

# ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARINA GİRİŞ



**ATATÜRK  
ÜNİVERSİTESİ**  
AÇIKÖĞRETİM FAKÜLTESİ

**ÇOCUK PSİKOLOJİSİ  
VE RUH SAĞLIĞI**

**Uzm. Dr. Bahadır  
TURAN**

**Dr. Öğr. Üyesi  
İbrahim Selçuk ESİN**



## İÇİNDEKİLER

- Tanım ve Tarihçe
- Ruhsal Bozukluklar Nasıl Oluşur?
- Ruhsal Bozuklukları Erken Yaşta Tespit Etmenin Önemi
- Ruhsal Bozuklukların Görülme Sıklığı
- Ruh Sağlığı Değerlendirilmesi
- Ruhsal Bozukluklarda Genel Tedavi Yaklaşımları

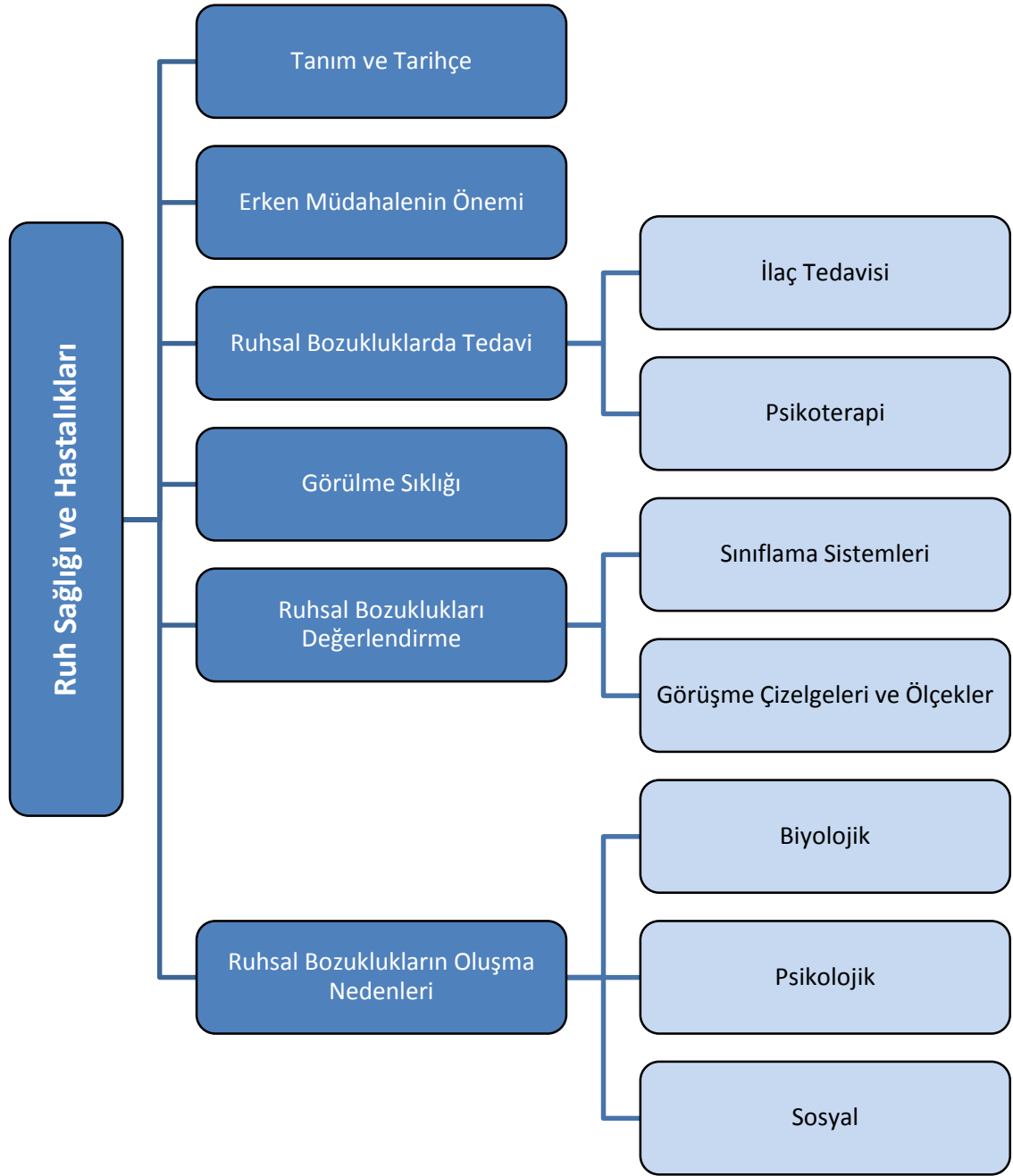


## HEDEFLER

- Bu üniteyi çalıştıktan sonra;
- Çocuk ve ruh sağlığı ve hastalıkları bilim dalının tarihçesi ve ilgilendiği konulara hâkim olabilecek,
- Ruhsal bozukluklarda erken müdahalenin önemini kavrayabilecek,
- Ruhsal bozuklukların oluşum nedenleri ve görülme sıklıklarını görebilecek,
- Ruhsal bozuklukların tespitinde kullanılan yöntemleri öğrenebilecek,
- Ruhsal bozukluklarda genel tedavi yaklaşımlarını tanıyabileceksiniz.

**ÜNİTE**

**1**



## GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütüne göre sağlık; bedensel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik hâli şeklinde tanımlanmaktadır [1, 2]. Bu bağlamda kişinin ruhsal ve sinirsel yönden sağlıklı olması durumuna ruh sağlığı denebilir. Kendini ve çevreyi gerçekçi bir şekilde algılayabilen ve değerlendirebilen, kişiler arası ilişkilerden doyum sağlayabilen, gerektiğinde onlara ilişkin sorumluluklar yüklenebilen, yaşadığı toplumun kültürel, sosyal ve ekonomik normlarına uyabilen, uymadığında çevreyi rahatsız etmenden bunu çözmeyi başarabilen, yaşama motivasyonu ile yaratıcı olabilen, kendisi için uygun planlamalar yapan, uygun amaçlar belirleyen, başarısızlıklarını ve düş kırıklıklarını olumlu bir biçimde kabul edebilen, bunlarla başa çıkabilen vs. bireylere ruhsal açıdan sağlıklı denebilir. Freud ise ruh sağlığını “sevmek ve çalışmak” olarak tanımlamıştır [3]. Gerçekten sevebilen, paylaşabilen ve çalışan bir kişi ruh sağlığını koruyor demektir.



Ruh sağlığı, genel sağlık durumumuzun önemli bir parçası olup bedensel sağlığımız ile etkileşim içindedir.

Ruh sağlığı, genel sağlık durumumuzun önemli bir parçası olup bedensel sağlığımız ile etkileşim içindedir. Örneğin utandığımızda yüzümüz kızarır, heyecanlanınca kalbimiz hızlı çarpar veya birçok ruhsal hastalıkta, bedensel hastalıklarda olduğu gibi ağrı, uyuşma, hâlsizlik, felç, görme kaybı gibi belirtiler görülebilir. Neyi nasıl düşündüğümüz, hissettiğimiz ve hareketlerimiz, hem beden hem de ruh sağlığımızı etkileyebilir [Şekil 1.1.]. Kilosu ile ilgili akranları tarafından dalga geçilen aşırı kilolu bir çocuk, sosyal olarak kendini geri çekebilir, depresyona girebilir, başkaları ile oyun oynamak veya egzersiz yapmak konusunda isteksiz olabilir. Bu da o çocuğun hem beden hem de ruh sağlığını daha da bozabilir. Bu tür problemler çocukların ve gençlerin kendi potansiyellerini göstermelerine engel olup uzun vadede toplumun sağlık, eğitim veya çalışma hayatı gibi alanlarına yük oluşturan nedenlerden biri olabilmektedir.

Amerika Birleşik Devletleri’nde herhangi bir ruh sağlığı bozukluğu tanısı konmuş olan çocuk ve ergen sayısının 15 milyonun üzerinde olduğu bildirilmiş olup bu sayıdan daha da fazlasının risk altında olduğu düşünülmektedir. Ayrıca tedaviye ihtiyacı olan bu çocuk ve ergenlerin sadece %7’sinin ruh sağlığı çalışanlarından yardım aldığı tahmin edilmektedir [4]. Bu bağlamda çocukların kendine özgü özelliklerini de hesaba katarak iyi klinik deneyimi olan, bilimsel kanıtlara dayanan tedaviler uygulayabilecek ruh sağlığı alanında çalışan profesyonellere ihtiyaç her geçen yıl artmaktadır.

Ruh sağlığı alanında yapılan araştırmalar çocukların, gençlerin ve ailelerinin psikiyatrik hastalıklarının önlenmesine ve daha etkili tedavisine katkıda bulunmak için ailelere yönelik programlar ve okulla iş birliği içinde çalışmalar yürütmek gerektiğini vurgulamaktadır.

Aşağıdakilerin herhangi biri veya birkaçının çocukta bulunması o çocuğun uzman biri tarafından değerlendirilmesi gerektiğini işaret eder:

- Okul başarısında düşme,
- Çaba gösterilmesine rağmen düşük başarı,
- Sürekli korku ve endişe,

- Okula gitmeyi veya akranlarıyla iletişim kurmayı reddetme,
- Aşırı hareketlilik ve huzursuzluk,
- Uzun süren ve tekrarlayan kâbuslar,
- Kurallara uymama ve saldırganlık,
- Sürekli mutsuzluk, üzüntü veya sinirlilik.

Çocuklarda bu tür problemleri erken tespit edip gerekli yönlendirmeleri yapmak, çocukların gerçek potansiyellerine ulaşmalarını sağlayarak uygun tedavi sonucunda bozukluğun tekrarlaması önlenir ya da geciktirilir, ayrıca bu bozuklukların çocuk, ailesi ve toplum üzerine olumsuz etkisi azaltılmış olur.

*Çocuk ruh sağlığı değerlendirilirken çocuk psikiyatristi ile görüşme, psikolojik testler ve gerek duyulduğunda diğer tıbbi bölümlerden görüş istenmesi gerekmektedir.*

Değerlendirme sonucunda herhangi bir ruh sağlığı bozukluğu tanısı konulur ise kapsamlı bir tedavi programı oluşturulur. Bu tedavi mevcut bozukluğun şekline, şiddetine ve çocuğun özelliklerine bağlı olarak psikoterapi ve/veya ilaç tedavisi olabilmektedir.

## TANIM ve TARİHÇE



Çocuk ruh sağlığı değerlendirilirken çocuk psikiyatristi ile görüşme, psikolojik testler ve gerek duyulduğunda diğer tıbbi bölümlerden görüş istenmesi gerekmektedir.

Ruhsal yönden sağlıklı yaşama yollarını geliştiren, ruhsal problemleri oluşmadan önleme yolları üzerine çalışan bilgi koluna “Koruyucu Ruh Sağlığı”; ruhsal hastalıkların nedenleri, belirtileri, çeşitleri ve tedavisi ile uğraşan bilim dalına da “Ruh Sağlığı ve Hastalıkları (Psikiyatri)” denir.

*Bir tıp dalı olan Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları (Çocuk ve Ergen Psikiyatri), 0-18 yaş arası çocuk ve ergenlerde görülen duygu, düşünce, davranış ve bunlarla ilişkili gelişimsel, akademik ve ruhsal sorunların değerlendirilmesi, tanı konulması ve uygun tedavinin belirlenmesini amaç edinmiş bir bilim dalıdır.*

Oldukça geniş bir alanı olan çocuk ve ergen psikiyatristi, aileleri eğiterek, çocuğun ruhsal gelişimi hakkında doğru ve akılcı yönlendirmeleri yaparak ruhsal açıdan sağlıklı bir nesil yetiştirilmesine de katkıda bulunur. Bu bağlamda başlıca ilgilendiği alanlar şu başlıklar altında sınıflandırılabilir:

- Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu,
- Otizm spektrum bozukluğu ve diğer sosyal gelişim ile ilişkili bozukluklar,
- Korku ve kaygı bozuklukları,
- Konuşma ve sözel olmayan iletişim bozuklukları,
- Çocuk ve ergen depresyonu ve diğer duygu düzenlenmesi ile ilişkili bozukluklar,
- Zihinsel gelişim ve öğrenme ile ilişkili bozukluklar,
- Davranış bozuklukları ve diğer davranış gelişimi ile ilişkili bozukluklar,
- Uyku bozuklukları,

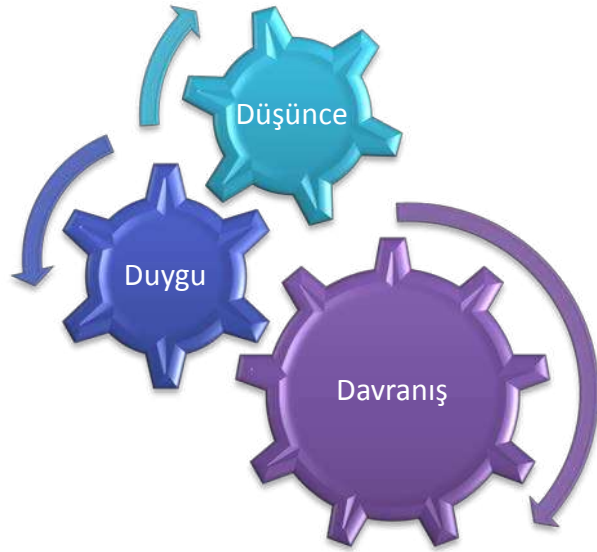


Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları bölümü ele aldığı konular itibarıyla pek çok alanla iş birliği içerisinde.

- Travma ve stres ile ilişkili bozukluklar,
- Yeme bozuklukları,
- Arkadaş ve aile içi sorunlar, ergenlik sorunları.

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Bölümü ele aldığı konular itibarıyla Erişkin Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Adli Tıp, Çocuk Nöroloji, Psikoloji, Çocuk Gelişimi ve Sosyal Çalışma gibi diğer alanlar ile yakın bir iş birliği içerisinde.

Çocuk ve Ergen Psikiyatristi olabilmek için 6 yıllık tıp fakültesi eğitimi bitirdikten sonra çeşitli sınavlara girerek çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları alanında 4 yıl uzmanlık eğitimi alınması gerekmektedir.



Şekil 1.1. Düşünce, duygu ve davranış çarkı.

*Ruhsal yapımız; düşünce, duygu ve davranışlarımızdan oluşur.*

Dünyada Çocuk ve Ergen Psikiyatrisinin tarihsel gelişimine bakıldığında ilk somut işaretler, 1835'te İngiltere'de gençlerin erişkinlerle aynı yerde tutuklanmama kararının alınmaması, 1854'te ilk islahevinin açılması, 1899'da Amerika'da, 1904'te İngiltere'de ve 1912'de Fransa'da çocuk mahkemelerinin açılması sayılabilmektedir [5]. Amerika'da 1920'de ilk çocuk rehberlik bürosu açılmış, bunu 1930'da ilk çocuk psikiyatri kliniğinin kurulması ve 1958'de çocuk psikiyatrisinin ayrı bir uzmanlık dalı olarak kabul edilmesi izlemiştir. Bunun dışında İbni Sina'nın "Kanun" adlı kitabında çocuk ruh sağlığı alanında yazıları [6], Sigmund Freud'un yayınladığı "İnfantil Cinsellik", Melanie Klein ve Anna Freud'un çocuk psikanalizi ile ilgili çalışmaları [Şekil 1.2.] ve 1935'te Leo Kanner'in "Çocuk Psikiyatrisi" kitabı çocuk psikiyatrisi tarihsel gelişiminde çok önemli bir yer tutmaktadır [5, 7].

Ülkemizde çocuk ve ergen psikiyatrisinin gelişimi Birinci Dünya Savaşı sırasında Kazım Karabekir Paşa'nın çabalarıyla kurulan Darüleytamlar, daha sonra 1921'de kurulan Çocuk Esirgeme Kurumunun açılması ile hareket kazanmıştır. Sonrasında 1934 yılında Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde "idiot"

çocuklar için bir koğuş açılmış olup buraya ağır zekâ geriliği, ciddi davranış problemleri olan çocuklar yatırılırdı [8].



Türkiye’de Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları 1997 yılında YÖK kararı ile ana bilim dalı statüsü kazanmıştır.

Ord. Prof. Dr. İhsan Şükrü Aksel, başkanı olduğu İÜ Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniği bünyesi içinde çocuk psikiyatrisi dalının açılmasını planlamış, 6 Şubat 1957’de iki odalık bir bölüme “İÜ Çocuk Psikiyatrisi Enstitüsü” tabelası asılarak Çapa’da poliklinik faaliyetine resmen geçilmiştir [9]. 1981 yılındaki yasa değişikliği ile “Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalı” şekline dönüşmüş ve 1997 yılında YÖK kararı ile “Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı ” ismi altında ana bilim dalı statüsünü kazanmıştır.



**Şekil 1.2.** Çocukluk dönemi özellikleri üzerine gözlemleriyle Çocuk Ruh Sağlığı alanında çok önemli bir yer edinmiş olan Anna Freud. (d.1895-ö.1982) Kaynak: <https://www.freud-museum.at/>.

## RUHSAL BOZUKLULAR NASIL OLUŞUR?



### Bireysel Etkinlik

- Erken yaşta annesini kaybeden 2 ergenden birine korku ve kaygı bozukluğu tanısı konuyor fakat diğerinde herhangi bir bozukluk tespit edilmiyor. Ruhsal hastalıklar, bazı insanlarda ortaya çıkarken diğerlerinde neden ortaya çıkmayabilir?
- Bir kişinin ailesindeki fertlerden biri şizofreni hastası ise bu hastalık o kişide her zaman ortaya çıkar mı?

*Ruhsal bozuklukların oraya çıkmasında kişiden kişiye farklı derecelerle olmakla birlikte hem çevrenin hem de genetik etmenlerin etkisi bulunmaktadır.*

Otizm, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu gibi bazı bozukluklarda genlerin etkisi anksiyete bozukluğu ve depresyona göre daha belirleyici rol oynasa da dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun ortaya çıkmasında, kalıcılık göstermesinde, hayatı etkileme derecesinde çevresel etmenlerin çok önemli etkileri olabilmektedir.

Çocuk ve Ergen Psikiyatri beyin görüntüleme, genetik araştırmalar ve ilaç çalışmaları nedeniyle biyolojik; ruhsal hastalıkların oluşumunu önlemeye yönelik çalışmalar, aile ve toplum ile ilgilenmesi bakımından ise sosyolojik bir bilim dalıdır.



Çocuk ve Ergen Psikiyatri, biyolojik ve sosyolojik alanları olan bir bilim dalıdır.

Ruhsal hastalıklar kişinin:

- Biyolojik: Kişinin soyundan geçen genler vasıtası ile,
- Psikolojik: Kişinin kendi mizacı, olayları değerlendirme şekli, kendi ile ilgili değer yargılarındaki farklılıklar ile,
- Sosyal: Çevresi ile etkileşimi neticesinde gelişebilir.

Tüm bunlar göz önüne alındığında ruhsal hastalıkların “**biyopsikososyal**” çerçevede değerlendirilmesi gerektiği görülmektedir. Biyopsikososyal yaklaşım, beyin ve diğer organlarımızın fiziksel uyarılara duyarlı olmakla kalmayıp sosyal değişikliklere de duyarlı oldukları ve bu değişikliklerden etkilenebilecekleri temeline dayanmaktadır [Şekil 1.3].

## Biyolojik Etmenler

Biyolojik etmenlerin başında gelen kalıtım, kişinin oluşumu sürecinde bir takım özelliklerinin anne ve babasındaki genler yoluyla kendisine, sonrasında bir kuşaktan ötekine geçmesi olarak tanımlanmaktadır. Yani genlerimizle saptanan özelliklerimizdir. Örneğin göz rengimiz bize genler aracılığıyla aktarılan bir özelliktir ve sonradan değiştirilemez.

Ruhsal hastalıklarda kalıtımın etkisi konusunda çok çeşitli araştırmalar yapılmıştır. Örneğin aile üyelerinin herhangi birinde bir ruhsal hastalık görülmesinin diğer aile ferdinde de görülme ihtimalini artırdığı fark edilmiş olup bu ihtimalin özellikle ikiz kardeşler arasında daha fazla olduğu saptanmıştır [10]. Bu gibi sonuçlar bize kalıtımın ruhsal bozuklukların gelişiminde çok önemli etmenlerden biri olduğunu göstermiştir.

Biyolojik etmeler özellikle otizm, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, bipolar bozukluk, depresyon ve şizofreni gibi ruhsal hastalıklar için önemlidir.

*Biyolojik yatkınlığını olmadığını bildiğimiz bir kişi, başına ne gelirse gelsin bir ruhsal hastalık geliştirmeyebilir iken biyolojik yatkınlığı olan bir kişi hayatında her şey yolunda iken depresyona girebilir.*



## Psikolojik Etmenler

Bireyin kendisi, dünya ve diğer insanlar hakkında olumsuz inançlara sahip olması, olumsuz duygu ve davranışlara yol açabilmektedir. Bazı ruhsal hastalıkların belirtileri ise bazı davranışların pekiştirilme ve cezalandırılmaları ile oluşmaktadır.

Olumsuz bir düşüncenin veya olayın her kişide oluşturabileceği etki farklılık gösterebilir. Bu o kişinin yaşadığı olayı algılayış biçimine, yani kişinin hayatını, duygularını ve düşüncelerini ne kadar olumsuz etkilediğine bağlıdır. Örneğin kendini hep değersiz ve seilmeyen biri olarak gören bir kişi çevresindeki yaşanabilecek olumsuz durumlar nedeniyle bu düşüncesini pekiştirebilir ve sonuç olarak kişide bu özellikler bazı depresif duygulara ve bu bağlamda olumsuz davranışlara yol açabilir.



Ruhsal hastalıklara biyolojik, psikolojik ve sosyal etmenler katkıda bulunmakla birlikte bozukluğu ortaya çıkmasına neden olan etmenleri her zaman ayırt edemeyebiliriz.

## Sosyal Etmenler

Ruhsal bozuklukların gelişiminde, toplum desteği, aile, kişiler arası ilişki biçimi sosyal etmenleri oluşturan başlıklardan bazılarıdır. Örneğin erken gelişim döneminde bebek ve bakıcısı arasındaki ilişki, çocuğun ilerideki yaşantısı için çok önemlidir. Bu dönemde anne-bebek arasındaki ilişki, bebeğin duygularının ve davranışlarının gelişimi, olayları anlamlandırma biçimi açısından kritik öneme sahip olup bu sürecin sağlıklı bir şekilde tamamlanmasına “güvenli bağlanma” denmektedir. Güvenli bağlanan çocuklar duygularını kontrol edebilir, farklılıklara daha kolay uyum sağlayabilir ve ilerde sorunlarla daha kolay başa çıkabilmede yeterli donanıma sahip olabilirler [11]. Bu nedenle ailede ruhsal hastalık, çocuğun ihmal veya istismarı gibi etmenler, ruhsal bozukluklara yatkınlık oluşturan sosyal etmenlerden bazıları olarak karşımıza çıkmaktadır.

Sorunlarla başa çıkma sırasında bireyin yardım ve destek alabileceği sosyal kaynakların varlığı, ruhsal bozukluklardan koruyucu rol oynar. Sosyal desteği yetersiz bireylerde psikiyatrik hastalıklar daha sık ortaya çıkar ve daha şiddetli seyreder [1].

*Özellikle gençlerde sosyal ve kültürel beklentiler, ailelerin ve toplumun kendilerinden beklediği şeyler, örneğin yeme bozukluğu, kaygı bozukluğu gibi bozukluklara neden olabilir. Bedensel mükemmelliği ve güzelliği sürekli aşıl原因an postmodern yaklaşımlar, ailelerin çocukları üzerindeki başarı beklentilerinin çocuklara zarar verecek boyutlara gelmesi, eğer kişide biyolojik ve psikolojik olarak yatkınsa bu gibi bozuklukların gelişimi için risk teşkil etmektedir.*

Ruhsal bozukluklarda biyolojik, psikolojik ve sosyal etmenlerin birbiriyle etkileşerek hastalıkların gelişimine neden olduğu düşünülmektedir. Fakat bir bozukluğu ortaya çıkaran veya çıkmasına neden olan etmenleri her zaman ayırt edemeyebiliriz.





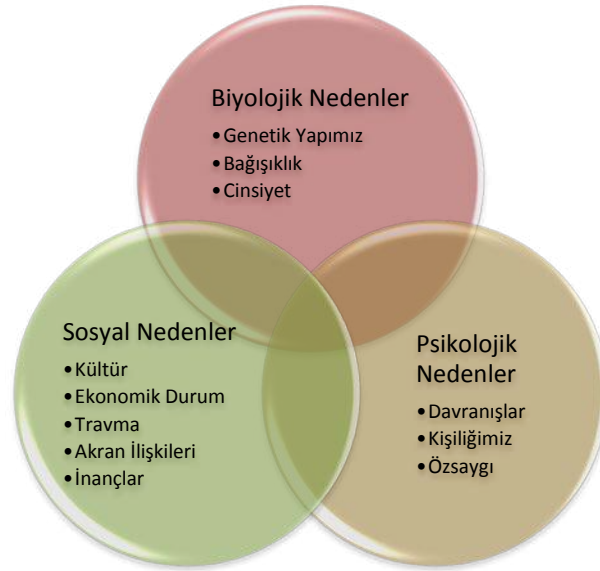
Ruhsal bozukluklar, eğer uygun tedavi edilmezse çocuk büyüdükçe daha fazla işlev kaybına neden olabilmektedir.

