

d)Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka şeyleri düşünemiyorum

21.a)Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir yok

b)Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum

c)Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim

d)Artık cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı.

*Hisli N:Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği
.Psikoloji Dergisi 1989; 7-3-13*