Yukarıda ruhsal bozuklukların ortaya çıkmasına neden olan çeşitli etmenler dışında enfeksiyonlar, beynin hasar görmesi, doğum sakatlıkları ve travma gibi etmenler de bu bozuklukların ortaya çıkmasını kolaylaştırabilir.



Örnek

- Çocukluk çağında yaşanan travmatik bir olay (kötü muamele, şiddet, istismar) kalıcı hasarlara neden olup ruhsal bozukluklara yol açarak erişkin yaşama dek sürebilir ve kişinin hayatını olumsuz etkileyebilir.
- Annenin gebeliği sürecinde geçirdiği ateşli bir hastalık çocukta zihinsel yetersizliğe neden olabilir.



**Şekil 1.3.** Biyopsikososyal Model. Bu modele göre kişinin sağlığının biyolojik, psikolojik ve sosyal etmenlerin iç içe olduğu göz önünde bulundurarak tüm bu etmenlerin ayrı ayrı değil de bir bütün içinde değerlendirilmesi gerektiği ifade edilir.

## RUHSAL BOZUKLUKLARI ERKEN YAŞTA TESPİT ETMENİN ÖNEMİ

Çocukluk ve ergenlik dönemi, birçok ruhsal bozukluğun başladığı, erken tanı konma ve tedaviye başlamanın ruhsal bozuklukların bıraktığı olumsuz etkilerin azaltılabilmesi açısından çok kritik öneme sahip bir dönemdir. Ruhsal bozukluklar, eğer uygun tedavi edilmezse çocuk büyüdükçe daha fazla işlev kaybına neden olabilmektedir.

*Ruhsal bozukluk yaşayan çocuklarda yaşamayanlara göre birden fazla bozukluğun ortaya çıkması ya da daha önceden yaşanan bozukluğun daha sonraki yıllarda tekrarlama olasılığı çok yüksektir.*



Ruhsal bozukluğu olan bir çocukta başka bir ruhsal bozukluğun ortaya çıkma ihtimali ya da aynı bozukluğun sonraki yıllarda tekrarlama olasılığı daha yüksektir.

Ergenlik döneminin ortalarına kadar birçok çocuk duygudurum, korku ve kaygı bozukluklarının ortaya çıkması açısından yüksek risk altındadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde yayınlanan bir rapora göre, çocuk psikiyatri uzmanları ve psikolog, sosyal hizmet uzmanı gibi ruh sağlığı çalışanlarının genellikle sadece kurumsal ortamlarda hizmet vermeleri nedeniyle birçok çocuk tedavi olmadan toplum içinde yaşamaktadır [12]. Bu da bize çocuk gelişimi ve ruh sağlığı alanında, sahada çalışan diğer yardımcı profesyonellerin risk altındaki çocukları tanınması ve uygun yönlendirmeler yapması bakımından ne kadar kilit bir noktada olduğunu göstermektedir.

Erken tanı ve tedavi hizmetleri, hem ruhsal bozukluğun olumsuz etkilerini hem de bu bozuklukların maliyetini ve topluma yükünü en aza indirmektedir [13]. Bu bağlamda erken tanı hizmetlerinin yetersizliği o toplumda tamamlanmamış ruh sağlığı hizmetlerini ortaya koymaktadır [14].

## ÇOCUK ve ERGENLERDE RUHSAL BOZUKLUKLARIN GÖRÜLME SIKLIĞI



Bireysel Etkinlik

- Bir hastalığın görülme sıklığına dair bilgiler neden önemlidir?

Çocuk ve ergenlerde ruhsal bozuklukların görülme sıklığı, bu bozuklukların nedenlerinin aydınlatılması, önleyici müdahaleler ve tedavi programlarının geliştirilmesi açısından önem arz etmektedir. Çünkü bu dönemde başlayan çoğu ruhsal bozukluk erişkin döneme kadar sürüp yaşam boyu önem taşıyabilmekte ve zaman geçtikçe kişilerde birçok yönden kayba neden olmaktadır.

Bir bozukluğun veya bir toplumda görülen bozuklukların görülme sıklığını bilmemiz;

- O bozukluğun zaman içinde gösterdiği değişimi gözlemlememize,
- Toplumun sağlık sorunları daha iyi tanımamıza,
- O bozuklukların belirtilerini tam olarak anlamamıza,
- Kişilerin bu hastalıklar ile karşılaşma risklerini saptamamıza,
- Hastalıkların nedenleri belirlememize,
- Bu problemlerin çözümüne yönelik müdahaleler geliştirmemize yardımcı olur [15].



Ruhsal bozuklukların görülme sıklığı, bu bozuklukların nedenlerinin aydınlatılması, önleyici müdahaleler ve tedavi programlarının geliştirilmesi bakımından önem teşkil etmektedir.

Ruhsal bozuklukların görülme sıklığı konusunda yapılan çalışmalar yaşanan coğrafi bölgeye, kişinin yaşına, cinsiyetine, tanı konulurken kullanılan yöntemlerin farklılığına göre çeşitlilik gösterebilmektedir. Bu nedenle bu faktörlere göre çoğu ruhsal bozukluğun görülme sıklığı değişebilmektedir. Örneğin okul çağı çocuklarında depresif bozukluk görülme sıklığı ergenlik dönemine göre daha azdır veya ayrılık kaygısı bozukluğunun görülme sıklığı yaş ilerledikçe azalmaktadır.

Aşağıda bazı hastalıkların görülme sıklığı verilmiş olup kitabın konu ile ilgili bölümlerinde görülme sıklığı ile ilgili daha ayrıntılı bilgiler verilecektir:

Erzurum’da çocuklarda psikiyatrik hastalıkların görülme sıklığına yönelik yapılan bir çalışmada [16];

- Spesifik fobi %4,
- Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu %2.4,
- Karşıt olma karşı gelme bozukluğu %1.8,
- Major depresyon %1.2,
- Davranış bozukluğu %0.6,
- Sosyal fobi %0.5,
- Yaygın anksiyete bozukluğu %0.5 olarak tespit edilmiştir.

## ÇOCUK RUH SAĞLIĞI DEĞERLENDİRİLMESİ

Çocukların ruh sağlığının değerlendirilebilmesi için gelişim dönemlerine karşılık gelen özelliklerine hâkim olmak, mevcut aile sistemlerini ve çevresel faktörleri bilmek ve tüm bunların birbiriyle olan ilişkilerini ayrıntılı olarak değerlendirmek gerekmektedir. Her bozukluğa özgü değerlendirme sürecinin farklılık gösterebileceği akılda tutulmakla birlikte genel olarak;

- Anne-baba ile görüşme,
- Çocukla görüşme,
- Ruhsal durum muayenesi,
- Psikolojik testler,
- Öğretmenden bilgi alma,
- Gerekirse diğer tıbbi bölümlerden görüş ve öneri isteme,
- Bilgileri analiz etme, değerlendirme,
- Tanı ve tedavi planı oluşturma gibi aşamalar izlenmelidir.

*Çocuklara tanı koymak, onları “etiketlemek” için değildir. Amaç çocuğun yaşadığı zorlukları ve yapabildiği becerileri daha doğru tanımlayıp onlara gerekli yardımı ve desteği sağlamaktır.*



Çocukların ruh sağlığının değerlendirilmesi mutlaka alanında uzman biri tarafından yapılmalıdır.

## ÇOCUK RUH SAĞLIĞI ve HASTALIKLARINDA KULLANILAN TANI SINIFLAMA SİSTEMLERİ



Örnek

- Soru: Yaramazlık (Çok hareketlilik) ile dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu aynı kavramlar mıdır?
- Cevap: Hayır. Çok hareketlilik, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun bir parçası olabilir. Her yaramaz veya çok hareketli çocuk, klinik olarak dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğuna sahip olmayabilir. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun tanısının konması ve tedavi gerekliliğinin belirlenmesi için kişinin belirli kriterlere uyması gerekir.



Bireysel Etkinlik

- Depresyon ile mutsuzluk kavramları arasında ne gibi farklar bulunmaktadır?

Psikiyatri alanında çeşitli tanılama sistemleri kullanılmaktadır. Çocuk Psikiyatri alanında en sık kullanılan güncel tanı sınıflama sistemleri Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından belirli zaman aralıkları ile yayınlanan ve en güncel hâli olan ICD 10 (Uluslararası Hastalık Sınıflandırması) ve Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayınlanan DSM-5'tir (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı).



Ruh sağlığının değerlendirilmesinde kullanılan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel Kitabı (DSM) dünyada en sık kullanılan sınıflandırma sistemlerinden biridir.

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nın 1953'te yayınlanan ilk ve 1968'de yayınlanan ikinci baskısında çocuk ve ergen psikiyatrisine "Çocuk ve Ergenlik Davranış Bozuklukları" altında bir bölüm ayrılmıştır [17]. Sonrasında 1974'te yayınlanan DSM-3'te "Bebeklik, Çocukluk veya Ergenlik Döneminde Tanısı Konan Bozukluklar" altında geniş kapsamlı bir yer ayrılmıştır [18]. 2013 yılında yayınlanan en güncel DSM-5'te ise hastalıklar, çocukluk veya yetişkinlik dönemi şeklinde kategorize edilmemiş; daha boyutsal bir yaklaşım (ruhsal bozuklukların aslında tek bir hastalığın zaman içinde farklı klinik görünümler şeklinde ortaya çıkmasından ibaret olması) benimsenmiştir [19]. Çocuklukta görülen bu bozukluklar, "Nörogelişimsel Bozukluklar" olarak sınıflandırılmıştır. Nörogelişimsel bozukluklar, çocukluk çağında başlayan erişkinlik döneminde de devam edebilen beyin gelişim bozukluklarının genetik veya sonradan edinilmiş problemleri olarak tanımlanmış olup hastalığın görülme dönemine göre sınıflandırıldığı eski kategorik

yaklaşımdan ziyade boyutsal yaklaşımın hastalıkların değerlendirilmesi ve tanı konulması sürecinde daha etkin olacağı düşünülmüştür.

## RUHSAL BOZUKLUKLARDA GENEL TEDAVİ YAKLAŞIMLARI

Günümüzde pek çok işi psikiyatrik hastalıkların tedavisinde ilaçların etkisiz veya geçici; psikoterapi yöntemlerinin veya kendi başına çözebilmek gibi yanlış inanışların ise daha kalıcı bir iyileşme sağladığına inanmaktadır. Bu düşünce muhtemelen ruhsal hastalıkların kavranması ve anlaşılması güç hastalıklarmış gibi görünmesinden ve bu durumların ilaçlar gibi somut yöntemlerle düzelmesinin mümkün olmaması düşüncesi ile ilgili olabilir. Fakat ruhsal bozuklukların yukarıda bahsedildiği gibi temelde genetik nedenlerle geliştiği ve ilerlediği düşünüldüğünde günümüzde geçerliliğini kaybetmiş bir düşünce olarak görülmektedir.

Uygun psikiyatrik tedavi, bireylerin ruh sağlığının korunması, iyileştirilmesi ve tedavinin devamlılığı için hasta mahremiyetinin üst düzeyde tutulması olmak üzere hasta haklarına saygılı ve etik değerlere bağlı, tedavi edici uygulamaların yanında koruyucu hekimliği de benimseyen bir şekilde başlamalıdır [Şekil 1.4.].



Ruhsal bozuklukların tedavisinde bir psikiyatri uzmanına danışılıp uygun tedavi planı belirlenmesi anahtar noktadır.



**Şekil 1.4.** Çocuklarda tedavi edici uygulamalar ailenin katılım ve desteği ile daha etkili hâle gelmektedir. Kaynak: <https://rankenjordan.org/>

*Ruhsal bozuklukların ilaçla tedavisi genel tedavi yaklaşımlarının ilkinin oluşturmaktadır. Ancak psikiyatrik ilaçların kullanımı, örneğin antibiyotikler gibi, yalnızca bir kutu ile sınırlı olmamaktadır. Ruhsal bozuklukların tedavisi düzelme sağlansa bile sonrasında bir süre daha sürdürülebilmektedir.*

İlaç tedavisi ile ilgili yanlış bilinenler:

- “İlaç etki göstermedi, aksine yan etkileri oldu.”

Psikiyatrik ilaçların tedavi edici etkisi, ilacın türüne bağlı olmakla birlikte genel olarak günler hatta haftalar içinde başlamaktadır. İlk günlerde iyileştirici etkisi ortaya çıkmadan yan etkileri ortaya çıksa bile genellikle kullanılmaya devam edildikçe yan etkileri azalır iyileşme belirtileri başlamaktadır.

- “İlaç etkisini gösterdi ve iyileştim, artık ilacı bırakabilirim.”

Çocuklar ve aileleri bazen ilk günlerde veya haftalarda iyileşme olduğunu tarif ederler, hatta bu iyileşmenin kendi iradeleri ile ilgili olduğuna inanıp ilacı bıraksa bile bunun süreceğini düşünürler. Tedaviyi erken bırakmak, hastalığın tekrarlamasına neden olabilir, daha uzun süre devam etme riskini artırabilir ve tedaviye baştan başlamak durumunda kalınabilir.

- “Psikiyatrik ilaçların hepsi bağımlılık yapar.”

Ruh sağlığı ve hastalıkları alanında kullanılan pek çok ilaç bulunmakta olup bunların yalnızca az bir kısmının bağımlılık yapıcı etkisi bulunmaktadır. Günümüzde özellikle sıkça bahsedilen antidepresan ve dikkat dağınıklığında kullanılan ilaçların bağımlılık yapma riski bulunmamaktadır. Doktorların hastalarına ilaca başlatmadan önce mutlaka bu konuda bilgi vermesi gerekmele birlikte hastaların bu inanışla ilacı bırakmamaları gerekmektedir. Aksine uygun bir şekilde tedavi edilmeyen bir dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan çocuğun erişkin yaşamda çeşitli uyuşturucu maddelere bağımlılık geliştirme riskleri daha fazladır.

- “Psikiyatrik ilaçlar vücuda zarar verir.”

Her ilacın vücuda bazı zararlı etkileri olabilir. Bu konuda tüm bilim dalı hekimleri, hasta bazında getirilerini ve götürülerini düşünüp nihayetinde bir karar vermektedir. Psikiyatrik ilaçların genel olarak tümünün diğer alanlarda kullanılan ilaçlara göre daha fazla veya daha az vücuda etkisi bulunmamaktadır. İlaça göre değişmekle birlikte bazen kullanılan bir antibiyotik vücuda zararı bir psikiyatrik ilaçtan fazla olabilmektedir. Bu konuda mutlaka hekimle görüşülmeli ve yalnızca hekimin önerilerine göre hareket edilmelidir.



Her ilacın vücuda bazı zararlı etkileri olabilir/olmayabilir. Bu konuda tüm bilim dalı hekimleri, hasta bazında getirilerini ve götürülerini düşünüp nihayetinde bir karar vermektedir.

Ruhsal bozuklukların tedavisinde kullanılan bir diğer yöntem ise psikoterapidir. Psikoterapiye, konuşma ile iyileştirme yöntemi denebilir. Psikoterapi yöntemleri, kendi içinde çok çeşitli yöntemler barındırmakta olup temel olarak hasta-hekim ilişkisi önem taşımaktadır. Psikoterapi sırasında bir çocuk; kendi durumunu, ruh hâlini, hislerini, düşüncelerini ve davranışlarını öğrenebilir. Çeşitli tekniklerle problemlerini çözme yöntemlerini öğrenir, zor durumlarla baş edebilme becerisi geliştirir, duygularını düzenleyebilir, kişiler arası ilişkilerini güçlendirebilir.

Günümüzde 400’den fazla psikoterapi yöntemi bulunmakla birlikte psikoterapi ile ilgili bilinen en büyük yanlış, bazen sosyal çevre tarafından dile getirilen “*Sana terapi yapsınlar, bilinçaltında ne varsa çıksın ve onu çözsünler.*” benzeri inanışlardır. Psikiyatri doktorunun hastasıyla kısa bir süre görüştüktan sonra problemin bulunacağı ve hemen çözüleceği düşüncesi hekim-hasta ilişkisinin çok önemli olduğu bu tedavi yönteminde tedavi sürecine ciddi anlamda zarar verebilmektedir. Buna karşın yıllarca sürebilen psikoterapiler olmakla birlikte, son yıllarda öğrenimi daha kolay, daha süreli terapi yöntemleri geliştirilmiştir ve bu tür psikoterapilerin hekimler tarafından kullanımı gün geçtikçe artmaktadır [20].



## Özet

- Ruh sağlığı, genel sağlık durumumuzun önemli bir parçası olup bedensel sağlığımız ile etkileşim içindedir. Neyi, nasıl düşündüğümüz, hissettiğimiz ve hareketlerimiz hem beden hem de ruh sağlığımızı etkileyebilir.
- Aşağıdakilerin herhangi biri veya birkaçının çocukta bulunması, o çocuğun uzman biri tarafından değerlendirilmesi gerektiğini işaret eder:
  - Okul başarısında düşme,
  - Çaba gösterilmesine rağmen düşük başarı,
  - Sürekli korku ve endişe,
  - Okula gitmeyi veya akranlarıyla iletişim kurmayı reddetme,
  - Aşırı hareketlilik ve huzursuzluk,
  - Uzun süren ve tekrarlayan kâbuslar,
  - Kurallara uymama ve saldırganlık,
  - Sürekli mutsuzluk, üzüntü veya sinirlilik.
- Çocuk ve Ergen Psikiyatri; beyin görüntüleme, genetik araştırmalar ve ilaç çalışmaları nedeniyle biyolojik; ruhsal hastalıkların oluşumunu önlemeye yönelik çalışmalar ve aile ve toplum ile ilgilenmesi bakımından ise sosyolojik bir bilim dalıdır.
- Ruhsal hastalıklar kişinin:
  - Biyolojik: Kişinin soyundan geçen genler vasıtası ile,
  - Psikolojik: Kişinin kendi mizacı, durumları değerlendirme şekli, kendi ile ilgili değer yargılarındaki farklılıklar ile,
  - Sosyal: Çevresi ile etkileşimi neticesinde gelişebilir.
- Tüm bunlar göz önüne alındığında ruhsal hastalıkların "biyopsikososyal" çerçevede değerlendirilmesi gerektiği görülmektedir. Biyopsikososyal yaklaşım, beyin ve diğer organlarımızın fiziksel uyarılara duyarlı olmakla kalmayıp sosyal değişikliklere de duyarlı oldukları ve bu değişikliklerden etkilenebilecekleri temeline dayanmaktadır.
- *Biyolojik Etmenler*
  - Biyolojik etmenlerin başında gelen kalıtım, kişinin oluşumu sürecinde birtakım özelliklerinin anne ve babasındaki genler yoluyla kendisine, sonrasında da bir kuşaktan ötekine geçmesi olarak tanımlanmaktadır. Yani genlerimizle saptanan özelliklerimizdir. Örneğin göz rengimiz bize genler aracılığıyla aktarılan bir özelliktir ve sonradan değiştirilemez.
  - Biyolojik etmenler özellikle otizm, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, bipolar bozukluk, depresyon ve şizofreni gibi ruhsal hastalıklar için önemlidir.
- *Psikolojik Etmenler*
  - Bireyin kendisi, dünya ve diğer insanlar hakkında olumsuz inançlara sahip olması, olumsuz duygu ve davranışlara yol açabilmektedir. Bazı ruhsal hastalıkların belirtileri ise bazı davranışların pekiştirilme ve cezalandırılmaları ile oluşmaktadır.
- *Sosyal Etmenler*
  - Ruhsal bozuklukların gelişiminde, toplum desteği, aile, kişiler arası ilişki biçimi sosyal etmenleri oluşturan başlıklardan bazılarıdır.





## Özet (devamı)

- Sorunlarla başa çıkma sırasında bireyin yardım ve destek alabileceği sosyal kaynakların varlığı ruhsal bozukluklardan koruyucu rol oynar. Sosyal desteği yetersiz bireylerde psikiyatrik hastalıklar daha sık ortaya çıkar ve daha şiddetli seyreder.
- Ruhsal bozukluklarda biyolojik, psikolojik ve sosyal etmenlerin birbiriyle etkileşerek hastalıkların gelişimine neden olduğu düşünülmektedir. Fakat bir bozukluğu ortaya çıkaran veya çıkmasına neden olan etmenleri her zaman ayırt edemeyebiliriz.
- Yukarıda ruhsal bozuklukların ortaya çıkmasına neden olan çeşitli etmenler dışında enfeksiyonlar, beyin hasar görmesi, doğum sakatlıkları ve travma gibi etmenler de bu bozuklukların ortaya çıkmasını kolaylaştırabilir.
- **RUHSAL BOZUKLUKLARI ERKEN YAŞTA TESPİT ETMENİN ÖNEMİ**
- Çocukluk ve ergenlik dönemi birçok ruhsal bozukluğun başladığı, erken tanı konma ve tedaviye başlamanın ruhsal bozuklukların bıraktığı olumsuz etkilerin azaltılabilmesi açısından çok kritik öneme sahip bir dönemdir. Ruhsal bozukluklar, eğer uygun tedavi edilmezse çocuk büyüdükçe daha fazla işlev kaybına neden olabilmektedir. Ruhsal bozukluk yaşayan çocuklarda, yaşamayanlara göre birden fazla bozukluğun ortaya çıkması ya da daha önceden yaşanan bozukluğun daha sonraki yıllarda tekrarlama olasılığı çok yüksektir.
- Ruhsal bozuklukların görülme sıklığı, bu bozuklukların nedenlerinin aydınlatılması, önleyici müdahaleler ve tedavi programlarının geliştirilmesi bakımından önem teşkil etmektedir.
- Ruhsal bozuklukların görülme sıklığı konusunda yapılan çalışmalar yaşanan coğrafi bölgeye, kişinin yaşına, cinsiyetine, tanı konulurken kullanılan yöntemlerin farklılığına göre çeşitlilik gösterebilmektedir. Bu nedenle bu faktörlere göre çoğu ruhsal bozukluğun görülme sıklığı değişebilmektedir. Örneğin Okul çağı çocuklarda depresif bozukluk görülme sıklığı ergenlik dönemine göre daha azdır veya ayrılık anksiyete bozukluğunun görülme sıklığı yaş ilerledikçe azalmaktadır.
- **RUHSAL BOZUKLUKLARDA GENEL TEDAVİ YAKLAŞIMLARI**
- Uygun psikiyatrik tedavi, bireylerin ruh sağlığının korunması, iyileştirilmesi ve tedavinin devamlılığı için hasta mahremiyetinin en üst düzeyde tutulması olmak üzere hasta haklarına saygılı ve etik değerlere bağlı, tedavi edici uygulamaların yanında koruyucu hekimliği de benimseyen bir şekilde başlamalıdır.
- Ruhsal bozuklukların ilaçla tedavisi genel tedavi yaklaşımlarının ilkinin oluşturmaktadır. Ancak psikiyatrik ilaçların kullanımı, antibiyotikler gibi bir kutu ile sınırlı olmamaktadır. Ruhsal bozuklukların tedavisi düzelme sağlansa bile sonrasında bir süre daha sürdürülebilmektedir.

## DEĞERLENDİRME SORULARI

1. Aşağıdakilerden hangisi bir çocuk ve ergen psikiyatristinin çocukta değerlendirmesi gereken ilk bulgulardan biri değildir?
  - a) Okul başarısında düşme
  - b) Uzun süren ve tekrarlayan kâbuslar
  - c) Kurallara uymama ve saldırganlık
  - d) Sürekli mutsuzluk, üzüntü veya sinirlilik
  - e) Ani başlayan döküntü
2. Aşağıdakilerden hangisi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Bölümünün doğrudan ilgilendiği alanlardan biri değildir?
  - a) Travma ve stres ile ilişkili bozukluklar
  - b) Şeker hastalığı
  - c) Korku ve kaygı bozuklukları
  - d) Beslenme ve yeme bozuklukları
  - e) Uyku bozuklukları
3. Dünyada ilk çocuk psikiyatri kliniğinin açılma yeri ve tarihi aşağıdakilerden hangisinde doğru verilmiştir?
  - a) Fransa-1930
  - b) Amerika Birleşik Devletleri-1920
  - c) Amerika Birleşik Devletleri- 1930
  - d) Fransa-1920
  - e) Türkiye-1925
4. Erken çocukluk dönemi özellikleri üzerine gözlemleri ile Çocuk Ruh Sağlığı alanında çok önemli bir yeri olan Avusturya asıllı psikanalist aşağıdakilerden hangisidir?
  - a) Sigmund Freud
  - b) Donald W. Winnicott
  - c) Anna Freud
  - d) Michel Foucault
  - e) John Bowlby

5. Ruhsal bozuklukların oluşum nedenleri bakımından önemli bir yere sahip olan biyopsikososyal yaklaşım aşağıdakilerin hangisinde en doğru şekilde tanımlanmıştır?
- a) Bozuklukların sadece hücrelerimizin bozulmasından ya da hastalanmasından kaynaklandığını destekler.
  - b) Bozuklukların yalnızca hastaların duygusal yapılarının, yaşam amaçlarının, hastalık karşısında davranışlarının ve sosyal çevrelerinin değişmesinden kaynaklanabileceğini destekler.
  - c) İnsanın karmaşık bir canlı olduğunu ve hastalıkların nedenlerinin hiçbir zaman bilinmeyeceğini, her bulgunun bir hastalık olduğu temeline dayanmaktadır.
  - d) Bozuklukların beynimizin ve diğer organlarımızın karşılıklı olarak ilişkileri ve fiziksel uyarılara olduğu gibi psikolojik ve sosyal değişikliklere de duyarlı olduğu temeline dayanır.
  - e) Bozuklukları kontrol altında tutabilmek için hasta üzerinde otorite kurma temeline dayanmaktadır.
6. Aşağıdakilerden hangisi çocuğun ruh sağlığını değerlendirirken ilk basamakta yapılması gereken uygulamalardan biri değildir?
- a) Anne-baba ile görüşme
  - b) Çocukla görüşme
  - c) Ruhsal durum muayenesi
  - d) Gerekliyse öğretmenden bilgi alma
  - e) Sosyal inceleme
7. 2018 yılı itibarıyla ruh sağlığı ve hastalıklarında en yaygın olarak kullanılan iki tanı sınıflama sistemi aşağıdakilerden hangisinde doğru olarak verilmiştir?
- a) ICD-9, DSM-5
  - b) ICD-10, DSM-6
  - c) ICD-10, DSM-5
  - d) ICD-12, DSM-5
  - e) ICD-12, DSM-6
8. Psikiyatrik ilaç tedavisi ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi doğrudur?
- a) Tüm psikiyatrik ilaçlar ilk kullanıldığında mutlaka yan etki yapar.
  - b) İlaç etki gösterdiğinde ve hasta kendisini artık iyi hissettiğinde ilacı doktoruna sormadan bırakabilir.
  - c) Psikiyatrik ilaçların tümü bağımlılık yaptığı için dikkatli kullanmak gerekir.
  - d) Psikiyatrik ilaçlarla beraber başka ilaçlarda kullanılıyor ise doktora bilgi verilmelidir.
  - e) Gebeler ihtiyaç hâlinde bile asla psikiyatrik ilaç kullanmamalıdır.

9. Psikoterapi ile ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?
- a) En az 5 yıl sürmektedir.
  - b) Ruhsal bozuklukların tedavisinde kullanılan yöntemlerden biridir.
  - c) Temelde konuşma ile iyileştirme yöntemi denebilir.
  - d) Kendi içinde çok çeşitli yöntemler barındırmakla birlikte temelde hasta-hekim ilişkisine önem verir.
  - e) Çeşitli teknikler ile problem çözme yöntemlerini, zor durumla baş edebilme becerileri kazandırılır.
10. Aşağıdakilerin hangisinde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun görülme sıklığı doğru olarak verilmiştir?
- a) %0.03
  - b) %2,4
  - c) %51,4
  - d) %82,9
  - e) %200,4

**Cevap Anahtarı**

1.e, 2.b, 3.c, 4.c, 5.d, 6.e, 7.c, 8.d, 9.a, 10.b

## YARARLANILAN KAYNAKLAR

- [1] Costello, E.J. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of general psychiatry*, 60(8): p. 837-844.
- [2] Callahan, D. (1973). The WHO definition of 'health'. *Hastings Center Studies*, p. 77-87.
- [3] Freud, S. (2003). *Beyond the pleasure principle*. Penguin UK.
- [4] Andersen, R. & J.F. Newman, (1973). Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, p. 95-124.
- [5] Aydınoğlu, K. (2008). Dünyada ve Türkiye'de Çocuk Psikiyatrisinin Gelişimi, in *Cocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı*, F. Cetin, Editor. *Cocuk ve Genclik Ruh Sagligi Dernegi Yayinlari*: 3. p. 3-9.
- [6] Kâhya, E. (2013). İbn-i Sina'da Çocuk Psikiyatrisine Bir Bakış. *Türk Tıp Etiği ve Tıp Hukuku Araştırmaları Yıllığı The Turkish Annual of the Studies on Medical Ethics and Law Türkisches Jahrbuch für Studien zu Ethik und Recht in der Medizin*,: p. 135.
- [7] Cebirlioğlu, R. (1969). Türkiye ve Batı Ülkelerinde Çocuk Psikiyatrisi, in *Çocuk Psikiyatrisi ve Rehberliği*. p. 119-122.
- [8] Polvan, Ö. (2000). Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi ve Disiplininin Dünyada ve Türkiye'de Gelişimi, in *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Ders Kitabı*. Nobel Tıp kitapçıları. p. 1-4.
- [9] Aydoğmuş, K. (1991). Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalı, in *İstanbul Tıp Fakültesi Kültür-Sanat Haber Bülteni*. p. 86. S:5.
- [10] Rutter, M. (1990). Genetic factors in child psychiatric disorders—I. A review of research strategies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31(1): p. 3-37.
- [11] Bowlby, J. & D.S. May, (1989). *Attachment theory*. Lifespan Learning Institute.
- [12] General, U.S. (2001). *Youth violence: A report of the Surgeon General*. Washington DC: US Department of Health and Human Services.
- [13] Kessler, R.C., (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*. 62(6): p. 617-627.
- [14] Wang, P.S. (2005). Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6): p. 603-613.
- [15] Bertan, M. & Ç. Güler,. (1995). *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*. Baskı, S, p. 119-155.

- [16] Dursun OB ve ark. (2018). Erzurumda ilk ve ortaöğretim çağı çocuklarda psikiyatrik bozuklukların sıklığı. Yayınlanmamış içerik.
- [17] Association, A.P.,(1968). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-II. American Psychiatric Association.
- [18] Association, A.P (1987). Diagnostic and statistical manual of mental disorders; revised (DSM-III-R). Washington DG.
- [19] Association, A.P (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub.
- [20] Blake, P (2011). Child and adolescent psychotherapy. Karnac Books.

# ZEKÂ GELİŞİMİ ve BOZUKLUKLARI



**ATATÜRK  
ÜNİVERSİTESİ**  
AÇIKÖĞRETİM FAKÜLTESİ

**ÇOCUK PSİKOLOJİSİ  
ve RUH SAĞLIĞI**  
**Dr. Öğr. Üyesi İlknur  
UCUZ**

## İÇİNDEKİLER



- Zekâ Nedir?
- Zekâ Nasıl Gelişir?
- Ne Zaman Zekâ Geriliğinden Bahsedilir?
- Zekâ Geriliği Neden Oluşur?
- Zekâ Geriliği Bozuklukları Nelerdir?
- Zekâ Geriliği Olan Çocukla Neler Yapabilirim?
- Zekâ Geriliğinden Şüphelendiğim Çocuğa Ne Yapmamalıyım?
- Zekâ Geriliğinin Tedavisi Nedir?
- Erken Müdahale Neden Önemlidir?

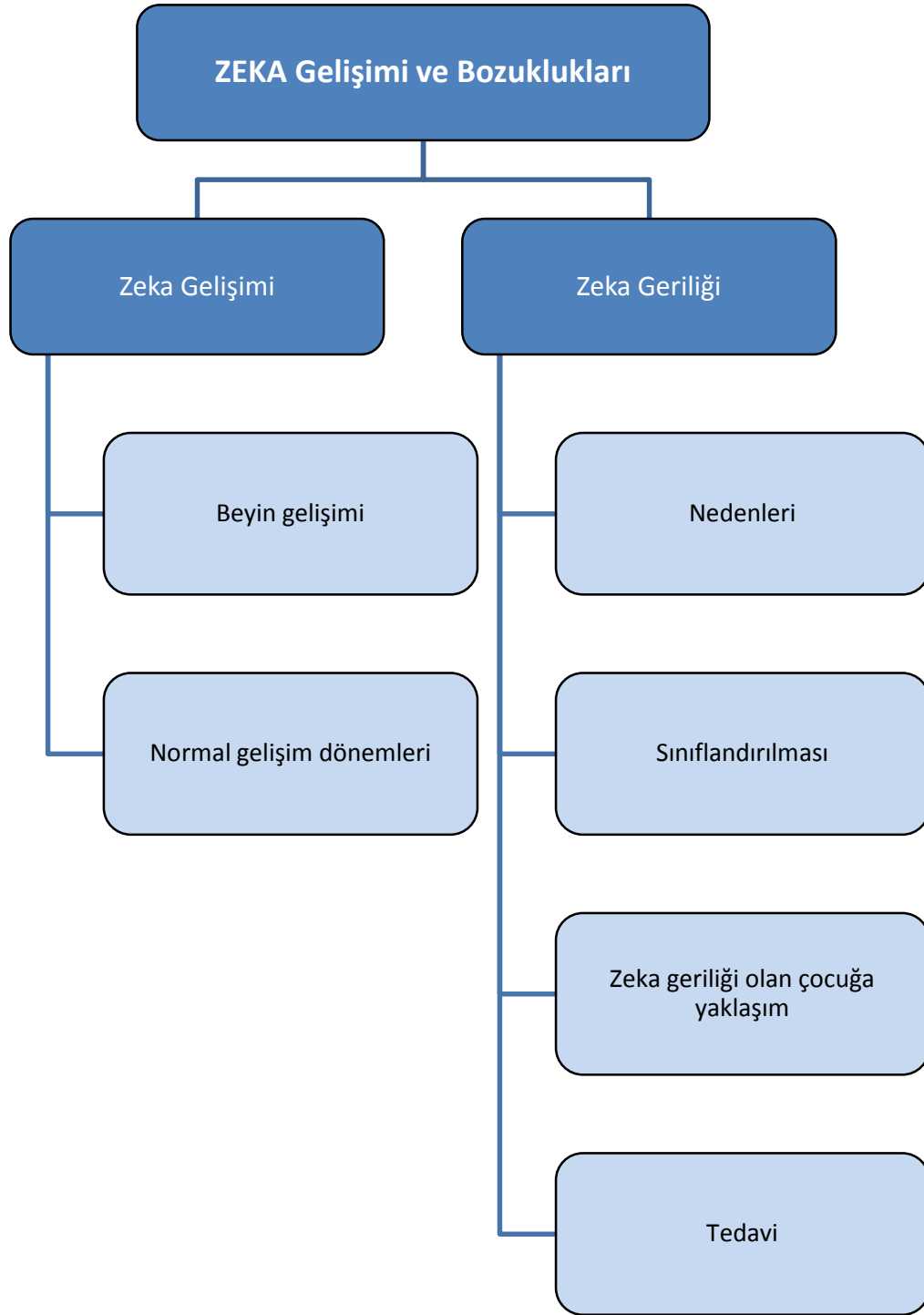


## HEDEFLER

- Bu üniteyi çalıştıktan sonra;
- Zekâ tanımını ve normal zekâ gelişimini tanımlayabilecek,
- Zekâ geriliği tanımını yapabilecek,
- Zekâ geriliğine sebep olan durumları sayabilecek,
- Zekâ geriliğini sınıflandırabilecek,
- Zekâ geriliğinin tedavisini açıklayabilecek,
- Zekâ geriliğinin önlenmesinde birincil, ikincil ve üçüncül korunmayı ifade edebilecek,
- Zekâ geriliği olan çocuklara yapılacaklar ve yapılmayacak kavramları belirleyebileceksiniz.

**ÜNİTE  
2**





## GİRİŞ

Zekâ, bireyin topluma uyum becerisi olarak nitelendirilebilen bir yetidir. Bu konuda yetersizlik olması durumunda zekâ geriliği, diğer adıyla zihinsel gerilikten bahsedilir. Zekâ geriliği; sık rastlanan, erken müdahale edilmediğinde hem bireysel hem de toplumsal sorunlara sebep olabilen, ömür boyu devam eden ancak oluşması birtakım müdahalelerle önlenebilen bir durumdur. Bazı durumlar da hekim tarafından farkedilir, bazen de çocuğun doktora getirilme nedenidir. Zekâ geriliği, sadece bilişsel gerilik ya da öğrenme eksikliği değildir, çok sayıda psikiyatrik ve tıbbi durumu beraberinde getirir. Bu tanıya sahip çocuklarda belirgin davranış problemleri vardır, sosyal zorluklar yaşarlar. Bu nedenle erken tanı koyulması çok önemlidir.

Zekâ geriliğine sahip bireyler, çoğu zaman toplum tarafından dışlanmakta ve yadırganmaktadır. Tarihçesine baktığımızda bu bireylerin daha önceki zamanlarda köle olarak veya insanları eğlendirmek için kullanıldıkları ya da öldürüldükleri bilinmektedir.

İnsan Hakları Bildirgesi ve bu konuda farklı görüşlerin ortaya konması ile bu kişilere karşı olan tutumlarda zaman içinde değişimler olmuş, uygun eğitim ve rehabilitasyon şartlarının sağlanarak zekâ geriliği olanların topluma kazandırılması hedeflenmiştir. Bu çerçevede özel eğitim ve bakım kurumlarının sayısı artırılmış, eğitimsel destek programlarının içeriği geliştirilmiştir.

Buna paralel olarak zihinsel engellilere gönderme yapmak için kullanılan terimler geçtiğimiz yüzyılda çok sayıda değişime uğramıştır. Günümüzde bu bireyler için psikiyatri sınıflandırma sisteminde kullanılan “intellectual disability” teriminin karşılığı olarak zekâ geriliği, mental retardasyon, zihinsel yetersizlik, öğrenme yetersizliği gibi birçok terim kullanılmaktadır. Biz bu bölümde ortak bir dil kullanmak adına “zekâ geriliği” terimini kullanacağız.

## ZEKÂ NEDİR?

Zekâ geriliğini anlamak için zekâ kavramının hangi anlamlara karşılık geldiğini bilmek gerekir. Zekâ kavramı da zekâ geriliği gibi tarih boyunca birçok anlamda kullanılmış, bireysel ve toplumsal birçok becerinin karşılığı olmuştur.

Zekâ;

- akıl yürütme,
- planlama,
- amaçlı bir biçimde hareket edebilme,
- mantıklı düşünebilme,
- neden-sonuç ilişkisi kurabilme,
- karşılaşılan sorunları çözebilme becerisi gibi birçok işlevi içinde barındıran genel bir tanımlamadır.



Zekâ, genel bir ifadeyle “toplumsal yaşama uyum becerisi” olarak değerlendirilebilir



Zekâyı, sadece okuma, yazma, matematik becerisi olarak değerlendirmemek gerekir; çok daha geniş bir yelpazedir.

Bu kapsamda zekâyı birçok bilişsel işlevi altına alan geniş yelpazeli bir şemsiyeye benzetebiliriz. Yağan yağmur miktarına göre giderek daha da açılabilen bir şemsiye; yağmur yağmaya devam ediyor ama biz şemsiye sayesinde yolda yürümeye devam ediyoruz. Yağmuru dış ortamdan gelen uyarılar, tehditler, sorunlar gibi düşünürsek bu tehditlere karşı düşünerek, yorum yaparak, akıl yürüterek verdiğimiz cevaplar, yani şemsiye bizi korur; dış ortama adapte olmamızı sağlar ve yaşam devam eder.

*Zekâ geriliğini anlamak için zekâ tanımının neleri içerdiğini iyi anlamak gerekir.*

Doğumdan itibaren büyüme ve gelişme başlar. Hatta beyin büyümesi anne karnında başlamaktadır. Çocuk, kendi özellikleri (genetik/biyolojik/fiziksel/bilişsel/sosyal/duygusal özellikleri) ile bakım verilen ortamın özellikleri (çocuk ve bakım veren arasındaki ikili ilişkinin dinamikleri, bakım verenin özellikleri) ve daha geniş kapsamda çevre (çoklu aile, sosyal çevre etkileşimi, okul ortamı gibi) etkileşiminin etkisiyle büyür ve gelişir. Bu gelişim, sabit ve belli bir duruma ya da alana izole değildir, zaman içinde oluşan davranışsal uyum kalıpları ile karakterize edilir.

Büyüme ve gelişme adaptasyon sayesinde olur. Kullanılmayan yetiler geriler, kullanılanlar ise daha çok gelişir. Buna paralel olarak vücut, yeni durum ve ortamlar karşısında hem bedensel hem de zihinsel olarak daha güçlü hâle gelir. Bu nedenle zekâ sadece bir yerden öğrenilen akademik bir beceri, okuma yazma becerisi ya da zekâ testinden alınan yüksek bir puan değildir. Bireyin kendi kültürü içinde yaşamını sürdürmek için uyum sağlayarak sahip olduğu becerilerin tümü olarak değerlendirilebilir. Bu sayede kişi çevrede olan durumları anlamlandırır, yorumlar, biçimlendirir, dürtülerini kontrol eder ve ona uygun bir davranış geliştirir [1].

Altı yaşından küçük çocuklarda zekâ kavramı yerine bilişsel gelişim terimi kullanılmaktadır.

Bilişsel gelişim;

- sosyal ve kişisel gelişim,
- ince motor gelişimi,
- kaba motor gelişimi,
- dil gelişim alanlarında değerlendirilir.

Bir çocuğun bilişsel gelişimi değerlendirilirken tüm gelişim alanları birlikte değerlendirilerek total bir gelişim puanı ortaya çıkar. Bilişsel gelişim testleri, 0-6 yaş aralığında kullanılabilir. Türkiye’de geçerliliği ve güvenilirliği olan testlerden bazıları şunlardır:

- Denver II Gelişim Tarama Testi,
- AGTE (Ankara Gelişim Tarama Envanteri),
- Bayley Çocuklar İçin Gelişim Envanteri,
- Vineland Uyum Davranış Ölçeği gibi.

Gelişim testleri zekâ testleri değildir, çocuğun test esnasındaki gelişim düzeyi hakkında bilgi verir, ayrıca gelişim takibinde de kullanılabilir.

Zekâ testleri daha sıklıkla 6 yaş ve sonrasında kullanılmaktadır. 6 yaştan önce kullanılabilen zekâ testleri de vardır ancak bu yaş grubunda değerlendirme zor olduğu için daha çok 6 yaş sonrası kullanımları önerilmektedir. Ülkemizde okul çağı çocukları ve ergenler için en yaygın kullanılan zekâ testlerinden bazıları:

- Wechsler Çocuklar İçin Zekâ Ölçeği (WISC),
- Stanford Binet Zekâ Ölçeği,
- Kent EGY Zekâ Testi,
- Leiter Zekâ Testi.

*Zekâyı değerlendirirken gelişim testleri ve zekâ testleri sadece yardımcıdır. Ana değerlendirme çocuğun uyum becerisine göre yapılmaktadır.*



Bireysel Etkinlik

- Zekâ ne demektir, hangi becerileri içerir tartışınız.

## ZEKÂ NASIL GELİŞİR?

Zekânın gelişimini anlamak için öncelikle beynin normal gelişim sürecini bilmek gerekir. Çünkü daha sonraki bölümlerde de bahsedileceği gibi sadece doğum sonrası durumlar değil, bebek daha anne karnındayken bile birçok etken beynin gelişimin olumsuz etkileyerek zekâ geriliğine sebep olabilir.



Beynin gelişimi doğum öncesi (intrauterin) başlar, doğum sonrası da devam eder.

Beyindeki iletiden sorumlu ana hücrelere nöron adı verilmektedir. İnsan beyinde milyarlarca nöron bulunmaktadır. Bir nöron, diğer beyin hücreleri ile binlerce bağlantı oluşturur. Beyin hücrelerinin (nöron) gelişimi anne karnında başlar ve doğum sonrası dönemde de devam eder.

Doğum öncesi dönemde nöronlar gelişir, uygun nöronlar seçilir, sonrasında fonksiyon göstereceği yerlere göç ederler. Doğum sonrası dönemde ise seçilen bu nöronlar, esas fonksiyon gösterecek hâle gelmek için farklılaşır. Çocuk büyüdükçe beyin hücrelerinde yeni bağlantılar oluşur veya var olan bağlantılar da değişiklikler olur. Bazen fonksiyonunu kaybetmiş hücreler beynin diğer hücreleri tarafından yok edilir. Bu sayede dış ortama adaptasyon sağlanır.



Beyin gelişimi sırasında herhangi bir yerdeki hasar, çocuğun zekâ gelişiminde sapmalara neden olabilir.

Beyin hücrelerinin gelişimi ve değişimi devam ederken birçok durum, ihmal ya da yoğun uyaran eksikliği, bu gelişimi olumsuz etkileyip çocuğun zekâ gelişiminde sapmalara ve yetersizliğe sebep olabilir. Tam tersi yoğun çevresel uyarana maruz kalan çocukların ise zihinsel işlevselliği zamanla artabilir. Bu durum özellikle zekâ gelişimi geri olan çocuklar için önemlidir. Çocuk ne kadar uyaran alırsa beyin o kadar gelişir ve zekânın işlevselliği o kadar artar. Aynı zekâ seviyesine sahip çocuklarda uyum becerilerinin farklı olmasının bir sebebi de bu durumdur.

Zekâ gelişimini anlamak için bir diğer bilinmesi gereken “Normal gelişim nedir?” sorusunun cevabıdır. “Normal” olarak değerlendirilebilecek geniş bir yelpaze vardır. Normal büyüme ve gelişme, her zaman belli bir sırayı takip eder. Örneğin bebek önce emekler sonra tutunarak ayağa kalkar, daha sonra da yürür. Belli özelliklerin belli yaşta kazanılmış olması (Ör: Yürüme, konuşma gibi), belli özelliklerin ise belli yaşta yok olması (Ör: Yeni doğan refleksleri gibi) gerekir. Ancak gelişim sırası aynı olmak kaydıyla oluşma zamanlarında bireysel farklılıklar olabileceği unutulmamalıdır. Örneğin bir bebek 12 aylık iken de yürüyebilir, 14 aylık iken de yürüyebilir, ikisi de normaldir.

Normal çocuk gelişimi genellikle dört aşamada sınıflandırılır:

- 0-2 yaş arası,
- 2-5 yaş arası,
- 6-11 yaş arası,
- 11-18 yaş arası.

Bu dört aralıkta çocukların bilişsel becerileri ilgi alanları, sosyal ve duygusal gelişiminde farklılıklar olmaktadır.

*Çocukların gelişiminde normalden sapmaları tespit etmek için normal gelişim dönemlerinin iyi bilinmesi gerekir.*



Normal zihinsel gelişim sürecinde kritik ve hassas dönemler vardır.

Normal gelişim süreci içerisinde “kritik dönemler ve hassas dönemler” vardır.

Kritik dönem, belirli bir fonksiyonun gelişimi için aniden başlayan ve biten sınırlı bir süreyi anlatır. O fonksiyonların bu süre içinde gelişimi olmazsa bu fonksiyonları daha sonra kazanmak son derece zordur, hatta bazen imkânsız olabilir. Örneğin yaşamın ilk beş yılı özellikle dil kazanımı için kritik bir dönemdir. Beş yaşına kadar dil gelişimi olmayan çocuklarda, sonraki yıllarda normal bir konuşma kazanımı olmaz. Erken yaşlar görme gelişimi için de önemlidir. Katarakt olarak doğan bebeklerde yapılan çalışmalarda yaşamın ilerleyen dönemlerinde katarakt ortadan kaldırılrsa bile normal görme geliştirmedikleri bulunmuştur.

Hassas dönem ise çocukların belirli bazı becerileri kazanmasının en kolay olduğu zamandır. Kritik döneme benzer bir şekilde optimal bir gelişme zamanıdır, fakat daha net ifadeyle, daha yavaş başlayıp biten ve iyileşmeye daha uygun olan maksimum hassasiyetin olduğu bir zaman olarak anlaşılır. Örneğin ikinci dil öğrenimi, 6 yaşından önce daha kolaydır; ancak herhangi bir yaşta imkânsız değildir (daha büyük yaşta öğrenenler, o dili yerel aksanıyla konuşamamasına rağmen). Kritik ve hassas dönemler arasındaki fark, kimi zaman bulanıktır; çünkü

özellikle kritik dönemler, bireylerin uyarılara en “hassas” olduğu zamanlar olarak tanımlanmıştır. Kritik ve hassas dönemler en iyi “fırsat pencereleri” olarak anlaşılır. Belirli yaşlarda muhtemelen meydana gelebilecek olumlu gelişimsel sonuçları teşvik etmek, artırmak için bu dönemler önemlidir [2].

## NE ZAMAN ZEKÂ GERİLİĞİNDEN BAHSEDİLİR?

Çocukların gelişimsel dönemlerinde zaman zaman normalden gecikmeler veya sapmalar olabilir. Örneğin yeterince ilgilenilmeyen bir çocuk renkleri tanımayabilir, konuşması gecikmiş olabilir veya elini daha önce makas almayan bir çocuğun ince kas becerileri yeterince gelişmemiş olabilir. Bunlar zaman içinde uygun müdahalelerle normal gelişim seviyesine çıkarılabilir.

Zekâ geriliği ise uzun süreli bir tablodur, uygun eğitim ve rehabilitasyon çalışmaları ile toplumsal uyum becerileri artırılır, ancak tamamen düzelmez. Yaşam boyu devam eden bir tanıdır.

Zekâ geriliği terimi üç ölçütte tanımlanır [3]:

- *Günlük yaşama uyum becerilerinde gerilik,*

Bireyin iletişim, öz bakım (giyim, yemek, tuvalet temizliği, banyosunu kendi başına yapabilme), ev yaşamı, toplumsal ve kişilerarası ilişkiler, toplumsal kaynakların kullanımı, kendini yönetip yönlendirme, eğitim ile ilgili beceriler, öğrenim, iş, boş zamanları değerlendirme, sağlık ve güvenlik alanlarında kendi yaşı için beklenen ölçütleri karşılamada yetersizlik olmasıdır.

- *Bilişsel işlevlerde gerilik,*

Akıl yürütme, sorun çözme, planlama, soyut düşünme, yargılama, akademik öğrenme gibi zihinsel işlevlerdeki eksiklikler. Bu eksiklikler hem klinik değerlendirme hem de bireyselleştirilmiş standart zekâ testleri ile doğrulanmalıdır (Zekâ testlerinde ölçülen zekâ puanı 70’in altında olmalıdır.).

- *Uyumsal ve bilişsel eksikliklerin gelişimsel evre sırasında başlaması (18 yaşından önce başlar.).*

*Zekâ geriliği gelişimsel dönemde başlar.*

Bilişsel gelişim geriliği ise sosyal ve kişisel gelişim alanı, ince motor gelişimi, kaba motor gelişimi ve dil gelişimi alanlarından en az ikisinde gerilik olması durumudur.

Zekâ geriliği sıklığı toplumda %1-3 arasındadır. Tüm yaş gruplarında erkeklerde daha sık görülür. Zekâ geriliği olan bireylerdeki en temel özellik öğrenmelerinin yaşıtlarından geri olmasıdır. Yapabildikleri beceriler takvim yaşındandır. Yargılama, muhakeme, soyut düşünme, dikkat ve dürtü kontrolü gibi birçok alanda yaşıtlarından geridirler. Dikkatini sürdürme ile ilgili belirgin problem yaşarlar. Dikkat sorunları öğrenmeyi daha da olumsuz etkiler.

Bu bireylerde takvim yaşına göre zekâ yaşı geri kalmıştır. Normal zekâ gelişimine sahip çocukların geçtiği gelişim süreçlerinden aynı sırayla geçerler, ancak gelişim hızları yaşıtlarına göre daha yavaştır. Bu nedenle yaşıtları gibi değil,



Zekâ geriliği uyum becerilerinde ve bilişsel işlevlerde 18 yaşından önce başlayan gerilik olarak tanımlanır.



Zekâ geriliği olan çocuklardaki en temel özellik öğrenmeleri yaşıtlarından geridir.

kendinden küçük yaştakiler gibi davranırlar. Ancak benzer zekâ yaşına sahip bireyler, benzer gelişim aşaması kaydeder. Zekâ geriliği olan çocuklarda zekâ geriliği sebebi olarak metabolik, genetik, nörolojik ve benzeri bir durum yoksa bedensel gelişimleri yaşıtları düzeyindedir. Örneğin normal boy gelişimi, normal ergenlik gelişim evreleri gibi [1, 4].

Zekâ geriliği olan çocukların klinik şikâyetleri şu şekilde özetlenebilir:

- **Konuşma:** En sık konuşmada gecikme şikâyeti ile başvururlar. Bu çocuklarda genellikle dil gelişimi gecikir ve kendilerini ifade etmekte zorlanırlar. Hem alıcı hem de ifade edici dil geridir. Ciddiyet derecesi zekânın etkilenme derecesine göre değişir. Hafif vakalar, normal gelişim düzeyine sahip çocuklara yakın dil becerilerine sahipken zekâsı ağır etkilenmiş vakalarda belirgin gerilik vardır, konuşma ya hiç gelişmemiştir ya da sadece birkaç kelime ile konuşur.
- **Öz bakım becerileri:** Çocuğun zekâ yaşına göre beslenme, giyim, tuvalet temizliği, banyo yapma gibi kişisel bakım alanlarında gerilik vardır.
- **Algı:** Zekâ geriliği olan çocuklar, çevresel uyaranlara tepki gösterme ve algılamada yavaştırlar, yaşıtlarından geridedirler. Şekil, boyut ve renkteki küçük farklılıkları ayırt etmede zorluklar yaşarlar.
- **Biliş:** Analiz etme, sebep-sonuç ilişkisi, anlamlandırma ve hesaplama kapasitesi ile soyut düşünme kapasitesi etkilenme şiddetine göre çok veya daha az ölçüde bozulmaktadır. Hafif düzeyde zihinsel geriliği olan çocuklar, okuma ve matematik becerilerini 9 ile 12 yaşlarındaki tipik bir çocuğun seviyesine kadar gerçekleştirebilirler. Orta ve ağır düzeyde zihinsel geriliği olanlarda ise okuma, hesaplama kapasiteleri gelişmez.
- **Konsantrasyon ve hafıza:** Bu bireyler konsantrasyon ve hafıza sorunları yaşarlar. Genellikle hafızaları zayıftır ve istisnalar olmasına rağmen hatırlamakta zorlanırlar.
- **Duygu:** Duygusal kontrolleri ve kendi kendini kontrol etme kapasiteleri zayıftır, dürtüsel ve saldırgan davranışlar sıklıkla görülebilir. Bazıları çekingen ve utangaçtır, genel olarak toplumdan geri dururlar, bu da onların geç fark edilmesine sebep olabilir.
- **Hareket ve davranış:** Zekâ geriliği olan çocukların genellikle koordinasyonları zayıftır. Beceriksiz olabilirler, aşırı hareketli olabilirler. Bu bireylerde anlamsız veya basmakalıp hareketler (örneğin sallanma, kafa vurma, dişleri sıkma, bağırma, kıyafetleri yırtma, saç çekme, genitallerle oynama) özellikle ağır etkilenmiş bireylerde sık görülür. Yıkıcı ve saldırgan davranışlar da gözlemlenebilir. Kendine veya çevreye zarar verici davranışlar (Ör. kendi kendini tokatlama veya ısırma, eşyaları kırma) da görülebilir.
- **Okul öncesi dönem belirtileri:** Diğer belirtilere ek olarak özellikle bu dönemde ince ve motor becerilerde gerilik, tuvalet alışkanlığı edinmede sorunlar, çevredeki tehlikeli durumların farkında olamama, okul öncesi eğitimde yaşıtlarının yaptığı kalem tutma, makasla kesme gibi faaliyetlerinde yaşıtlarından gerilik olması görülür.



Zekâ geriliği olan çocuklar; konuşma, dikkat, algı, muhakeme, biliş, davranış kontrolü gibi birçok alanda sorun yaşarlar.

Bu belirtiler, etkilenme derecesine göre hafiften ağıra pek çok seviyede olabilir. Tablo 2.1.'de zekâ geriliği olan bireylerdeki özellikler özetlenmiştir.

**Tablo 2.1.** Zekâ Geriliği Olan Bireylerdeki Özellikler

|                                                     |
|-----------------------------------------------------|
| Konuşmada gecikme                                   |
| Motor gelişim basamaklarında gecikme                |
| Tuvalet kontrolünde sorunlar                        |
| Öğrenme güçlüğü, okuma ve yazmayı öğrenmede gecikme |
| Davranış problemleri                                |
| Komutlara uymama                                    |
| Dikkat ve hafıza sorunları                          |
| Öz bakım becerilerinde gerilik                      |
| Yaşlıları ile uyum sağlayamama                      |



Örnek

•8 yaşında bir erkek çocuk ders başarısında düşüklük nedeniyle başvurdu. Ailesi, 2.sınıfa giden çocuğun harfleri tanıdığını ancak birleştiremediğini söyledi. Ailesinden alınan öyküde geç yürümeye başladığı, geç konuştuğu öğrenildi. Öğrendiklerini çabuk unutuyor, ders çalışırken dikkati dağınık.



Örnek

•5,5 yaşında kız çocuk, anaokuluna gidiyor. Etkinliklerde arkadaşlarının yaptığı makasla kesme becerisini yapamadığı için öğretmeni tarafından farkediliyor. Konuşması kısa cümleler şeklinde yaşlılarından geride. Tuvaletini söylüyor ancak temizliğinde yardıma ihtiyaç duyuyor. Renkleri karıştırıyor, sayı saymakta zorlanıyor. İstemediği bir durumla karşılaşınca öfke atağı geçiriyor.

*Zekâ geriliği olan bir çocuğun sadece okuma yazmada gerilik değil konuşma gecikmesi, öfke kontrolünde sorunlar, saldırgan davranışlar, öz bakım becerilerini yapamama, dikkat eksikliği, unutkanlık, öğrenmede güçlük gibi pek çok belirti ile karşımıza gelebileceği unutulmamalıdır.*

### Zekâ Geriliği Tanısı Nasıl Konur?

- Çocuğun konuşma, motor hareket, öz bakım becerileri, okuma yazma becerisi, sosyal işlevselliği gibi eksik kaldığı tespit edilen durumları içeren ayrıntılı öykü alınır.
- Standardize zekâ testleriyle zekâ seviyesi belirlenir.
- Çocuğun uyum becerilerini değerlendirilir.



Zekâ geriliği değerlendirilmesi; çocuğun durumu ile ilgili ayrıntılı öykü alınması, standardize zekâ testlerinin yapılması ve uyum becerilerinin değerlendirilmesini içerir.





## Bireysel Etkinlik

- Zekâ geriliği ne demektir? Tartışınız.
- Zekâ gelişimi geri kalmış çocukların özellikleri nelerdir? Sayınız.
- Zekâ geriliği tanısı koyarken gerekli aşamaları tartışınız.

Buraya kadar anlatılan bölümde “Zekâ nedir?”, “Zekânın gelişimi nasıl olur?”, “Hangi durumlarda zekâ geriliğinden bahsedilir?”, “Zekâ geriliği nasıl tanınır?”, bunları anlatmaya çalıştık; sonraki kısımda ise “Hangi durumlar buna sebep olur?”, “Nasıl sınıflandırılır?”, “Tedavi ve önleme çalışmaları neleri içerir?”, ondan bahsedeceğiz.

## ZEKÂ GERİLİĞİ NEDEN OLUŞUR?

Zekâ geriliğine sebep olan birçok faktör bulunmaktadır. Zekâ geriliğini oluşturan nedenler oldukça karmaşıktır. Günümüzde doğum öncesi bakım koşullarının iyileştirilmesi nedeniyle yaralanmalar, enfeksiyonlar, toksinler daha az neden olurken genetik faktörler daha belirgin hle gelmiştir. Ancak tüm bilinen nedenlere rağmen olguların %40'ında, özellikle hafif olgularda hâlen sebep bulunamamaktadır [1,5,6].

Zekâ geriliğine neden olan durumları üç kategoride sınıflandırabiliriz:

- Doğum öncesi (prenatal) nedenler,
- Doğum sırasında (perinatal) meydana gelen nedenler,
- Doğum sonrası (postnatal) nedenler.

*Zekâ geriliği önlemek için bu bozukluğa neden olan durumları iyi saptayıp erken dönemde müdahale etmek gerekir.*

Zekâ geriliğine sebep olan durumlar, Tablo 2.2.'de gösterilmiştir.

**Tablo 2.2.** Zekâ Geriliğine Sebep Olan Durumlar

|                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1-Doğum Öncesi Nedenler</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Genetik hastalıklar: Bu grupta hastalığın oluşumunda genler sorumludur. Ör: Down Sendromu (Mongolizm), Prader-Willi Sendromu, Fragel X Sendromu, Turner Sendromu, Fenilketonüri gibi.</li> <li>• Gebelikte annenin geçirdiği enfeksiyonlar, kanama</li> <li>• Çoğul gebelik</li> <li>• Anne karnında bebeğin radyasyona maruz kalması</li> <li>• Gebelikte annenin yetersiz beslenmesi</li> </ul> |
|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



Doğum öncesi, doğum sırasında veya doğum sonrası birçok neden çocukta zekâ geriliğine sebep olabilir.

|                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gebelikte annenin alkol alımı</li> <li>• Konjenital hipotroidi (Troid hormonu eksikliği)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>2- Doğum Sırasında Meydana Gelen Nedenler</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Doğum travması, zor doğum</li> <li>• Doğumda beynin oksijensiz kalması (asfiksi-hipoksi)</li> <li>• Düşük doğum ağırlığı, erken doğum</li> <li>• Yenidoğan sarılığı</li> </ul>                                                                                                                                                                         |
| <b>3- Doğum Sonrası Nedenler</b>                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beynin enfeksiyonları (menenjit, ensefalit)</li> <li>• Hipotroidi (Tiroid hormonu eksikliği), Fenilketonüri, metabolik hastalık gibi birçok tıbbi hastalık durumu</li> <li>• Uzun süreli ve ağır havale geçirme</li> <li>• İleri seviyede olan beslenme yetersizlikleri</li> <li>• Kafa travmaları</li> <li>• Uzun süreli kurşun maruziyeti</li> </ul> |

*Türkiye’de yenidoğan tarama programı kapsamında yenidoğan bebeklerin topuk kanında fenilketonüri, hipotroidi, biyotidinaz eksikliği bakılmaktadır. Bu üç hastalıkta tedavi edilebilir zekâ geriliği sebeplerinin başında gelir. Erken dönemde tanınıp tedavi edilirse bu nedenlere bağlı zekâ geriliği önlenmiş olur.*



**Bireysel Etkinlik**

- Çocuklarda zekâ gelişiminde sapmalara, geriliğe neden olabilecek durumları tartışınız.



Zekâ geriliğinin derecelendirmesi eğitim-öğretim faaliyetlerinin planlanması açısından önemlidir.

## ZEKÂ GERİLİĞİ BOZUKLUKLARI NELERDİR?

Zekâ geriliği olan bir çocukta eğitim ve öğretiminin planlanması için önce zekâ geriliğinin şiddeti sınıflandırılmalıdır.

Zekâ geriliğinin şiddeti şu şekilde sınıflandırılır:

- Hafif seviye (zekâ puanı:50-69 arası),
- Orta seviye (zekâ puanı:35-49 arası),
- Ağır seviye (zekâ puanı:20-34 arası),
- Çok ağır seviye (zekâ puanı: <20 ).

Zekâ puanı 70-80 arasında olanlar ise “Sınır Düzeyde Mental Kapasite” olarak adlandırılır. Zekâ seviyesine göre kazanılan bilişsel beceriler, Tablo 2.3.’de özetlenmiştir.

**Tablo 2.3.** Zekâ Seviyesine Göre Kazanılan Bilişsel Beceriler

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Hafif Düzey (%85)</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>•Genellikle ilköğretim dönemine kadar tanınmayabilir.</li> <li>•Okuma yazmayı öğrenebilir.</li> <li>•Yetişkinlikte uygun destekle bağımsız yaşayabilir, kendi bakımını yapabilir.</li> <li>•Ergenlik sonuna doğru yaklaşık altıncı sınıf seviyesi düzeyinde akademik beceri edinebilirler.</li> <li>•Konuşmada hafif düzeyde gecikme olsa da büyük oranda gelişmiştir.</li> </ul> |
| <b>Orta Düzey (%10)</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>•Akademik olarak uygun eğitimle ikinci sınıf düzeyine ulaşabilirler.</li> <li>•Konuşma gelişir ancak gecikmiştir, hem alıcı hem de ifade edici dil geridir.</li> <li>•Kendi kendine bakabilme konusunda eğitilebilirler.</li> <li>•Erişkinlikte uygun denetimle yarı vasıflı işlerde çalışabilir.</li> </ul>                                                                      |
| <b>Ağır Düzey (%4)</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>•Konuşma çok az gelişir, genellikle kelime düzeyindedir.</li> <li>•Motor becerilerde gerilik çoğunlukla vardır.</li> <li>•Kendi kendine bakımını yapamaz, öz bakım becerileri dâhil birçok alanda yardım gerekir.</li> <li>•Gözetim altında basit işlere yardım edebilir.</li> <li>•Okuma yazma öğrenemez.</li> </ul>                                                             |
| <b>Çok Ağır (%1-2)</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>•Ağır nörolojik hastalıklar eşlik eder.</li> <li>•Sürekli yardım, bakım ve denetime ihtiyaç duyarlar.</li> <li>•Kendi kendine bakımını yapamaz.</li> <li>•Konuşma çoğunlukla gelişemez.</li> <li>•Tuvalet ve beslenme alışkanlıkları da çoğunlukla kazanılamaz.</li> <li>•Büyük çoğunluğunda erken yaşta ölüm sıktır.</li> </ul>                                                  |

*Zekâ geriliği derecelendirmesi uyum becerilerine ve zekâ puanına göre yapılır. Hafiften çok ağıra doğru gittikçe konuşma azalır, kendi kendine bakabilme becerisi azalır, başkalarına bağımlı yaşama sıklığı artar, motor becerilerde yetersizlik artar.*

## **ZEKÂ GERİLİĞİ OLAN ÇOCUKLA NELER YAPABİLİRİM?**

Zekâ geriliğine sahip bir birey, hem aile hem toplum için bir yük oluşturur. Tedavide ise tek başına bireysel tedaviler yetmez, ayrıca sosyal destek çalışmaları da büyük önem taşır. Bu bağlamda bu çocuklarla çalışan meslek yetkililerine de birçok görev düşmektedir. Çünkü çocuk toplum içinde kabul edildikçe işlevselliği artar. Aşağıdaki öneriler, bu bireylerle çalışan kişiler için yol gösterici olabilir.



Zekâ geriliği olan bir çocuk, sosyal ortamı düzenlenerek, aile yönlendirilerek desteklenebilir.

**Olduğu gibi kabul et!** Zekâ geriliği doğru tanınmadığında birtakım yetersizlikleri olan çocuklar eleştirilebilir, küçümsenebilir, alay edilebilir. Bazen de bu çocuklarla ilgilenmek kişileri zorlayabilir ve bu da çocuklarda dışlanmaya sebep olur. Onlara yardımcı olabilmek için öncelikle oldukları gibi kabul etmek gerekir.

**Eksik olduğu yönleri tespit et!** Bu çocuklarda konuşma, motor beceriler vb. birçok alanda gerilikler olmaktadır. Özellikle hangi alanlarda eksik olduğu tespit edilirse uygulanacak destek bireyselleştirilir, böylece etkinlik artar.

**Gelişim destek önerilerinde bulun!** Zekâ geriliğini tanımak yetmez, eksik olduğu yönlerin de desteklenmesi gerekir. Aileye çocuğa uygun destekleyici öneriler öğretilerek gelişimine destek sağlanabilir.

**Sosyal ortamını destekle!** Zekâ geriliği olan çocuklar birçok ortamda sorun yaşarlar. Örneğin okulda arkadaşlarından geri olduğu için okula gitmek istemeyebilir ya da onlarla etkin iletişim kuramadığı için arkadaşları ile konuşmayabilir. Böyle durumlarda sıkıntı yaşadığı durumlar tespit edilip desteklenirse işlevselliği artar.

**Etkin eğitim materyali kullan!** Bu çocuklarda bilişsel yetersizlikler yanında görme-işitme problemleri, motor becerilerde sorunlar olabilir. Örneğin görmesi azsa bu durum öğrenmesini daha da azaltır ya da belli materyallerle öğrenmesi daha kolaydır. Böyle durumlarda uygun eğitim materyalleri kullanarak öğrenmesi desteklenebilir.

**Aile ile iş birliği içinde ol!** Bu çocukların öğrenmesi için çok tekrar gerekir. Okulda öğrendiklerini evde ailenin tekrar etmesi öğrenmeyi artırır. Bazen de evde yaşanan sorunlarla baş edemez ve bu durum okula davranış problemleri olarak yansır. Hem eğitiminin desteklenmesi hem de evde yaşanan durumların tespiti için aileler ile iletişimde olup aileyi de sürece katmak önemlidir.

**Belirli aralıklarla takibini yap!** Çocuğun gelişimde gerilik tespit edildiğinde mutlaka belirli aralıklarla takip etmek gerekir. Ancak bu sayede gelişiminde ilerleme olup olmadığı, gelişimde aksaklıklara yol açan durumların tespiti yapılabilir.

**Ailelere yol gösterici ol!** Zekâ geriliği olan bir çocuğa sahip aileler çoğu zaman yoğun çaresizlik, yetersizlik duyguları yaşarlar. Hatta bazen bu duygular o kadar artar ki onları bakım kurumlarına vermek isterler. Bu ailelere bu çocukların büyüme süreçlerinde yol gösterici olmak çok önemlidir. Ayrıca diğer sağlıklı zekâ geriliği olan bir çocuk sosyal ortamı düzenlenerek, aile yönlendirilerek desteklenebilir. Kardeşlerin normal gelişimlerinin değerlendirilmesi ve takibi de büyük önem taşımaktadır.

## ZEKÂ GERİLİĞİNDEN ŞÜPHELENDİĞİM ÇOCUĞA NE YAPMAMALİYİM?

**Etiketleme!** Zekâ geriliği olan çocuklar sınıf içinde birçok zorluğu sebep olur. Bu durum bazen eğitimciler için sıkıntı yaratır. "Bu çocuk zaten engelli, bununla uğraşmak istemiyorum, engelli çocukların gittiği kurumlara gitsin." şeklinde



Zekâ geriliği olan çocuklar eksiklikleri nedeniyle asla dışlanmamalıdır.

düşüncelerle çocuk bulunduğu ortamdan gönderilmek istenebilir. Bunun yerine çocuğu sosyal ortamını destekleyerek topluma kazandırmak gerekir.

**Normalleştirme!** Çocukların büyüme ve gelişme evresinde normalden sapmalar olabilir, bu durum her zaman problem değildir. Ancak çocuk gelişimi ile ilgili normal gelişim özellikleri bilinmediğinde belirgin geri olan becerilerde normal kabul edilirse tanınmaları zorlaşır, müdahale gecikir, işlevsellik giderek bozulur.

**Eksikliği düzeltmek için fazla yüklenme!** Zekâ geriliği olan çocuklarda normal gelişim gösteren çocukların geçtiği aynı gelişim aşamasından geçerler ancak gelişim hızları çok daha yavaştır, hatta bazı becerileri hiç edinemeyebilirler. Bu çocuklar desteklenirken yaşitlarını yakalasın diye bazen çok katı yoğun eğitimler verilmektedir. Ancak bu şekilde yapılırsa bu defa çocuk yapamadığını fark ettikçe zorlanır, ümitsizliğe düşer ve yapmayı tamamen bırakır. Bu nedenle çocuğun alabildiği hızda ve şekilde eğitimi desteklemek gerekir

**Tedaviyi tek başına yapma, ekip hâlinde çalış!** Bu çocuklarla çalışırken yapılan bir diğer hata tüm beceri eğitimlerinin tek eğitimci tarafından yapılmaya çalışılmasıdır. Ancak bu çocuklarda çok fazla tıbbi ve psikiyatrik sorunlar vardır. Örneğin konuşma zorluğu varsa dil ve konuşma terapisi, dikkat-davranış sorunları varsa çocuk psikiyatrisi takibi gerekebilir. Tek başına eğitim yapıldığında yetersiz kalınır. Bu nedenle ekip hâlinde çalışmak gerekir.

**Utandırma!** Özellikle hafif düzeyde zekâ geriliği olan çocuklar eksikliklerinin farkındadır ve bu durum onlar için utanç verici olabilir. Örneğin değerlendirme sırasında okuma yazma yapamayan bir çocuk, bu durumdan utanıp sonrasında öfke atağı geçirebilir. O nedenle bu çocuklarla değerlendirme yapılırken çocuğa uygun konuşma dili ve materyaller kullanmak gerekir.

**Zekâ geriliği olan bir çocuk etiketlenmemeli, dışlanmamalı, utandırılmamalıdır. Bunların yerine olduğu gibi kabul edilmeli, eksik olduğu alanlarda desteklenmelidir. Ayrıca ailede tedavinin bir parçası olmalıdır.**



Bireysel Etkinlik

- Zekâ geriliği olan bir çocuk için sınıf ortamında neler yapılabilir? Tartışınız.
- "Bu çocuklarda mevcut olumsuzluklarla nasıl baş edilebilir, hangi önerilerde bulunulabilir?" konularını arkadaşlarınızla grup oluşturarak senaryolama yöntemiyle tartışınız.



Zekâ geriliğinin tedavisine çocuk; okul, aile, eğitim kurumu, çocuk gelişimci, doktor hepsi birlikte katkı yapar, bütüncül tedavi gerekir.

## ZEKÂ GERİLİĞİNİN TEDAVİSİ NEDİR?

Tüm zekâ geriliği vakalarında tedavinin püf noktası erken teşhis ve erken müdahaledir. Daha önceki bölümde belirtildiği gibi olguların yarısına yakın kısmında spesifik bir neden bulunamamakta, bilinen pek çok neden de tedavi edilememektedir. Bu nedenle tedavi amacı aslında bir "tedavi" değil esas amaç semptomları azaltmak, yaşam becerilerini öğretmek, yaşam kalitesini arttırmak ve

aileleri ve bakım verenleri desteklemektir. Hastalığın nedeni ve eşlik eden durumlar göz önüne alınarak her birey için ayrı ayrı tedavi planı belirlenmelidir.

Zekâ geriliğine yönelik bilinen bir ilaç tedavisi yoktur. İlaç tedavisi eşlik eden tıbbi ve psikiyatrik durumlar için kullanılmaktadır. Ana tedavi bireyselleştirilmiş özel eğitim programıdır [7].

Tedavi şunları kapsar:

- Bireysel özel eğitim,
- Ailenin psikoeğitimi,
- Aileler için beceri eğitimi,
- Eşlik eden tıbbi durumların tedavisi (Ör: Fenilketonüri, Hipotroidi tedavisi),
- Eşlik eden psikiyatrik durumların tedavisi,
- Çocuğun sosyal ortamının desteklenmesi,
- Okul ortamının düzenlenmesi,
- Zorlayıcı davranışlar için davranış müdahalesi,
- Mesleki terapi,
- Dil ve konuşma terapisi.

Tedavi hedefleri ise şunlardır:

- Zekâ geriliğinin geri dönüşümlü nedenlerini tanımlamak ve tedavi etmek,
- Çocuk ve aile için bu durumu daha yaşanılır hâle getirmek,
- Sağlıklı gelişmeyi mümkün olan en geniş bağımsızlığa doğru taşımak.

*Zekâ geriliği tedavisi ayrı bir önem taşır. Çünkü bilinen bir ilaç tedavisi yoktur. Tedavide amaç işlevselliği olabilecek en üst seviyeye taşımaktır. Bu nedenle tanı konduğu andan itibaren tedavi başlamalı, tedavi multidisipliner bir yaklaşımla yapılmalı, çocuk her yönden desteklenmelidir.*

## ERKEN MÜDAHALE NEDEN ÖNEMLİDİR?

Zekâ geriliği “iyileştirilmesi” mümkün olmayan ve yaşam boyu devam eden bir durum olduğu için bu çocuklara yönelik erken müdahale de ayrı önem taşımaktadır. Ne kadar erken müdahale edilirse işlevsellik o oranda artar, kendi kendine yetebilme ve bağımsız yaşayabilme becerisini daha fazla kazanır. Erken müdahale çalışmaları aynı zamanda önleme çalışmalarını da içerir.

Tablo 2.4.’de yapılabilecek önleme çalışmaları sınıflandırılmıştır.

**Tablo 2.4.** Zekâ Geriliğine Yönelik Önleme Çalışmaları

|                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1-Birincil Önleme (Zihinsel yetersizlik ortaya çıkmadan önce oluşumunu önlemeye yönelik önlemler)</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beslenme durumunun iyileştirilmesi</li> <li>• Sağlık tesislerinin gelişmesi</li> <li>• Doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakımda iyileşmeler</li> <li>• Genetik hastalık riski olan ailelerin eğitimi ve takibi</li> <li>• Gebelerin düzenli takibi</li> <li>• Yüksek riskli gebeliklerin takibi</li> <li>• Aşılama</li> </ul> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Zekâ geriliği tedavisinde erken müdahale çalışmaları önemli yer tutar.

|                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>•Yenidoğan topuk tarama programları</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>2-İkincil Önleme</b><br><b>(Zekâ geriliğine</b><br><b>neden olabilecek bir</b><br><b>durum varsa bunun</b><br><b>erken tanı ve</b><br><b>tedavisini içerir.)</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>•Düşüm doğum ağırlığı olan veya erken doğan bebekleri izlemek</li> <li>•Tedavi edilebilir bozukluklar için yenidoğan taraması (Konjenital hipotroidi ve fenilketonüri)</li> <li>•Riskli bebeklerin (Erken doğum, düşük doğum ağırlığı, doğumda oksijensiz kalma, beyne şant takılması vb.) doğumdan itibaren gelişim testleri ile izlenmesi</li> <li>•Gelişimsel gecikmeleri erken tanıma ve erken müdahalesi, ailelerin bu konuda eğitilmesi</li> </ul> |
| <b>3- Üçüncül Önleme</b><br><b>(Engelliği azaltma-</b><br><b>sınırlama</b><br><b>çalışmaları)</b>                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>•Zekâ geriliği olan çocuklar için eğitim, öğretim ve mesleki fırsatlar</li> <li>•Kaynaştırma ve entegrasyon programları</li> <li>•Zekâ geriliği olan çocukların aileleri için destek programları</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                              |

### Erken müdahale neden önemlidir?

*Çok yaygın bir hastalık, hem birey hem toplum için büyük bir yük oluşturur. Bu duruma sahip çocuklar damgalanmış ve dışlanmışlardır. Bakım veren kişide zorlanmaya bağlı farklı psikolojik sorunlar gelişebilir. Ancak erken müdahale ile bu sorunlar büyük ölçüde azaltılabilir.*



Bireysel Etkinlik

- Sınıfımızda zekâ geriliği olan bir çocuk olduğunu düşünelim. Onun sınıfa adaptasyonu için neler yapabilir, gelişimi için hangi materyalleri kullanabilir? Tartışınız.
- Ailelere yol gösterici olmak için arkadaşlarınızla tartışarak yazılı bir metin hazırlayınız.



## Özet

- Zekâ genel anlamıyla toplumsal yaşama uyum becerisi olarak değerlendirilir. Bu yeti, birçok öğrenme alanını içinde barındırır. Zekâ gelişimi; ruhsal, fiziksel, sosyal, genetik bir çok durumdan etkilenir. Hatta bu gelişim doğum öncesi dönemde başlamaktadır. Normal gelişim gösteren çocuklarda da gelişim boyunca aksaklıklar, gerilikler, normalden sapmalar olabilir. Bu durum zekâ geriliği ile karıştırılmamalıdır. Zekâ geriliği, ömür boyu devam eden, iyileşmesi mümkün olmayan ancak uygun müdahalelerle uyumun arttığı bir durumu anlatır.
- Zekâ geriliği terimi üç ölçütte tanımlanır:
- Günlük yaşama uyum becerilerinde gerilik: Bu durum bireyin iletişim, öz bakım (giyim, yemek, tuvalet temizliği, banyosunu kendi başına yapabilme), ev yaşamı, toplumsal ve kişiler arası ilişkiler, toplumsal kaynakların kullanımı, kendini yönetip yönlendirme, eğitim ile ilgili beceriler, öğrenim, iş, boş zamanları değerlendirme, sağlık ve güvenlik alanlarında kendi yaşı için beklenen ölçütleri karşılamada yetersizlik olması hâlidir.
- Bilişsel işlevlerde gerilik olması: Akıl yürütme, sorun çözme, planlama, soyut düşünme, yargılama, akademik öğrenme gibi zihinsel işlevlerdeki eksiklikler vardır. Bu eksiklikler hem klinik değerlendirme hem de bireyselleştirilmiş standart zekâ testleri ile doğrulanmalıdır (Zekâ testlerinde ölçülen zekâ puanı 70'in altında olmalıdır).
- Uyumsal ve bilişsel eksikliklerin gelişimsel evre sırasında başlaması (18 yaşından önce başlar).
- Zekâ geriliği olan bireylerdeki en temel özellik öğrenmelerinin yaşitlarından geri olmasıdır. Yapabildikleri beceriler takvim yaşından geridir. Yargılama, muhakeme, soyut düşünme, dikkat ve dürtü kontrolü gibi birçok alanda yaşitlarından geridirler. Dikkatini sürdürme ile ilgili belirgin problem yaşarlar. Dikkat sorunları öğrenmeyi daha da olumsuz etkiler.
- Bu bireylerde takvim yaşına göre zekâ yaşı geri kalmıştır. Normal zekâ gelişimine sahip çocukların geçtiği gelişim süreçlerinden aynı sırayla geçerler, ancak gelişim hızları yaşitlarına göre daha yavaştır. Bu nedenle yaşitları gibi değil kendinden küçük yaştakiler gibi davranırlar. Zekâ geriliği olan çocuklarda zekâ geriliği sebebi olarak metabolik, genetik, nörolojik ve benzeri bir durum yoksa bedensel gelişimleri yaşitları düzeyindedir. Örneğin normal boy gelişimi, normal ergenlik gelişim evreleri gibi.
- Zekâ geriliğini oluşturan nedenler oldukça karmaşıktır. Ancak tüm bilinen nedenlere rağmen olguların %40'ında, özellikle hafif olgularda hâlen sebep bulunamamaktadır. Zekâ geriliğine neden olan durumları, üç kategoride sınıflandırabiliriz: Doğum öncesi (prenatal) nedenler, doğum sırasında (perinatal) meydana gelen nedenler, doğum sonrası (postnatal) nedenler.
- Zekâ geriliğinin şiddeti, şu şekilde sınıflandırılır: Hafif derece (Zekâ puanı:50-69 arası), orta derece (Zekâ puanı:35-49 arası), ağır derece (Zekâ puanı:20-34 arası), çok ağır derece (Zekâ puanı: <20 ).
- Zekâ geriliği tanısı şu şekilde konur: 1-Çocuğun konuşma, motor hareket, öz bakım becerileri, okuma yazma becerisi, sosyal işlevselliği gibi eksik kaldığı tespit edilen durumları içeren ayrıntılı öykü alınır, 2-Standardize zekâ testleriyle zekâ seviyesi belirlenir, 3-Çocuğun uyum becerilerini değerlendirilir.
- Zekâ geriliğine yönelik bilinen bir ilaç tedavisi yoktur. İlaç tedavisi eşlik eden tıbbi ve psikiyatrik durumlar için kullanılmaktadır. Ana tedavi bireyselleştirilmiş özel eğitim programıdır.





## Özet (devamı)

- Zekâ geriliği tedavisinde erken müdahale ve önleme çalışmaları da önemli yer tutar.
- Erken müdahale neden önemlidir?
- Çok yaygın bir hastalık, hem birey hem toplum için büyük bir yük oluşturmaktadır. Bu duruma sahip çocuklar damgalanmış ve dışlanmışlardır. Bakım veren kişide zorlanmaya bağlı farklı psikolojik sorunlar gelişebilir. Ancak erken müdahale ile bu sorunlar büyük ölçüde azaltılabilir.

## DEĞERLENDİRME SORULARI

1. Aşağıdakilerden hangisi zekâ kavramının tam karşılığıdır?
  - a) Okuma yazma becerisi
  - b) Dikkat ve hafıza becerisi
  - c) Öz bakım becerilerini yerine getirebilme
  - d) Toplumsal yaşama uyum becerisi
  - e) Motor hareket becerisi
2. Aşağıdakilerden hangisi zekâ geriliği olan çocukların özelliklerinden değildir?
  - a) Konuşmada gecikme
  - b) Tuvalet eğitiminde sorunlar
  - c) Yaşlıları ile uyum sağlayamama
  - d) Davranışlarını kontrol edebilme
  - e) Dikkat ve hafıza sorunları
3. Zekâ geriliği olan bir çocuğu değerlendirirken aşağıdakilerden hangisinin özgeçmiş-soygeçmiş öyküsünde dikkat edilmesi gereken bir durum değildir?
  - a) Ailede genetik hastalık öyküsü
  - b) Yenidoğan sarılığı öyküsü
  - c) Doğumda oksijensiz kalması
  - d) Zor doğum öyküsü
  - e) Babada psikiyatrik hastalık öyküsü
4. Zekâ geriliği olan bir çocukta aşağıdakilerden hangisi ana tedavidir?
  - a) Bireysel özel eğitim
  - b) İlaç tedavisi
  - c) Beyin ameliyatı
  - d) Kansızlığın tedavisi
  - e) Davranışçı müdahale
5. Uygulanan WISC-R zekâ testinde zekâ puanı 40 olarak saptanan bir olguda zekâ düzeyi aşağıdakilerden hangisidir?
  - a) Sınır düzeyde mental kapasite
  - b) Hafif düzeyde zekâ geriliği
  - c) Orta düzeyde zekâ geriliği
  - d) Ağır düzeyde zekâ geriliği
  - e) Çok ağır düzeyde zekâ geriliği

6. “Zekâ geriliğine neden olabilen durumların erken dönemde devreye sokulacak girişimlerle önlenmesi ya da beynin etkilenmesini en aza indirebilecek durumların ele alınması, zekâ geriliğinde ikincil koruma olarak değerlendirilmektedir.”
- Aşağıdakilerin hangisi ikincil korumaya örnektir?
- a) Akraba evliliklerinin azaltılması
  - b) Doğum öncesi gebelerin izlenmesi
  - c) Doğumların uygun koşullarda yapılmasının sağlanması
  - d) Gebelik sırasında alkol ve diğer madde kullanımlarının engellenmesi
  - e) Topuk kanında tespit edilen hastalığın tedavisi
7. Zekâ geriliği olan bir çocukta aşağıdakilerden hangisi en sık yapılan şikâyet başvurusudur?
- a) Aşırı hareketlilik
  - b) Göz teması kurmama
  - c) Komutlara uymama
  - d) Konuşmada gecikme
  - e) Alt ıslatma
8. Zekâ geriliği olan bir çocukta aşağıdaki bulgulardan hangisi beklenmez?
- a) Alıcı ve ifade edici dilde gecikme
  - b) Sosyal uyumda güçlük yaşama
  - c) Göz teması kuramama
  - d) Dikkat ve hafıza sorunları
  - e) Motor becerilerde gerilik
9. Hafif düzeyde zihinsel yetersizliği olan bireylerin konuşma gelişimi aşağıdakilerden hangisi ile uyumludur?
- a) Konuşmada gecikme beklenmez.
  - b) Hem alıcı hem de ifade edici dilde hafif düzeyde gecikme olur.
  - c) İfade edici dil normal iken alıcı dilde gecikme olması beklenir.
  - d) Alıcı dil normal iken ifade edici dilde gecikme olması beklenir.
  - e) Konuşma yetilerini ya geç ve çok az kazanırlar ya da kazanamazlar.

10. “Ahmet 9 aylık iken yürümeye başlamış iken ikiz kardeşi Can yürümeyi 12 aylık iken öğrenmiştir.”

Bu durum aşağıdaki gelişim ilkelerinden hangisine örnektir?

- a) Gelişim her zaman aynı sıra ile olur.
- b) Gelişimde bireysel farklılıklar vardır.
- c) Beyin hücrelerinin gelişimi doğum sonrası dönemde de devam eder.
- d) Gelişim baştan ayağa doğrudur.
- e) Gelişim süreklilik gösterir.

**Cevap Anahtarı**

1.d, 2.d, 3.e, 4.a, 5.c, 6.e, 7.d, 8.c, 9.b, 10.b

## YARARLANILAN KAYNAKLAR

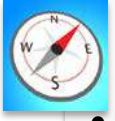
- [1] Rey, J.M. (2015). *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2015.
- [2] Stahl, S.M. (2013). *Stahl's Essential Psychopharmacology* (4.Baskı). Cambridge University Press
- [3] Köroğlu,E. (2013). *DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı. Amerikan Psikiyatri Birliği Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı 5.Baskı'dan çeviri*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği
- [4] Çetin, F.Ç., Coşkun, A., İşeri, E., Miral, S., Motavallı, N., Pehlivan Türk, B., Türkbay, T., Uslu, R., Ünal, F. (2008). *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı* (1.Baskı). Ankara: HYB Yayın Dağıtım
- [5] Akay, A.P., Ercan, E.S. (2016). *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kitabı* (1.Baskı). Ankara: HYB Yayın Dağıtım
- [6]. Martin, A., Bloch, M.H., Volkmar, F.R. ( 2018). *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry. A Comprehensive Textbook* (5.Baskı). Philadelphia : Wolters Kluwer.
- [7].Thapar, A., Pine, D.S., Leckman, J.F., Scott, S., Snowling, M.J., Taylor, E.(2015). *Rutter's Child And Adolescent Psychiatry* (6.Baskı). Wiley Blackwell.

# KONUŞMA GELİŞİMİ VE BOZUKLUKLARI



## İÇİNDEKİLER

- Dil ve Konuşma Nedir?
- Dil ve Konuşma Nasıl Gelişir?
- Hangi Durumlarda Dil ve Konuşma Gecikmesinden Bahsedilebilir?
- Dil Gelişimi Nasıl Değerlendirilir?
- Konuşma ve Dile Özgü Gelişimsel Bozukluklar Nelerdir?



## HEDEFLER

- Bu üniteyi çalıştıktan sonra;
- Konuşma ve iletişim ile ilgili temel kavramları tanımlayabilecek,
- Konuşmanın yaş ve dönemlere göre normal gelişimini ve normalden sapmaları ayırt edebilecek,
- Konuşmanın değerlendirilmesinde kullanılan testleri seçebilecek,
- Sık görülen konuşma bozukluklarının özellikleri ve tedavi yaklaşımları ile ilgili genel bilgileri öğrenebileceksiniz.



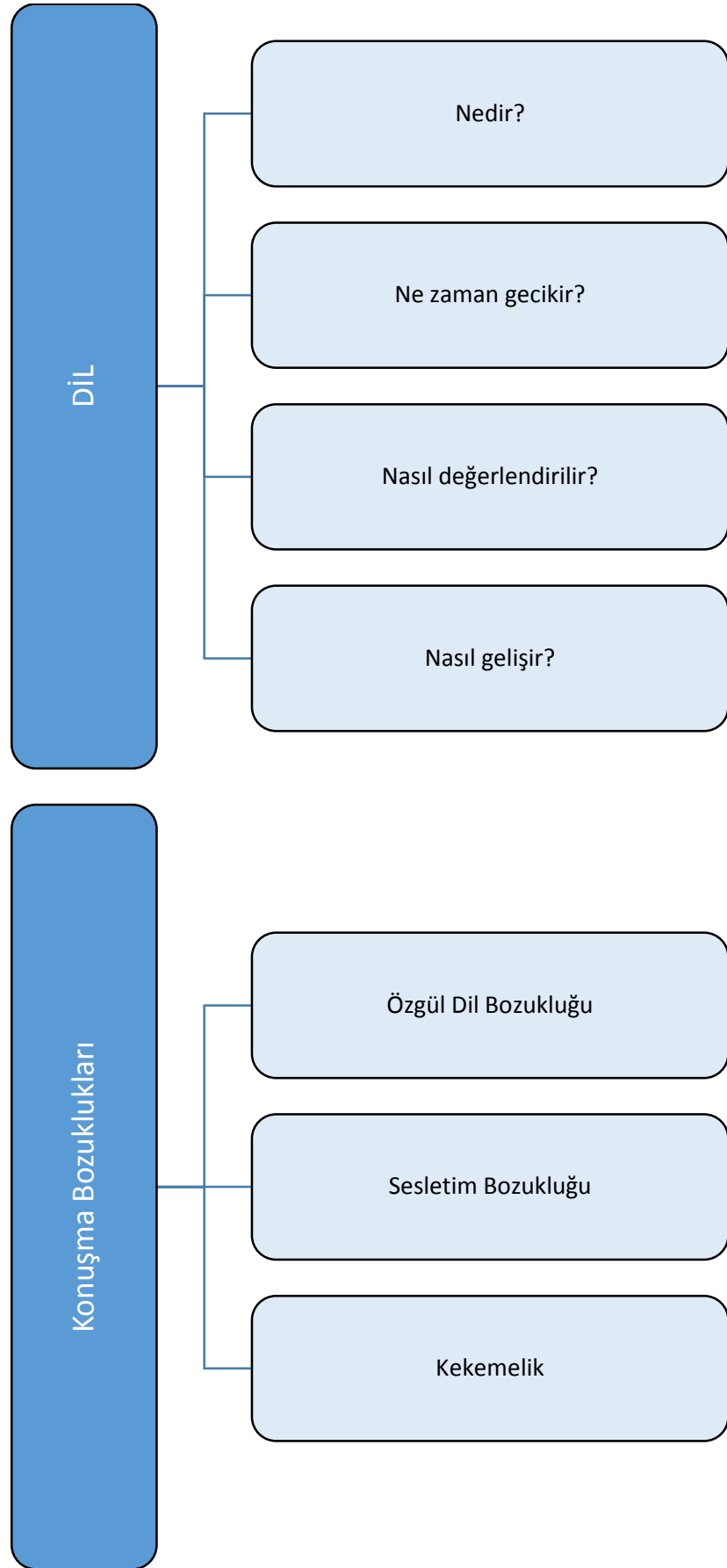
**ATATÜRK  
ÜNİVERSİTESİ**  
AÇIKÖĞRETİM FAKÜLTESİ

## ÇOCUK PSİKOLOJİSİ VE RUH SAĞLIĞI

**Uzm. Dr. Esra ÖZHAN  
İBİŞ**

**ÜNİTE**

**3**



## GİRİŞ

Dil, insan beyninin eşsiz ve en karakteristik yeteneğidir. Dil, insanların düşünce, duygu, istek gibi yaşantılarını birbirlerine aktarabilmelerini, dış dünyayı yorumlayarak kendi dünyalarına getirebilmelerini, insanın iç dünyasını dışarı açabilmesini, insanlığın bilgi birikiminin büyümesini ve toplumsal kültürün gelişip sonraki nesillere iletilebilmesini sağlar. Ruhsal ve toplumsal kişiliğimizin oluşmasına katkıda bulunur

*Yaşamın ilk yıllarında çocuğun dili kullanmayı öğrenmesi, gelişimin sağlıklı seyrettiğine dair en önemli göstergelerinden biridir.*

Dilin sağlıklı bir şekilde gelişmesi, çocuğun diğer gelişimlerini de olumlu yönde etkiler. Ayrıca dil gelişiminin niteliği, çocuğun ilerleyen yaşlardaki zihinsel gelişimine işaret etmektedir.



Dil, insan beyninin en karakteristik yeteneğidir.

Dil, aynı zamanda en kolay zedelenen kabiliyetlerden biridir. Dili sağlıklı şekilde kullanabilmek, doğuştan getirdiğimiz biyolojik özelliklerimizden etkilenmesinin yanı sıra uygun çevrenin ve eğitimin sağlanması ile mümkündür.

Dil yönünden kusurlu olan çocukların öğrenme becerileri olumsuz etkilenebilir, sosyal gelişimleri kısıtlanabilir. Dil ve konuşma bozuklukları, psikiyatrik bozuklukların gelişimine zemin hazırlayabilir, kendini ifade etmekte güçlük çekmek çocuğun kişilik gelişimini olumsuz etkileyebilir.

Bu nedenle çocuklarda normal dil gelişimini ve normalden sapmaları ayırt edebilmek, dilin sağlıklı bir şekilde gelişmesini destekleyebilmek, konuşma ile ilgili bozuklukları tanımak ve bu durumlar için uygun yaklaşımları öğrenebilmek oldukça önemlidir.



Dil, sınırsız sayıda mesajın karşı tarafa iletilmesine olanak sağlar.

Bu bölümde, dil ve konuşma ile ilgili genel kavramlardan, konuşmanın biyolojik temellerinden, sağlıklı çocukta normal dil gelişiminden ve normal gelişimden sapmaları gösteren dönüm noktalarından, dile özgü bozukluklardan ve klinik yaklaşımlardan bahsedilecektir.

## DİL ve KONUŞMA NEDİR?

Dil; sesler, semboller ve işaretlerin birtakım kurallarla yönetilerek sınırsız sayıda mesajın karşı tarafa iletilmesine olanak sağlayan bir iletişim şeklidir.

İletişim ise her türlü mesaj gönderme ve alma yöntemini kullanarak karşı tarafa mesaj iletimini kapsar. Yani sadece konuşma dili ile değil, örneğin jestler veya yüz ifadeleri gibi başka yollarla da bağlantı kurmayı ifade eder.

Öte yandan konuşma, ağız hareketlerinin ürettiği seslerin kullanımı yoluyla dilin ifade edilmesidir. İnsan dışında hiçbir tür çıkardığı sesleri insan dilinde olduğu gibi açık, iç tutarlılığı olan, üretken bir şekilde kullanamamaktadır.

Dilin temel olarak iki bileşeni vardır:



**Alıcı dil:** Konuşmanın algılanarak anlaşılması demektir. Örneğin 1 yaşında bir çocuk iki kelimeli komutları anlayabilir. “Alıcı dili” bu düzeydedir.

**İfade edici dil:** Zihindekilerin sesler aracılığıyla ifade edilmesidir. Örneğin 1 yaşında bir çocuk; anne, baba, mama gibi tek kelimeleri söyleyebilir. “İfade edici dili” bu düzeydedir. Aşağıda ifade edici dil ile ilgili bazı terimlerin anlamı verilmiştir.

- **Sentaks:** Cümleleri uygun şekilde dizme anlamında kullanılır. Örneğin isim, fiil, cümle kategorileri kullanma; söz dizilimini doğru yapma ya da grameri uygun kullanma vb.
- **Semantik:** Kelime ve cümlelerin anlamı ve birbiri ile ilişkisidir. Örneğin kelimelerin anlamını bilme, yaşı büyüdükçe gerçek anlam ya da mecaz anlamda kullanabilme vb.
- **Pragmatik:** Dilin sosyal iletişimi sağlamada kullanımı. Örneğin 7 yaşında bir çocuk öğretmeni ile konuşurken resmî bir ses tonu, arkadaşlarıyla konuşurken samimi bir ses tonu ve vurgulama kullanabilir, kelimelerini ortama göre seçebilir [1].



Dil gelişimi için uygun yapısal özelliklerin yanında uygun ortam gereklidir.

## DİL ve KONUŞMA NASIL GELİŞİR?

Dil gelişimi için doğuştan gelen uygun yapısal özellikler (ör. uygun çene ve ağız yapısı, işitme), zengin ses ve görüntü içeren dış ortam gereklidir.

Tüm bebekler, dili öğrenmeye öncelikle kullanılan dildeki sesleri öğrenmekle başlar. Seslerden hecelere, cümlelere ve dilin tam olarak anlaşılmasına dek devam eden süreç içinde sıra değişmezken gelişimin hızı çeşitli etmenlerden etkilenmektedir. Dil gelişimini etkileyen etmenler arasında ailenin dil gelişim biçimi, kavrama becerisi, genel gelişim (motor gelişim), fiziksel ve ruhsal gelişim, anne-bebek ilişkisinin kalitesi, sosyal çevre, cinsiyet, aile yapısı, iki dil konuşulan ortamda büyümek ve ailenin sosyal ve kültürel yapısı sayılabilir.



Ses ve hareketler ile iletişim kurulan ilk bir yıla, prelinguistik (dil öncesi) dönem denir.

*Dil ve konuşma gelişiminin en yoğun yaşandığı dönem yaşamın ilk üç senesidir. İlk üç ayda sesler (fonemler), 3-9. aylarda ses birleşimi, kelime oluşturma (morfepler), 9-18. aylarda gramer, cümle oluşturma (sentaks), 18-36. aylarda kelime ve cümlelerin anlamını kavrama (semantik) gelişimi olur. Zamanla konuşmanın tonlama ve ritmi (prozodi) ve dilin sosyal etkileşim için etkin kullanımı (pragmatik dil) gelişir.*

Yaşamın ilk bir yılı “prelinguistik (dil öncesi) dönem” olarak tanımlanmaktadır. Bu dönem bebeğin henüz ilk kelimelerini çıkarmadığı, ses ve hareketleri ile iletişim kurduğu dönemdir. Dil öncesi dönemde; öncelikle dinleme, izleme, paylaşma daha sonra sesleri deneme, sesleri anlamlarla eşleştirme ve son olarak da kelime üretimi gerçekleşmektedir.



Alıcı dil gelişimi, ifade edici dil gelişiminden önce başlamaktadır.

Alıcı dil gelişimi, ifade edici dil gelişiminden önce başlamaktadır. Bebekler, dil gelişimi için doğuştan donanımlı olup seslere karşı son derece hassastır. Doğumdan sonraki birkaç gün içinde maruz kaldığı pek çok ses içinde insan sesini hatta annelerinin sesini ayırt edebilirler. Ağlama, yenidoğan döneminde temel ses çıkarma davranışdır. Bebek 1 aylıkken göz teması kurma ve değişen durumlara göre (ağrı, açlık gibi) değişen ağlama sesleri çıkarma becerisi kazanır.

2-5. aylarda gıgıldama veya hoşnutluk sesleri olarak belirtilen “k”, “g”, “oo” sesleri ağırlık kazanıp ağlamalar azalır. 3 aylıkken bebek, farklı ses tonlarına yanıt olarak gülümseyerek 4 aylıkken seslere, sesler çıkartarak cevap vermek şeklinde iletişim kurar.

4-8. aylarda ses oyunları ve agulama görülür. Bebek sesli ve sessiz harfler içeren tek heceler söylemeye başlar. Bebek, bu ses oyununu erişkinle iletişimi başlatmak, sese yanıt vermek için kullansa da genellikle bu oyunu tek başına oynamayı tercih eder.

6-9. aylarda babıldama diye ifade edilen hece tekrarlamaları başlar. Bu dönemde ağzın ön kısmından çıkarılan (b, p, m, n, t, d) sesleri belirir. Bu sessiz harfleri ve sesli harfleri içeren heceler tekrarlanır (ör. “mamama”, “bababa”).

İlk yılın sonuna doğru çoğu bebek kelime benzeri yapılar kullanmaya başlar. Çocuğun kendi uydurduğu, 4 veya daha fazla heceli, kelime benzeri yapılar erişkinin kullandıklarından farklıdır ve çocuğun seçtiği belli durumlar veya nesneler için kullanılır. Bu dönem jargon konuşma diye adlandırılır.



Çocuğun ilk kelimeleri 9-18. aylarda, ortalama 12 aylıkken başlamaktadır.

*Çocuğun ilk kelimeleri 9-18. aylarda, ortalama 12 aylıkken başlamaktadır. Başlangıç kelimeleri; isimler, karşı çıkma kelimeleri, “merhaba”, “bay bay” gibi sözcüklerdir.*

Bu dönemde jargon kelimeler yoğundur ve ekolali görülebilir. Dil, sistematik olarak gelişir. Nesne isimlerini, filler, sıfatlar ve zarflar izler.

18-24. aylarda iki kelimeli cümleleri taklit etmeye ve söylemeye başlar. Jargon kelimeler azalmıştır. Kendisini iyi tanıyan yetişkinler için konuşması anlaşılır düzeydedir. Çocuğun kelime hazinesi, 2 yaşla beraber 200’e ulaşmaktadır.

2-3 yaş: Kelime sayısı artmıştır. Kelimeleri 2 kelimeli cümleler şeklinde bağlar. Yıl sonuna doğru 3 kelimeli cümleler kullanabilmektedir. Konuşması oldukça anlaşılırdır. Dile ait kuralları öğrenmeye başlamıştır. Çoğul kelimeler, geçmiş zamanı kullanır. Yaşını, cinsiyetini bilir. 3 yaştan itibaren yaklaşık 300 kelimeye sahiptir.



Çocuk, 18-24. aylarda iki kelimeli cümleleri söylemeye başlar.

3-4 yaş: 3 kelimeli cümleleri daha sık kullanır. Sorulduğunda adını soyadını söyleyebilir. Öyküler anlatabilir. Çevremizdeki şeylerin ne işe yaradığı ile ilgili pek çok soruyu yanıtlayabilir [1, 2]. (Aşağıda Tablo 3.1.'de belirtildiği üzere).

**Tablo 3.1.** Yaşa göre dil gelişim evreleri

| Çocuğun Yaşı(Ay) | Beklenen Dil Gelişimi Evresi |
|------------------|------------------------------|
| 2-5              | Gıgıldama                    |
| 4-8              | Agulama                      |
| 6-9              | Babıldama                    |
| 9-18             | Tek kelimeler                |
| 18-24            | İki kelimeli tamlama         |
| 24-36            | 3 kelimeli cümleler          |

## HANGİ DURUMLARDA DİL ve KONUŞMA GECİKMESİNDEN BAHSEDİLEBİLİR?

- 12-15. aylara kadar babıldaması olmayan,
- 18. aya kadar basit yönergeleri algılamayan ve tek kelimeleri söylememiş,
- 24 ayda iki kelimeli tamlama (anne su gibi) yapamamış,
- 36 aya kadar cümle kuramamış,
- 48-60 aya kadar basit öykü anlatmakta zorlanan çocuklarda konuşma gecikmesi düşünülür ve ileri değerlendirme gereklidir [2].



Örnek

- Ahmet, 20 aylık erkek hasta, basit komutları (kapıyı aç, kalemi ver gibi) komutları tam olarak anlayıp yerine getiremiyor. Etrafındaki herkese ba-ba diye sesleniyor, nesneler için kendisine özgü ifadeler kullanıyor. Hastanın dil gelişiminde gecikme vardır ve ayrıntılı değerlendirme yapılması gerekmektedir.



Bireysel Etkinlik

- Ünitelerde anlatılan normal dil gelişimi aşamalarını aileniz ve çevrenizden farklı yaş dönemlerindeki birkaç bebek veya çocuk üzerinde gözlemleyiniz.

## DİL GELİŞİMİ NASIL DEĞERLENDİRİLİR?



Dil ve konuşmanın değerlendirilmesinde ayrıntılı öykü alınması ilk basamaktır.



Dil gelişimi değerlendirilirken gelişimin diğer alanlarında gecikme saptandığında, zihinsel gerilik araştırılmalıdır.

## Genel Prensipler

*Dil ve konuşmanın değerlendirilmesinde ayrıntılı öykü alınması ilk basamaktır.*

Çocuğun gelişimsel öyküsü sorgulanırken dil gelişiminin dönüm noktaları tanıda çok büyük önem taşır.

Yukarıda belirtilen konuşmada gecikme belirtilerinin yanı sıra gelişimin diğer alanlarında da gecikmeler söz konusu ise zihinsel yeteneklerde gerilik yönünde araştırma yapılmalıdır.

Öykü alınırken annenin gebelik esnasındaki hastalıkları, doğum öyküsü, psikososyal öykü ve aile öyküsü detaylandırılmalıdır. Fizik muayenede çocuğun büyüme grafikleri, dismorfik özellikleri olup olmadığı, anormal fizik muayene bulguları olup olmadığı araştırılmalıdır. Konuşmada gecikmesi olan tüm çocuklara, öncelikle işitme değerlendirmesi yapılmalıdır. Ağız, yüz muayenesi yapılmalıdır. Çocuğun anne ve bakıcı ile olan iletişimi ve ailenin konuşma özellikleri çevresel faktörler açısından değerlendirilmelidir.

Çocuğun genel gelişiminin değerlendirilmesinde, Denver Gelişimsel Tarama Testi, Ankara Gelişim Tarama Envanteri ve Goodenough–Harris İnsan Resmi Çizme Testi uygulanmaktadır [3].



Örnek

- 4 yaşında kız hasta, konuşma gelişiminde gerilik şikâyeti ile başvurdu. Ailesinden alınan öyküde tek kelimeleri iki yaşında söylediği, basit cümle kurmaya 3 yaşında, 3 kelimeli cümlelerinin 3,5 yaşında başladığı, ayrıca oturma ve yürümeye başladığı, henüz tuvalet eğitimi almadığı öğrenildi. Gelişimin diğer alanlarında da gecikme olması nedeniyle öncelikle zeka geriliğinden şüphelenilerek gelişim testi planlandı.

## Alıcı Dilin Değerlendirilmesi

*Türkçe iletişim davranışları gelişimi değerlendirme envanteri (TİGE):* Alıcı dilin ilk iki yaşta anne babalarından alınan öyküye dayanmaktadır. Bu amaçla sıklıkla TİGE kullanılmaktadır. 8-16 aylık bebeklerin iletişim ve sözcük bilgisinin değerlendirilmesinde TİGE-I, 16-36 aylık çocuklarda sözcük ve dil yeteneği değerlendirmesi için TİGE-II kullanılmaktadır. Bu değerlendirme ebeveyn görüşmesine dayalı olarak yapıp çocuğun birtakım sözcükleri anlama ve söyleme durumu araştırılmaktadır.

2 yaştan sonra ise alıcı dil değerlendirilmesinde Peabody Resim Kelime Eşleştirme Testi, Türkçe İfade Edici ve Alıcı Dil Testi (TİFALDİ) ve Türkçe Erken Dil Gelişim Testi (TEDİL) kullanılmaktadır.



Dil gelişimi, çocuğun yaşına uygun olan alıcı ve ifade edici dile yönelik testlerle değerlendirilir.

*Peabody resim kelime eşleştirme testi:* 2-12 yaş arası çocuklara uygulanabilen, resmedilebilecek sözcükler seçilerek hazırlanmış, sözcük gelişiminin değerlendirilmesine olanak sağlayan bir testtir. Dil ve bilişsel değerlendirmesin sıklıkla kullanılmaktadır. Testin normlarının güncel olmaması bir handikaptır.

*Türkçe ifade edici ve alıcı dil testi (TİFALDİ):* 2-12 yaş çocuklarda alıcı dil gelişiminin değerlendirilmesinde kullanılmaktadır. Türkçe kelimeler esas alınarak oluşturulmuştur.

*Türkçe erken dil gelişim testi (TEDİL):* 2-8 yaş çocuklarda alıcı dil ve ifade edici dil değerlendirilmesinde kullanılmaktadır.

## İfade Edici Dilin Değerlendirilmesi

Konuşmanın değerlendirilmesinde, konuşmanın içeriği ve akıcılığını değerlendirilir. Ülkemizde bu amaçla kullanılan iki test bulunmaktadır.

*Ankara artikülasyon testi (AAT):* 2-12 yaş aralığında kullanılabilen test, seslerin 5 pozisyonda (kelime başı, kelime ortasına hece başında, kelime ortasında iki ünlü arasında, kelime ortasın hece sonunda ve kelime sonunda olmak üzere) değerlendirilir. Hedef ses, resim isimlendirilmesi şeklinde alınır.

*Türkçe sesletim-ses bilgisi testi (TSST):* 3 yaş ve üstü çocuklarda sesletim ve ses bilgisel bozuklukları tarama, değerlendirme ve terapi sonrası gelişimi izleme amaçlı geliştirilmiştir [2, 4].

## KONUŞMA ve DİLE ÖZGÜ GELİŞİMSEL BOZUKLUKLAR NELERDİR?

Konuşma ve dile özgü bozukluklar çocuklukta yaygın görülen nörogelişimsel, yani erken dönem beyin gelişimi ile ilişkili bozukluklardır. Konuşma bozuklukları, sözlü dilin üretilmesiyle ilgili sorunlara işaret eden zorluklarla karşımıza çıkmaktadır. Dilin fonolojik, morfolojik ve söz dizimsel sistemleri, dilin içeriği (semantik sistem) ve dilin iletişimdeki işlevini (pragmatik sistem) etkileyen veya bunların herhangi bir kombinasyonu şeklinde karşımıza çıkan güçlüklerdir.

Konuşma bozuklukları, konuşmanın akıcılığı (ör. kekeleme), dilin üretim kalitesi (ör. ses bozuklukları), belirli seslerin telaffuz edilmesi (ör. artikülasyon bozuklukları) veya iletişimde uygun kullanımı gibi alanları etkileyebilir.

Konuşma ve dile özgü gelişimsel bozukluklar, DSM-5'te "Nörogelişimsel Bozukluklar" kümesi içinde "İletişim Bozuklukları" ana başlığı altında yer almaktadır.

Bu bölümde, özgül dil bozukluğu, ses söyleme (sesletim) bozukluğu ve çocukluk başlangıçlı konuşmanın akıcılığı bozukluğu (Kekemelik), bozuklukların klinik özelliklerinden ve kısaca tedavi yaklaşımlarından bahsedilecektir.



Özgül dil bozukluğunda çocuğun konuşması gecikir. Sözcük dağarcığının miktarı ve çeşitliliği beklenenden azdır.

## Özgül Dil Bozukluğu

Dil bozukluğu tanısının çekirdeğini oluşturan özellikler, anlama, sözcük bulma, cümle kurma ve konuşma eksikliklerine bağlı olarak dili kavrama ve kullanmada yaşanan güçlüklerdir.

Dil bozukluğu, genellikle sözcük dağarcığı ve grameri etkiler ve bunun sonucunda konuşma kapasitesi kısıtlanır.

*Çocuğun ilk sözcüklerini ve cümleciklerini söylemesi gecikir. Sözcük dağarcığının miktarı ve çeşitliliği beklenenden azdır.*

Özellikle geçmiş zamanlı cümleler kısa ve gramer hataları olan basit cümlelerdir. Doğru kelimeyi bulamayabilir, zenginliği olmayan cümlelerle konuşur, kelimelerin eş anlamlılarını, birden fazla anlama gelen kelimeleri ya da sözcük oyunlarını, yaşından ve içinde bulunduğu kültürden beklenen düzeyde anlamayabilirler. Karşılıklı konuşmalarda konuyu devam ettirme ve genişleme yetisi kısıtlıdır. Yeni kelime ve cümleleri akılda tutma güçlüğüne bağlı olarak uzayan yönergeler takip etmekte güçlük çeker, sözel bilginin sırasını (ör. bir telefon numarası ya da alveriş listesi) doğru aktarmakta zorlanır.



Dil gelişim bozukluğu olan çocuklar genellikle normal zekâ ve normal işitmeye sahiptir.

Klinik olarak ağır vakalarda, ifade edici dilin yanı sıra dili algılamada da sorunlar (ör. seslerin ayırt edilmesi, sesler ve semboller arasındaki uyum, bunların saklanması ve hatırlanması ve dizilimi) görülebilir. Anlama hatalarından dolayı uygun olmayan yanıtlar verebilir.

Özgül dil bozukluğu tanısı için dil sorunlarının gelişimin erken dönemlerinde başlaması ve dile ait güçlüklerin eğitsel başarı, mesleki başarı ve toplumsal iletişimi bozması gerekir.

Dil gelişim bozukluğu olan çocuklar, genellikle normal zekâ ve normal işitmeye sahip çocuklar olmakla beraber, çocukta zihinsel engellilik, konuşmayla ilgili motor ya da duyuşsal bir bozukluk ya da çevre yoksunluğu varsa bile dil sorunlar normalde bu durumlarda beklenen düzeyden çok daha fazladır.

Dil bozuklukları, büyük ölçüde kalıtsaldır. Sıklıkla aile öyküsünde dil bozukluğu görülmektedir. Erkeklerde kızlardan daha sıktır. Üç yaş altında %10-15, okul çağında %3-7 arasında değişmektedir.

Gelişimsel ve edinsel tip olmak üzere 2 alt tip mevcuttur. Edinsel tipte, nörolojik ya da genel tıbbi duruma bağlı başka bir bozukluğun gelişirken gelişimsel tip, işitme bozukluğu ya da başka bir tıbbi duruma bağlanamaz ve zihinsel engellilik ya da genel gelişimsel gecikme ile daha iyi açıklanamaz.

Tanı ve ayırıcı tanı için ayrıntılı gelişim öyküsünün sorgulanması ve fizik muayene önemlidir. Mutlaka işitme değerlendirilmesi yapılmalıdır. Dil ve konuşma yaşına uygun testlerle değerlendirilmelidir. Ayırıcı tanı için gelişim testi ve zekâ testleri uygulanarak bilişsel gelişim değerlendirilmelidir.

Konuşma gecikmesi ile başvuran olguların %50'sinden zihinsel engellilik sorumludur. Özgül dil bozukluğu, zekâ sorunları olduğunda dışlanır. Dil ve sözel



Konuşma gecikmesi ile başvuran olguların %50'sinden zihinsel engellilik sorumludur.

olmayan beceriler yaşa göre beklenenin oldukça altında olduğunda, hem alıcı hem ifade edici dil alanlarında belirgin gerilik olduğunda, gelişimin diğer alanlarında da derilik gözlemlendiğinde zihinsel engellilik ön planda düşünülmelidir. Ancak dil güçlükleri zihinsel durumun oldukça altında ise dil bozukluğu ek tanı olarak konulabilir.

Gelişimsel tip özgül dil bozukluğu olan çocuklar; bozukluğun şiddeti, gidişi ve tedaviden göreceği fayda açısından farklılıklar göstermektedir. Sonuç genellikle olumludur. Geç konuşan çocukların %50-80'i kadarı okul öncesi döneme kadar normal dil becerisi kazanırlar. 4 yaş civarındaki dil becerileri, gidiş ile ilgili en tutarlı göstergedir. 4 yaştan sonra özellikle erken okul yıllarında bozukluk devam ettiğinde sonlanım daha olumsuzdur. Bu çocuklarda özellikle heceleme ve okuma güçlükleri görülebilir.



Özgül dil bozukluğunda 4 yaş civarındaki dil becerileri, gidiş ile ilgili en tutarlı göstergedir.

Özgül dil bozukluğunun tedavisinin zamanlaması konusunda uzmanlar arasında uzlaşma bulunmamaktadır. Bazıları; özgül dil bozukluğu olan çocukların çoğu okul öncesi dönemde normal dil gelişim düzeyine ulaştıklarından, sadece 4-5 yaşlarındaki çocuklarda bulgular inatçı şekilde devam ediyorsa tedavi gerektiğini savunmaktadır. Diğer uzmanlar ise erken müdahalenin sonraki dönemde ortaya çıkabilecek dil, akademik ve davranışsal güçlükleri önlemeye veya azaltmaya yarayacağını savunmaktadırlar. Erken ve geç müdahale sonuçları ile ilgili yeterli veri yoktur. Özel eğitimde bireysel eğitim programlarının düzenlenmesi, konuşma terapisi, normal gelişim gösteren yaşlıları ile sık vakit geçirme ile konuşmada kazara öğrenme ortamının sağlanması önemlidir. Konuşma terapisinde hem sözel dil becerilerinin geliştirilmesi hem de sosyal etkileşim ve iletişim becerilerinin iyileştirilmesi amaçlanır [4].



Örnek

•Ali, 4 yaşında erkek çocuk, konuşmasının yaşlılarından geri olması, kısa cümlelerle konuşması, kelime sayısının az olması, karmaşık kelime ve cümleleri algılama güçlüğü yaşaması şikâyetleri ile başvurdu. Gelişim basamakları zamanındaydı. Gelişim testinde dil alanında beklenenin altında puan aldı. Dil gelişimi ile ilgili aileye öneriler anlatılıp okul öncesi eğitime başlanması planlandı. Düzenli görüşmeler ile dil gelişimi takip edildi. Bir yılın sonunda dil gelişimi yaşlılarını yakalamıştı.



Sesletim bozukluğu, konuşma bozuklukları içinde en sık görülen bozukluktur.

### Ses Söyleme (Sesletim/Artikülasyon) Bozukluğu

Sesletim bozukluğu, konuşma seslerinin çocuğun yaşından ve gelişim düzeyin göre beklenenden bozuk üretilmesi ile karakterizedir. Sesletim bozukluğunu teşhis etmek için sorunun zekâ, işitme veya konuşma mekanizmasının yapısındaki (damak dudak yapısı gibi) anormalliklerden kaynaklanmadığını belirlemek gerekir. Ancak genellikle bu duruma sebep olacak fiziksel kısıtlılık saptanamamaktadır.



Sesletim bozukluğunda, sesin uyumsuz çıkması ve kullanımı, yanlış vurgulama, yanlış seçimler ya da düzenlemelerdeki yanlışlıklar (ör. “s” sesini dudakla üretmek, “k” sesi yerine “t” kullanmak), sessiz harflerin söylenmemesi (ör. Ahmet yerine Amet söylenmesi), sesler yer değiştirilerek kullanılması (ör. kitap yerine kipat), seslerin unutulması (ör. çatal yerine çat) şeklinde görülebilir.



Sesletim bozukluğu çoğunlukla basit müdahale ile normale dönmemektedir.

Söylenmesinde en çok yanlışlık yapılan harfler “ı, r, s, z, t, ç” gibi yaşla düzelmesi beklenen seslerdir. Ancak daha küçük yaşta veya daha ağır olgularda daha erken öğrenilmesi gereken ünlü ve ünsüzlerde yanlışlıklar olabilir.

Sesletim bozukluğu, konuşma bozuklukları içinde en sık görülen bozukluktur. Okul öncesi dönemde %10-15 sıklıkta görülürken okul çağında %6, 17 yaşta %0,5 sıklığında görülmektedir. Sesletim bozukluğu olan çocukların %50’sinden fazlasında ifade edici dilde, %10-40’ında alıcı dilde gecikme görülmektedir. Sesletim bozukluğu, erkeklerde kızlara oranla 4/1 – 5/1 daha sık görülmektedir.

Olguların %75’i okul öncesi dönemde müdahalesiz veya basit müdahale ile normale dönmemektedir. Altı yaşına kadar konuşması normalleşmeyen çocuklarda da 8-9 yaşa kadar konuşmada ani bir düzelmeye gözlemlenebilmektedir. Ancak 8 yaştan sonra hâlâ konuşma normalleşmemişse erişkin dönemde kalıcı seyredilebilmektedir ve bu nedenle tedavi edilmelidir. Bununla beraber, konuşması ailesi tarafından anlaşılamayan 3 yaşındaki çocuğun, konuşması arkadaşları ya da yabancılar tarafından anlaşılamayan 4 yaşındaki çocuğun, konuşma güçlüğünden dolayı sosyal etkileşimden kaçınan herhangi bir yaştaki çocuğun konuşma ve dil terapisine yönlendirilmesi önerilmektedir.

Tedavide uygun görülen hastalara yapılandırılmış dil terapisi uygulanmaktadır. Bunun yanında, sesletim sorunları olan çocuklara destek vermek önemlidir. Çünkü genellikle kendilerini sosyal ortamlardan soyutlayabilir, sosyal kaygı ve depresif belirtiler gösterebilmektedirler [1, 4].

*Hastaların sosyalleşmelerini kolaylaştıracı etkinliklere yönlendirilmeleri, sosyal ilişkilerinin desteklenmesi önerilmektedir.*



Örnek

- 4 yaşında erkek çocuk, anaokuluna gidiyor. “r” harfini “y” şeklinde çıkartıyor. Ailesi bu durumun kalıcı olması ile ilgili kaygılı, ancak çocuğun konuşması rahatlıkla anlaşılıyor, sosyal ilişkilerinde rahat, yaşlıları ile arkadaşlık kurmakta güçlük çekmiyor. Hastaya dil gelişimi ile ilgili egzersizler verilek takip edilmesi planlanıyor.





## Örnek

- Ayşe, 6 yaşında kız çocuk, konuşmasının anlaşılması şikâyeti ile başvurdu. Konuşması, harfleri yanlış çıkarması ve birbirinin yerine kullanması nedeniyle görüşmeci tarafından güçlükle anlaşılıyordu. Anaokulunda arkadaşları tarafından konuşması ile dalga geçildiği için dışlanmış hissediyor, çekingen davranışları oluyordu. Hastaya uygun bireysel tedavi yaklaşımının belirlenmesi için çocuk psikiyatristine yönlendirilmesi uygun görülüyor.



Kekemelik, 2-4 yaş arasında en yüksek sıklıktadır.

## Kekemelik (Çocukluk Başlangıçlı Konuşmanın Akıcılığı Bozukluğu)

Kekeleme, konuşmanın akıcılığında, sürekliliğinde, ritminde bozulma olarak görülür. Sıklıkla konuşma esnasında normalden fazla bir çabalama ve duygusal veya davranışsal bazı tepkiler gösterme eşlik eder.

Çocukluk çağı kekemeliği, 2-4 yaş arasında en yüksek sıklıktadır ve bu yaştaki çocukların %4-5'ini etkilemektedir.

Çocukların pek çoğunda normal gelişimsel periyot içinde akıcılıkta bozulma görülmektedir. Bu normal sayılabilecek disfonksiyon genellikle kelime, cümle parçası veya cümle gibi daha büyük dilsel birimlerde meydana gelir. Zaman içinde kekemeliğe devam eden çocuklar için hecelerin (ör. ki-ki-ki-kitap) ve seslerin (ör. m-m-m-masa) tekrarlaması şeklinde akıcılık bozulmuştur.

Kekemeliğin kalıcı seyretmesi ile ilgili uyarıcı bulgular “kırmızı bayraklar” şunlardır:

- Ses uzaması (ör. bbbbbekle) görülmesi,
- Çocuğun konuşmaya çalıştığı ama ses çıkaramadığı sessiz bloklar olması,
- Konuşma sırasında göz kırpmaya veya yüz buruşturma gibi görülebilen mücadele davranışları eşlik etmesi,
- Kekemeliğin şiddetli olması,
- İlk yıl içinde azalmadan inatçı şekilde devam etmesi.

Birincil kekemelik belirtileri, ses ve hece tekrarları, sesleri uzatma, sesi çıkaramayıp gergin şekilde duraksama, tereddütlerle ve gerginlikle sesleri söyleme, tek heceli sözcükleri tekrarlama, söylemekte zorlanılan kelimeden kaçınıp dolaylı yoldan konuşma gibi çeşitli şekillerde görülebilir. Daha ilerlemiş durumlarda, yukarıda belirtilen bulgulara ikincil belirtiler eklenebilir. Bu davranışlar sıkıntılı nefes alma, göz kırpmaya, yüz buruşturma, dudak büzme, kafa sallama, anormal el/parmak veya vücut hareketleri şeklinde gözlemlenebilir. Konuşmaktan kaçınma, kısa cevaplar verme, göz teması kurmama, konuşması gereken ortamlardan kaçınma, özellikle aile bireylerinin ya da tanıdıkların olmadığı ortamda bulunmama, otorite figürü ile konuşmama, telefonda konuşmama gibi kaçınma davranışları eklenebilir.



Gelişimsel kekemelikte, %80 oranında kendiliğinden iyileşme gözlenmektedir.

Kekemeliğin etiyolojisi kesin olarak bilinmemekle beraber, genetik, nörofizyolojik ve psikolojik etmenler söz konusudur. Aile ve ikiz çalışmaları, genetik etmenlerin kekemelikte rol oynadığını göstermektedir. Nörofizyolojik çalışmalar, konuşma eyleminin zamanlaması ve kontrolünde sorumlu beyin yapılarında aksama olduğunu ortaya koymaktadır. Bunun yanında ani korkuların kekemeliğin ortaya çıkmasında tetiği çeken etmen olabileceği üzerinde durulmaktadır. Kekemeliğe ilişkin çeşitli öğrenme modelleri de ileri sürülmüştür. Bu çerçevede en iyi bilinen modern psikojenik kekemelik kuramı, “tanılama modeli”dir. Bu kuram çocuğun normal akıştaki güçlüklerinin ailesi tarafından “kekemelik” olarak tanımlamalarından kaynaklandığını ileri sürmektedir. Bu nedenle erken yaşta başlayan geçici kekemelik durumlarında ailenin çocuğa düzgün konuşması için baskı yapmaması ve çocuğun dikkatini kendi konuşmasına çekmemeleri önerilmektedir.

Kekemeliğin seyri, başlangıçta farklı şiddetlerde görülebildiği için sabit değildir. Gelişimsel kekemelikte, %80 oranında kendiliğinden iyileşme gözlenmektedir. Çok büyük oranda kendiliğinden veya minimal terapötik girişimler ile gerilerken bir kısmı terapi gerektirir. 16 yaşa kadar %78 iyileşme görülür. İyileşenlerin %75’i 4 yaşına kadar, geriye kalanların %25’i ise 6 yaşına kadar iyileşirken ergenlik sonrası tam iyileşme nadirdir. Hangi çocuğun iyileşeceğini kestirmek, kendiliğinden iyileşme veya konuşma terapisinin etki boyutunu tahmin etmek güçtür [1, 4].

Tedavi, farklı yaş grupları için farklı yaklaşımlar şeklindedir. Okul öncesi dönemde kendiliğinden iyileşme büyük oranda görüldüğü ve konuşmaya odaklanılmaması önerildiği için doğrudan terapi yaklaşımları konusunda klinisyenler ikiye bölünmüştür.



Dolaylı yaklaşımların yetersiz kaldığı ve büyük yaştaki çocuklara konuşma terapisi önerilir.

Genellikle ilk yaklaşım olarak dolaylı müdahaleler önerilmektedir. Bu doğrultuda aile danışmanlığı ve çevrenin uygun hâle getirilmesini içeren yöntemler kullanılır. Ailelere çocuğun konuşma akıcılığı üzerinde durmamaları, sözel veya duygusal tepkiler vermemeleri, konuşma konusunda baskıcı tutum sergilememeleri, sabırla dinleme ve dikkatini konuşması üzerine çekmemeleri gibi öneriler verilmektedir. Ailelere kuralcı, titiz, mükemmeliyetçi, aşırı denetleyici tutumları gevşetmeleri önerilir.

Dolaylı yaklaşımların yetersiz kaldığı ve büyük yaştaki çocuklara konuşma terapisi önerilir. Terapide alışılmış basmakalıp davranışın değiştirilip öğrenilmiş tepki ve gerginliğin azaltılması, blokların analizi akıcılığın yeniden şekillenmesi ile ilgili teknikler kullanılır.

Kekemeliğin tedavisinde özgün bir ilaç tedavisi yoktur. Ancak ikincil hareket belirtilerinin olması durumunda veya kaygının ve kaçınma davranışlarının çok yoğun olduğu durumlarda ilaç tedavilerinden yararlanılmaktadır.



Örnek

- 3,5 yaşında kız çocuk, korku içerikli bir video seyrettikten sonra başlayan kekeleme şikâyeti nedeniyle başvuruyor. Görüşmede annenin aşırı kaygılı ve çok kuralcı bir tutum sergilediği, konuşması esnasında sürekli çocuğu takip edip düzeltmeler yaptığı öğreniliyor. Aileye kekemelikte öğretilen model ve gelişimsel kekemelik ile ilgili bilgiler aktarılıp tutum önerileri anlatılıyor ve takip edilmesi planlanıyor.



Örnek

- 8 yaşında erkek çocuk, ilköğretim 2. sınıfa gidiyor. Küçüklükten itibaren kekeleme dönem dönem artıp azalarak devam ediyor. Özellikle sınıf önünde konuşurken kendisinden performans sergilemesi istendiğinde kekelemesi şiddetleniyor ve konuşmasını açmak için elini dizine vurma şeklinde davranış sergiliyor. Sosyal ortamlardan kaçınıyor. Hasta, tedavi planı ve psikiyatrik açıdan eşlik eden durumların değerlendirilmesi için çocuk psikiyatrisine yönlendiriliyor.

## KONUŞMA BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUKLA NELER YAPABİLİRİM?



Normal dil gelişimi ve normal dışına sapmalar konusunda aile bilgilendirilmeli, sağlıklı dil gelişiminin önemi vurgulanmalıdır.

- Konuşma gecikmesi şikâyeti ile başvuru alan çocukta öncelikle işitme testi yapılması gerektiği, eğer işitme kaybı var ise bunun tedavisi yapılması gerektiği, işitme kaybı yok ise nörolojik ve psikiyatrik değerlendirme yapıp buna göre yol çizilmesi gerektiği aile ile paylaşılır.
- Normal dil gelişimi ve normal dışına sapmalar konusunda aile bilgilendirilmeli, sağlıklı dil gelişiminin önemi vurgulanmalıdır.
- Konuşma bozukluğu olduğu düşünülen çocukta, bireysel dil ve konuşma terapisi, çevre düzenlemesi ve aile yaklaşımının değiştirilmesi rehabilitasyonu başlanır.
- Dil gelişimi ile ilgili uygun etkinlikler, bozukluklar ile ilgili egzersizler önerilmeli, aileler için yol gösterici olunmalıdır.
- Çocuğun dil gelişiminde gerilik tespit edildiğinde mutlaka belirli aralıklarla takip etmek gerekir. Ancak bu sayede gelişiminde ilerleme olup olmadığı, gelişimde aksaklıklara yol açan durumların tespiti yapılabilir.
- Konuşma bozukluğu olan çocuklar, etrafları tarafından eleştirilebilir, küçümsenebilir, alay edilebilir, dışlanmaya sebep olabilir. Onlara

yardımcı olabilmek için öncelikle bunun çocuğun hatası olmadığını, tersine destekleyici olmanın sorunu çözmesine yardımcı olabileceği aile ile paylaşılıp gerekli önlemleri almaları istenmelidir.

- Konuşma bozukluğu olan çocuklarda normal konuşan çocuklara göre daha sık çekingenlik, kaygı, yeme ve uyku problemleri, zayıf arkadaşlık ilişkileri gibi problemler görülebilmektedir. Eşlik eden sorunlar ele alınmalı, gerekli durumlarda çocuk psikiyatristinden destek alınması için yönlendirilmelidir.
- Aileye ve öğretmenine konu ile ilgili bilgi verilip dil sorunları ve eşlik edebilecek diğer sorunlar ile ilgili onların da desteği sağlanmalıdır.
- Konuşma bozukluğu olan çocuğa karşı sabırlı olunmalı, zorlayıcı veya suçlayıcı tutumdan uzaklaşılmalıdır.
- Çocuğun eksikliklerini sürekli gündemde tutup uyarmak yerine, olumlu yönleri öne çıkarılmalı, başarısız hissettiği durumlar için neler yapılabileceği ele alınmalıdır [1, 4].



**Bireysel Etkinlik**

- Ünitelerde anlatılan konuşma bozukluklarından herhangi birine sahip olan bir çocuğu inceleyiniz. Bu çocukların ve ailelerinin yaşadıkları sorunları araştırınız.



## Özet

### •GİRİŞ

•Dil, insan beyninin eşsiz ve en karakteristik yeteneğidir. Yaşamın ilk yıllarında çocuğun dili kullanmayı öğrenmesi, gelişimin sağlıklı seyrettiğine dair en önemli göstergelerinden biridir. Dil, aynı zamanda en kolay zedelenen kabiliyetlerden biridir. Çocuklarda normal dil gelişimini ve normalden sapmaları ayırt edebilmek, dilin sağlıklı bir şekilde gelişmesini destekleyebilmek, konuşma ile ilgili bozuklukları tanımak ve bu durumlar için uygun yaklaşımları öğrenebilmek oldukça önemlidir.

### •DİL ve KONUŞMA NASIL GELİŞİR?

•Dil gelişimi için doğuştan gelen uygun yapısal özellikler, zengin ses ve görüntü içeren dış ortam gereklidir. Dil ve konuşma gelişiminin en yoğun yaşandığı dönem yaşamın ilk üç senesidir. Bebek 1 aylıkken göz teması kurma ve değişen durumlara göre (ağrı, açlık gibi) değişen ağlama sesleri çıkarma becerisi kazanır. 2-5. aylarda gıgıldama veya hoşnutluk sesleri sesleri ağırlık kazanıp ağlamalar azalır. 3 aylıkken farklı ses tonlarına yanıt olarak gülümseyerek 4 aylıkken seslere, sesler çıkartarak cevap vermek şeklinde iletişim kurar. 4-8. aylarda ses oyunları ve agulama görülür. Bebek sesli ve sessiz harfler içeren tek heceler söylemeye başlar. 6-9. aylarda babıldama diye ifade edilen hece tekrarlamaları başlar. İlk yılın sonuna doğru çoğu bebek kelime benzeri yapılar kullanmaya başlar. Bu dönem jargon konuşma diye adlandırılır. Çocuğun ilk kelimeleri 9-18 aylarda, ortalama 12 aylıkken başlamaktadır. 18-24. aylarda iki kelimeli cümleleri taklit etmeye ve söylemeye başlar. 2-3 yaşta kelime sayısı artmıştır. Kelimeleri 2 kelimeli cümleler şeklinde bağlar. 3-4 yaşta 3 kelimeli cümleleri daha sık kullanır. Öyküler anlatabilir.

### • HANGİ DURUMLARDA DİL ve KONUŞMA GECİKMESİNDEN BAHSEDİLEBİLİR?

•12-15. aylara kadar babıldaması olmayan, 18. aya kadar basit yönergeleri algılamayan ve tek kelimeleri söylememiş, 24 ayda iki kelimeli tamlama yapamamış, 36 aya kadar cümle kuramamış, 48-60 aya kadar basit öykü anlatmakta zorlanan çocuklarda konuşma gecikmesi düşünülmüş ve ileri değerlendirme gereklidir.

### •DİL GELİŞİMİ NASIL DEĞERLENDİRİLİR?

•Dil ve konuşmanın değerlendirilmesinde ayrıntılı öykü alınması ilk basamaktır. Çocuğun gelişimsel öyküsü sorgulanırken dil gelişiminin dönüm noktaları tanıma çok büyük önem taşır. Konuşma, alıcı ve ifade edici dili değerlendirmek için kullanılan testlerle değerlendirilir.



## Özet (devamı)

- **KONUŞMA ve DİLE ÖZGÜ GELİŞİMSEL BOZUKLUKLAR NELERDİR?**
- **Özgül Dil Bozukluğu**
- Dil bozukluğu tanısının çekirdeğini oluşturan özellikler; anlama, sözcük bulma, cümle kurma ve konuşma eksikliklerine bağlı olarak dili kavrama ve kullanmada yaşanan güçlüklerdir. Dil bozukluğu, genellikle sözcük dağarcığı ve grameri etkiler ve bunun sonucunda konuşma kapasitesi kısıtlanır. Çocuğun ilk sözcüklerini ve cümleciklerini söylemesi gecikir. Karşılıklı konuşmalarda konuyu devam ettirme ve genişleme yetisi kısıtlıdır. Yeni kelime ve cümleleri akılda tutma güçlüğüne bağlı olarak uzayan yönergeler takip etmekte güçlük çeker, sözel bilginin sırasını doğru aktarmakta zorlanır. Erkeklerde kızlardan daha sıktır. Sonuç genellikle olumludur.
- **Ses Söyleme (Sesletim/Artikülasyon) Bozukluğu**
- Sesletim bozukluğu, konuşma seslerinin çocuğun yaşından ve gelişim düzeyin göre beklenenden bozuk üretilmesi ile karakterizedir. Sesletim bozukluğu, konuşma bozuklukları içinde en sık görülen bozukluktur. Olguların %75'i okul öncesi dönemde müdahalesiz veya basit müdahale ile normale dönmektedir.
- **Kekemelik (Çocukluk Başlangıçlı Konuşmanın Akıcılığı Bozukluğu)**
- Kekeleme, konuşmanın akıcılığında, sürekliliğinde, ritminde bozulma olarak görülür. Sıklıkla konuşma esnasında, normalden fazla bir çabalama ve duygusal veya davranışsal bazı tepkiler gösterme eşlik eder. Çocukluk çağı kekemeliği, 2-4 yaş arasında en yüksek sıklıktadır ve bu yaştaki çocukların %4-5'ini etkilemektedir. Gelişimsel kekemelikte %80 oranında kendiliğinden iyileşme gözlenmektedir. Tedavi, farklı yaş grupları için farklı yaklaşımlar şeklindedir. Genellikle ilk yaklaşım olarak dolaylı müdahaleler önerilmektedir. Dolaylı yaklaşımların yetersiz kaldığı ve büyük yaştaki çocuklara konuşma terapisi önerilir.
- **KONUŞMA BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUKLA NELER YAPABİLİRİM?**
- Normal dil gelişimi ve normal dışına sapmalar konusunda aile bilgilendirilmeli, sağlıklı dil gelişiminin önemi vurgulanmalıdır. Dil gelişimi ile ilgili uygun etkinlikler, bozukluklar ile ilgili egzersizler önerilmeli, aileler için yol gösterici olunmalıdır. Konuşma bozukluğu olan çocuğun tanı, ayırıcı tanı ve tedavi planlaması için çocuk psikiyatrisi ile iş birliği içinde çalışılmalıdır.

## DEĞERLENDİRME SORULARI

1. Sözel uyaranların duyu-sinir ağı ve algısal süreçler aracılığı ile anlaşılması olarak tanımlanan kavram aşağıdakilerden hangisidir?
  - a) Alıcı dil
  - b) İfade edici dil
  - c) Fonoloji
  - d) Morfoloji
  - e) Semantik
2. Aşağıdakilerden hangisi çocuğun dil gelişimi için doğuştan gelen yapısal özelliklerinden değildir?
  - a) Uygun çene ve ağız yapısı
  - b) Uygun damak yapısı
  - c) İşitmenin normal olması
  - d) Nörolojik gelişimin normal olması
  - e) Sosyal çevre
3. Yaşamın ilk bir yılı, bebeğin henüz ilk kelimelerini çıkarmadığı, ses ve hareketleri ile iletişim kurduğu dönem olarak tanımlanan aşağıdakilerden hangisidir?
  - a) Prelinguistik (dil öncesi) dönem
  - b) Linguistik dönem
  - c) İletişim dönemi
  - d) Babıldama dönemi
  - e) Heceleme dönemi
4. Aşağıdaki özelliklerden hangisi normal gelişimin 1. ayı için doğru değildir?
  - a) Ağlama, yenidoğan döneminde temel ses çıkarma davranışıdır.
  - b) Annesinin sesini ayırt edebilir.
  - c) Değişen durumlara göre (ağrı, açlık gibi) ağlama sesleri çıkarabilir.
  - d) Bebek 1 aylıkken göz teması kurabilir.
  - e) Hece tekrarları şeklinde konuşma başlamalıdır.
5. Çocuğun ilk kelimelerinin başlaması ile ilgili olarak aşağıda verilen bilgilerden hangisi yanlıştır?
  - a) İlk kelimeler, 9-18. aylarda, ortalama 12 aylıkken başlamaktadır.
  - b) İlk kelimelerin 18-24. aylarda başlaması normaldir.
  - c) Başlangıç kelimeleri isimler, karşı çıkma kelimeleri gibi sözcüklerdir.
  - d) Nesne isimlerini, fiiller, sıfatlar ve zarflar izler.
  - e) Bu dönemde jargon kelimeler ve ekolali görülebilir.
6. Normal dil gelişiminde 18-24. aylar için aşağıdakilerden hangisi doğru değildir?

- a) İki kelimeli cümleleri taklit etmeye ve söylemeye başlar.
  - b) Jargon kelimeler azalmıştır.
  - c) Kendisini iyi tanıyan yetişkinler tarafından konuşması anlaşılır.
  - d) Çocuğun kelime hazinesi, 2 yaşla beraber 200'e ulaşmaktadır.
  - e) Üç kelimeli cümleler kurması beklenmektedir.
7. Dil gelişimin değerlendirilmesi ile ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?
- a) Ayrıntılı öykü alınmalıdır.
  - b) Konuşmada gecikmesi olan çocuklara işitme değerlendirmesi yapılmalıdır.
  - c) Konuşma bozukluğu olan çocuğun ağız, yüz muayenesi yapılmalıdır.
  - d) Çocuğun anne ve bakıcı ile olan iletişiminin değerlendirilmesine gerek yoktur.
  - e) Konuşma gecikmesinde, gelişimin diğer alanlarında da gecikmeler söz konusu ise zihinsel engellilik yönünde araştırma yapılmalıdır.
8. Özgül dil bozukluğu ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi doğru değildir?
- a) Genellikle sözcük dağarcığı ve grameri etkiler.
  - b) Çocuğun ilk sözcüklerini ve cümleciklerini söylemesi gecikir.
  - c) Sözcük dağarcığının miktarı ve çeşitliliği beklenenden azdır.
  - d) Karşılıklı konuşmalarda konuyu devam ettirme becerisi oldukça iyidir.
  - e) Yeni kelime ve cümleleri akılda tutma güçlük çekebilir.
9. Özgül dil bozukluğu için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?
- a) Dil bozuklukları büyük ölçüde kalıtsaldır.
  - b) Kızlarda daha sık görülmektedir.
  - c) Gelişimin erken dönemlerinde başlar.
  - d) Klinik olarak ağır vakalarda dili algılamada da sorunlar görülebilir.
  - e) Genellikle normal zekâ ve normal işitme görülür.
10. Özgül dil bozukluğu için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?
- a) Bozukluğun gidişatı genellikle olumludur.
  - b) Hastaların çoğu okul öncesi döneme kadar normal dil becerisi kazanırlar.
  - c) 4 yaş civarındaki dil becerileri gidiş ile ilgili en tutarlı göstergedir.
  - d) 6 yaşında bulguları devam eden hasta için tedavi gerekli değildir.
  - e) Tedavide normal gelişim gösteren yaşlıları ile sık vakit geçirme önerilir arasında yer alır.

**Cevap anahtarı**

1.a, 2.e, 3.a, 4.e, 5.b, 6.e, 7.d, 8.d, 9.b, 10.d



## YARARLANILAN KAYNAKLAR

- [1] Simmons, E.S. (2018). Disorders of Communication. Martin A., Bloch M.H., Volkmar F.R. (Ed.). *Lewis's Child And Adolescent Psychiatry* (p.1247-1275). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- [2] Norbury, C.F. & Paul, R. (2015). Disorders of speech, language, and communication. Thapar A., Pine D.S., Leckman J.F., Scott S., Snowling M.J., Taylor E. (Ed.). *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry* (p. 683-701). Oxford: JohnWiley & Sons, Ltd.
- [3] Türkbay, T. (2016). Konuşma ve Dile Özgü Gelişimsel Bozukluklar. Akay, A.P.ve Ercan, E.S. (Ed.). *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları* (s. 96-113). Ankara: Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği.
- [4] İşeri, E. (2012). Dil Gelişimi. Karabekiroğlu K. (Ed.). *Bebek Ruh Sağlığı Temel Kitabı* (s. 80-94). Ankara: Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği.

# ÇOCUKLARDA SOSYAL GELİŞİM VE OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUKLARI



## İÇİNDEKİLER

- Çocuklarda Sosyal Gelişim
- Otizm Spektrum Bozuklukları
  - Tanım ve Tarihçe
  - Sıklık
  - Nedenleri
  - Klinik Özellikler ve Değerlendirme, Ayrırıcı Tanı, Gidiş, Tedavi
- Otizmlili Çocuk ve Ailesi için Neler Yapabilirim?



## HEDEFLER

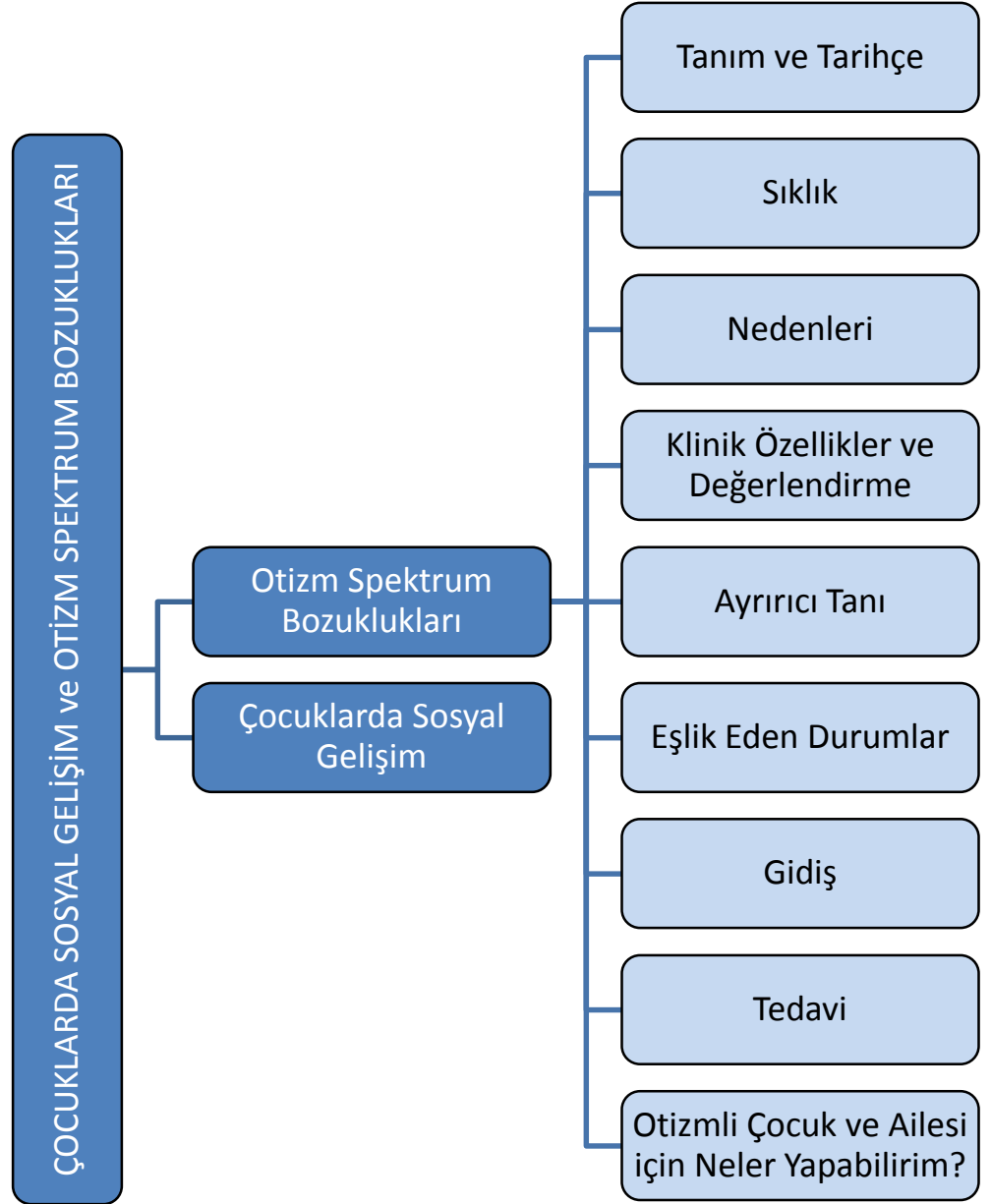
- Bu üniteyi çalıştıktan sonra;
  - Erken çocukluk döneminin sosyal gelişim süreçlerinin nasıl değerlendirilmesi gerektiğini öğrenebilecek,
  - Otizm spektrum bozuklukları hakkında, tanıdan tedaviye ayrıntılı bilgi sahibi olabileceksiniz.



**ATATÜRK  
ÜNİVERSİTESİ**  
AÇIKÖĞRETİM FAKÜLTESİ

**ÇOCUK PSİKOLOJİSİ  
VE RUH SAĞLIĞI**  
**Uzm. Dr. İbrahim ADAK**

**ÜNİTE**  
**4**



## GİRİŞ

Bir bireyin sosyal gelişimi; hayatı boyunca dönem dönem yaşadığı tecrübeler sayesinde karşılaştığı fırsatlar ve kısıtlılıklarla edinebildiği iletişim becerilerini, günlük yaşantısı ve çevre ile ilişkilerine yansıtabildiği ölçüde mümkün olmaktadır. Çocuklarda sosyal gelişim; bebeklik-süt çocukluk dönemi (0-36 ay), okul öncesi oyun çağı çocukluk dönemi (36-60 ay), okul çağı çocukluk dönemi ve ergenlik dönemi olarak yaş gruplarına özgü farklı özellikleri ile değerlendirilmelidir.

Bir çocuğun normal bir sosyal gelişim gösterdiğini söyleyebilmek için, belirli yaş dönemlerinde birtakım sosyal becerileri edinebilmiş olması gerekir. Elbette her çocuk, yaş dönemine uygun tüm becerileri edinememiş olabilir ancak burada gelişim ile ilgili anlamlı bir gecikme ya da kısıtlılıktan bahsedilecekse çocuğun yaşları ile karşılaştırıldığında fark edilebilir düzeyde bir gelişim geriliği veya kısıtlılığının var olması gerekir. Bu durumu saptayabilmek de ancak bir çocuğun prenatal dönemden itibaren gelişimi üzerine etki edebilecek tüm faktörleri analiz ederek hangi gelişimsel dönemde edinmesi gereken becerilerin ne kadarını edinip edinemediğini bilmek ile mümkün olabilir.

Ünitemizin birinci kısmında; çocukların bebeklik-süt çocukluk dönemi ve okul öncesi oyun çağı çocukluk dönemi sosyal gelişim süreçlerinin nasıl değerlendirilmesi gerektiğini, ikinci kısmında ise önemli bir sosyal gelişim kısıtlılığı olan otizm spektrum bozukluklarının tanım ve tarihçesi, sıklığı, nedenleri, klinik özellikler ve değerlendirme, ayırıcı tanısı, eşlik eden nedenleri, gidiş, tedavi ve otizmlili çocuk ve ailesi için neler yapabiliriz alt bölümlerini irdedeceğiz.



Çocuklarda gelişim değerlendirmesi yapılırken öncelikle tıbbi ve gelişimsel öyküler alınır.

## ÇOCUKLARDA SOSYAL GELİŞİM

Bebeklik-süt çocukluk ve okul öncesi oyun çağı çocukluk dönemlerini değerlendirirken çocuğun tıbbi, gelişimsel öyküleri alınır, çeşitli ölçek ve değerlendirme araçları ile gelişim düzeyi hakkında fikir sahibi olunmaya çalışılır. Ayrıca çocuğun ailesel özellikleri (aileye ait biyolojik, psikolojik, sosyal etmenler) de gelişim süreci üzerine çok etkili olabildiğinden, değerlendirme sürecinde bu konuya özel bir ihtimam göstermek gerekir.

Çocuğun tıbbi öyküsünü değerlendirmeye gebelik öncesi dönemden başlanır. İstenen, planlı bir gebelik olup olmadığı, gebe kalma sürecinde herhangi bir zorluk yaşanıp yaşanmadığı öğrenilir. Daha sonra gebelik süreci ile ilgili bilgiler toplanmaya başlanır; gebelik süresince geçirilen hastalıklar, enfeksiyonlar, sigara-alkol-madde kullanımı, şiddete maruziyet, annenin psikopatolojisi, doğumun kolay ya da zor oluşu hem fetal büyümeyi hem de daha sonraki gelişimi etkileyebilir [1].

Doğum sonrasında; bebeğin prematüritesi, kuvözde kalma öyküsü, tekrarlayan hastane yatışlarının anne ile olan ilişkisi ve gelişim süreci üzerine çeşitli olumsuz etkileri olabilmektedir [2, 3].

Doğum sonrası dönemde normal gelişim sürecini bozabilen diğer durumları da sorgulamak gerekir; uyku bozuklukları, aşırı ağlama veya irritabilite, beslenme problemleri, kafa sallama-aşırı parmak emme gibi alışlagelmedik hareketler,

büyüme geriliği, tekrarlayan kusma, kronik ishal, tekrarlayan dermatit, dil ve motor alanda gelişimsel gecikme, nörogelişimi etkileyebilecek genetik hastalıklar (down sendromu, fragil x sendromu, prader-willi sendromu, klinefelter sendromu), metabolik hastalıklar (fenilketonüri, mukopolisakkaridozlar), kurşun gibi toksinlere maruziyet, travmatik beyin hasarı ve intraventriküler kanamalar gibi santral sinir sistemi hasarları [4].

*Vurgu: Çocuğun gelişimi ile ilgili değerlendirmede ikinci ve belki de en önemli basamak, ayrıntılı bir gelişim öyküsü almaktır.*



Çocuğun sosyal gelişimi ile ilgili değerlendirme yapabilmek için normal gelişim adımlarının bilinmesi gerekir.

Gelişim öyküsünü alırken çocuğun görünüşü, hareketleri, davranışları, çevreyle, özellikle de anne-baba ile iletişim şeklini gözlemlemek ve bu gözlemlerimizi aldığımız öykü ile sentez etmek, çocuğun sosyal gelişimi ile ilgili anlamlı düzeyde fikir sahibi olmamızı sağlayacaktır.

Gelişim öyküsünden yola çıkarak çocuğun sosyal gelişimi ile ilgili bir çıkarımda bulunabilmek için normal gelişen bir çocuğun hangi dönemde neleri yapabiliyor olduğunu bilmek gerekir. Aşağıda normal gelişen bir çocuktan beklenen gelişim adımları özetlenmiştir. Vurgulu belirtilen adımlara sosyal gelişim ve otizm açısından özellikle dikkat edilmelidir. Normal gelişim gösteren bir çocuk [4-6];

#### *0-2 aylık dönemde;*

- Tonus gelişimi, başını tutabilme, kaldırabilme başlar.
- Ağlama 6. haftada zirve düzeye ulaşır daha sonra azalmaya başlar.
- *Sesin geldiği tarafa dönebilir.*
- Seslere yönelik tercih gösterebilir.
- Bakım verenin kendine yönelik olarak yaptığı eylemleri izlemeye çalışabilir.

#### *3-6 aylık dönemde;*

- Kendi etrafında dönebilmeye başlar.
- Cisimlere uzanmaya çalışabilir.
- Oyuncakları, nesneleri ağzına götürüp emmeye çalışabilir.
- *Dış dünya ile ilgili farkındalık artar.*
- *Göz temasını sürdürmeye başlar.*
- *Sese sesle karşılık verir.*
- *Mırıldanabilir ve bazı ünlü harfleri çıkarabilir.*
- Hareket eden bir nesneyi gözleri ile takip edebilir.
- İhtiyacı karşılandığında ağlamayı keser, bilinçli olarak gülümseyebilir.

#### *6-9 aylık dönemde;*

- Desteksiz oturabilir.
- Katı yiyecekler yemeye başlayabilir.
- *İsmine tepki verebilir.*
- Seslendirmeler (çığlıklar, farklı tarzda ağlamalar, anlamsız sözler) yapabilir.
- *Çeşitli yüz ifadeleri ve basit taklitler yapabilir.*
- Tanıdığı kişiler onu almak istediklerinde, kolları ile onlara uzanabilir.



9-12 aylık dönemde çocuklar, “Ce-ee” oyununa tepki gösterebilir.

- İnsanlara daha çok ilgi göstermeye başlar.
- Bakım verenin bazı davranışlarını önceden tahmin edebilir.

*9-12 aylık dönemde;*

- Emekler, destekle ayağa kalkıp destekle yürüyebilir.
- İki parmağı ile cisimleri tutabilir.
- Bir nesneyi bir elinden diğer eline geçirebilir.
- Oyuncakları ve eşyaları hareket ettirerek motor oyunlar oynayabilir.
- Bakım verenlerini yabancılara tercih etmelidir.
- *Bakım verenin işaret ettiği yere ilgi duymalıdır.*
- *“Ce-ee” oyununa tepki gösterebilir.*
- *Anlamli jestleri (bay bay yapmak için el sallamak, alkışlamak) yapabilir.*
- *İşaret edebilir.*
- Birkaç nesne arasından tercih yapıp istediğini seçebilir.
- Dikkatinin yönünü kişi ve o kişinin gösterdiği nesne arasında değiştirebilir.
- Sözel rutinleri anlayabilir, bazı kelimelerin anlamlarını ayırt edebilir.

*12-18 aylık dönemde;*

- Desteksiz yürüyebilir.
- Aile bireylerini bilir.
- *Ebeveynleri ona gülümsediğinde, çoğunlukla gülümseyerek karşılık verir.*
- Ebeveynlerinden ayrılmak istemez, ayrılırsa ağlayabilir.
- *İsmi tanıır ve ismi söylendiğinde kimi zaman bakar.*
- *Tanıdığı kişilerle iletişim hâlinde iken bolca göz teması kurabilmelidir.*
- Tanıdığı kişilere daha farklı tepkiler verir, onları yabancılardan ayırabilir.
- Korktuğunda, destek almak için tanıdığı kişilere yönelir.
- *İnsanların mutluluk, üzüntü, kızgınlık gibi duygularını anlar, kendisi de bu duyguları gösterebilir.*
- Karşılıklı ve nesneleri kullanarak fonksiyonel oyun oynamaktan keyif almaya başlar.
- Hareketleri taklit etmeye çalışıp bundan keyif alır.
- Basit istekleri, komutları anlayabilir.
- *İlk kelimelerini söyleyebilir.*
- İşaret edilen yere veya yöne doğru bakabilir.
- El kol hareketleri ile işaret etmeye başlayabilir.
- *İlgilendiği bir nesneyi tanıdığı kişiye verebilir ya da getirebilir.*
- Çevresi ile ilgili olmalı, merak etmeli, keşfetmeye çalışmalıdır.
- Bir oyuncak ya da nesne gözlerinin önünden kaybolursa bile, onun var olmaya devam ettiğini bilir.
- Basit düzeyde neden-sonuç ilişkisi prensiplerini anlamaya başlayabilir.



18-24 aylık dönemde çocuklar sık sık parmağı ile işaret ederek ilgisini paylaşmak ister.

*18-24 aylık dönemde;*

- Koşabilir.
- 2 adet küpü üst üste dizerek bir kule yapabilir.
- Vücudu ile taklitler yaparak ya da bir objeyi diğerinin yerine kullanarak erken sembolik oyunlar oynamaya başlayabilir.
- *Sık sık parmağı ile işaret ederek ilgisini paylaşmak ister.*
- *Basit jestler kullanabilir, taklit ya da rol yaparak oynanan oyunları anlayabilir.*
- *Bakım vereni anlar, onun mutlu olmasını ister, üzgünse o da üzülür.*
- İsteklerini yaptırma noktasında inatçı ve ısrarcı olabilir.
- Bakım verene bazı işlerde ufak tefek yardım edebilir.
- *Diğer çocuklara ilgi duyup aralarına girmek ister.*
- Kelimeleri önceye göre daha çabuk öğrenmeye ve anlamaya başlar.
- *10-15 kelime kullanarak kendini ifade edebilir.*
- Bedeninin ana bölümlerini, kıyafetleri, kişileri, yiyecekleri, eşyaları tanıyabilir.

*24-36 aylık dönemde;*

- Zıplayabilir.
- Sfinkter kontrolü gelişir.
- El dominansı gelişir.
- Sekiz adet küpü üst üste dizerek bir kule yapabilir.
- Kendi başına yemek ya da giyinmek isteyebilir.
- *Taklit etmede ve rol yapmada daha başarılıdır.*
- *Yetişkinlere ve diğer çocuklara olan ilgisi, birlikte oyun oynama, vakit geçirme isteği artmalıdır.*
- Kendine ait şeyleri paylaşmada isteksiz olmalı, başka çocuklarda gördüklerini de istemelidir.
- *Hayali objelerle, birilerine de roller vererek karmaşık sembolik oyunlar oynayabilir.*
- Bedeninin daha çok bölümünü bilip gösterebilmelidir.
- Basit komutları göstermeye gerek kalmadan anlayıp yerine getirebilmelidir.
- *İki kelimeli cümleler kurarak kendini ifade edebilmelidir.*
- Sıralama mantığını kavrayabilmeli, eşyalarını boyutlarına göre dizebilmelidir.
- Giysilerini giyip çıkarmaya çalışabilir.

*36 ay itibarı ile;*

- Kalemle karalama yapabilir, daire gibi basit şekiller çizebilir.
- Uzun süreli göz kontağı kurarak iletişim kurabilir.
- *Diğer çocuklarla aktif olarak ve tam bir oyun kurarak oynayabilmeli.*
- Üç-dört kelimeli cümleler kurarak konuşabilir.
- Merak ettiği konular hakkında basit sorular sormaya başlayabilir.



Çocukların gelişimsel değerlendirmelerinde kullanılmak üzere çeşitli ölçek ve envanterler geliştirilmiştir.

- Basit sorulara cevap verebilmeli, basit yorumlar yapabilmelidir.
- Erkek kız ayrımı yapabilir.
- Kelimelerin sonuna bazı ekler (-in, -lar) ekleyebilir.
- *Hislerini basit bir şekilde dile getirebilmelidir.*
- Nesnelerin kullanım amaçlarını bilebilir.
- Hayvanların isimlerini, çıkardıkları sesleri, bazı özelliklerini bilebilir.
- Nesneleri benzer özelliklerine göre ayırtıp gruplayabilir.
- Bazı giysileri giyip çıkarabilir.

Çocukların gelişimsel değerlendirmesinde kullanılan, yukarıda bahsettiğimiz gelişimsel normları baz alarak geliştirilmiş, çeşitli ölçek ve değerlendirme araçları mevcuttur;

*Erken Gelişim Evreleri Ölçeği:* 3-72 ay arası çocukların gelişimini değerlendirir ve puanlama sistemine göre çocukları gelişimsel olarak risk altında olan ve risk altında olmayanlar şeklinde iki gruba ayırır [7, 8].

*Erken Gelişim Evreleri Ölçeği-Sosyal/Duygusal:* Çocukların sosyal-duygusal yeterliliğini ve sorun çözmede kullanabildikleri olumlu özelliklerini ölçer [9, 10].

3. Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği/1,5-5 Yaş: Çocuğun sorunlu davranışlarını ebeveynler, bakıcı ya da eğitimcilerden alınan bilgiler doğrultusunda değerlendirir [11].

- *Bayley Çocuklar İçin Gelişim Envanteri:* 0-42 ay arası çocuklara uygulanmaktadır. Çocukların ince-kaba motor, dil, sosyal katılım, problem çözme becerilerinin ne düzeyde olduğunu gösterir [12, 13].
- *Vineland Uyum Davranış Ölçeği:* 0-47ay arası çocuklar için anne-babalarına sorularak iletişim, sosyalleşme, motor ve günlük yaşam becerileri alanlarında değerlendirme yapmaya yardımcı olur [14, 15].
- *Denver II Gelişim Tarama Testi:* Erken çocukluk dönemindeki çocukların dil, kişisel-sosyal gelişimlerini, ince-kaba motor becerilerini ölçer ve gelişimsel sapmaların tespit edilmesini sağlar [16, 17].
- *Ankara Gelişim Tarama Envanteri:* 0-72 ay arası çocukların gelişimlerini annelerinden ya da bakıcılarından alınan bilgiler doğrultusunda değerlendirmektedir [18].

Çocukların sosyal gelişimlerini değerlendirirken ayrıntılı bilgi sahibi olmamız gereken diğer bir alan da ailesel özellikleridir. Ailesel özellikleri; biyolojik, ruhsal-ilişkisel ve sosyal-kültürel faktörler olarak ele almak mümkündür.

Anne-babanın yaşı, genetiği, hastalık öyküleri, güncel sağlık durumları çocuğun gelişimi üzerine etki edebilecek biyolojik faktörleri oluşturmaktadır.

Anne-babanın psikiyatrik hastalıkları, kişilikleri, kendi aralarında ve çocukla kurdukları ilişki paterni, güvenli bağlanma geliştirip geliştirmedikleri çocuk gelişimini etkileyen ruhsal-ilişkisel faktörleri oluşturur.

Ailenin sosyoekonomik durumu, eğitim durumu, kültürel özellikleri, yaşam



biçimi de sosyal-kültürel özellikleri oluşturmaktadır.

*Sosyal gelişim geriliği veya kısıtlılığı olan bir çocuğun değerlendirilmesinde atlanmaması gereken en önemli durum, çocuğun otizm spektrum bozuklukları tanısı alma ihtimalidir; çünkü bu rahatsızlıkta erken tanı ve müdahalenin gidişat üzerine olumlu etkisi vardır.*

Otizm spektrum bozukluklarını atlamamak için bu konuda bilgi sahibi olmak gerekir. Bu nedenle ünitemizin bundan sonraki kısmını otizm spektrum bozukluklarını anlatmaya ayırdık.

## OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUKLARI

### Tanım ve Tarihçe

Otizm terimini ilk kez 1943 yılında, ilişkisel güçlüğü, tekrarlayan konuşma ve davranışları olan 11 çocuğu anlatan bir makale yayınlayarak anlatan Leo Kanner isimli bir çocuk psikiyatri doktoru kullanmıştır [19].

1944 yılında, Hans Asperger “otistik psikopati” ifadesini kullanmıştır.

1980 yılında, otizm klinik bir tablo olarak DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) III ile psikiyatri tanı sınıflamalarına dâhil olmuştur.

1994 yılında, “Yaygın Gelişimsel Bozukluk (YGB)” adı altında beş alt tanı grubu (otizm spektrum bozukluğu, Asperger bozukluğu, rett bozukluğu, başka türlü adlandırılmayan ygb ve çocukluk çağının dezintegratif bozukluğu) ile DSM IV’de yerini almıştır.

2013 yılında Amerika Psikiyatri Birliği (APA)’nin en son yayımladığı sınıflama sistemi olan DSM V’te, DSM IV’teki alt gruplar kaldırılmış ve tek bir tanımlama ile “Otizm Spektrum Bozuklukları (OSB)” ifadesi kullanılmıştır.

*APA; OSB’yi belirtilerin erken çocukluk çağında başladığı, sosyal-iletişimsel alanda belirgin yetersizlikler ve sınırlı, tekrarlayıcı davranış, ilgi alanları ile karakterize bir nörogelişimsel bozukluk olarak tanımlamıştır [20].*

### Sıklık

2000 yılından önce otizmin nadir görülen bir rahatsızlık olduğu iddia edilirken 2000 yılından sonra yapılan sıklık çalışmaları, otizmin nadir görülen bir hastalık olmadığını, ayrıca sıklığının da yıllar içerisinde ciddi bir artış gösterdiğini bildirmiştir [21, 25]. (Tablo 4.1).

**Tablo 4.1.** Yapılan sıklık çalışmalarına göre yıllar içerisinde otizm sıklığında görülen artış

| Yıl  | Sıklık |
|------|--------|
| 1996 | 1/475  |
| 2001 | 1/160  |
| 2006 | 1/150  |



OSB; sosyal-iletişimsel alanda belirgin yetersizlik ve tekrarlayıcı davranış, ilgi alanlarıyla karakterize bir bozukluktur.

|      |      |
|------|------|
| 2012 | 1/88 |
| 2014 | 1/68 |

Otizm sıklığının artış nedeni tam olarak bilinmemektedir; ancak tanı ölçütlerinin değişmesi, insanların bilinçlenmesi, ilgili uzmanlara ulaşım imkânlarının artması gibi nedenlerle açıklanmaya çalışılmaktadır [26].

*Çalışmalar otizmin erkeklerde, kızlara oranla daha sık görüldüğünü göstermektedir.*

Fombonne ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, normal zekalı OSB grubunda erkek/kız oranı 5,75/1, zihinsel yetersizliği olan grupta ise 1,9/1 olarak bulunmuştur [27].

## Nedenleri

*OSB; kesin nedeni tam olarak bilinmeyen, ancak çoğul genetik faktörler ve gen-çevre etkileşiminin neden olduğu düşünülen bir nörogelişimsel bozukluktur [28].*



OSB'ye çoğul genetik faktörler ve gen-çevre etkileşiminin neden olduğu düşünülmektedir.

İkiz çalışmalarında; tek yumurta ikizlerinde konkordans %36-96, çift yumurta ikizlerinde %0-27 bulunmuştur [29].

Yapılan araştırmalarda, kopya sayısı değişkenliği ve nadir mutasyonların otizme yatkınlığı artırdığı iddia edilmekte; Neuroligin, NRXN 1, CNTCNP 2, CDH 10, SHANK 3 gibi çeşitli genlerle ilgili değişikliklerin bozukluğun gelişmesinde rolü olabileceği söylenmektedir [30].

OSB'lilerde %10-37 arasında kromozom anomalisi görüldüğü bildirilmiştir [31].

OSB etiolojisinde rolü olduğu düşünülen çevresel etmenler;

- İleri baba-anne yaşı [32],
- Prenatal maternal enfeksiyonlar ve ateş [33],
- Prenatal folik asit ve D vitamini eksikliği [34, 35],
- Prenatal antidepresan kullanımı [36],
- İlk trimester ultrason maruziyeti [37],
- Ağır metaller, tarım ilaçları, egzoz dumanı [28, 38].



DSM-5, OSB ve diğer psikiyatrik hastalıkların tanısında kullanılan tanılama sistemlerinden biridir.

## Klinik Özellikler ve Değerlendirme

*DSM 5 tanılama sistemi; otizm spektrum bozukluklarının klinik özelliklerini, sosyal-iletişimsel yetersizlikler ve tekrarlayıcı ilgi ve davranışlar başlıklarından oluşan iki boyutta ele alarak tanı kriterleri oluşturmuştur [20]. (Tablo 4.2).*

**Tablo 4.2.** DSM V OSB Tanı Kriterleri

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>A.</b> Aşağıda belirtildiği gibi, şimdi veya geçmişte farklı şekillerde görülen toplumsal iletişim ve toplumsal etkileşimde sürekli yetersizliğin olması.</p> <p><b>1)</b> Sosyal-duygusal karşılık vermede yetersizlik (Örneğin sıra dışı toplumsal yaklaşım; karşılıklı diyalog sürdürmede güçlük; ilgilerini, duygularını veya duygulanımını paylaşmada yetersizlik; sosyal etkileşime cevap verememe gibi yetersizlikler).</p> <p><b>2)</b> Sosyal etkileşim için kullanılan sözel olmayan iletişimsel davranışlarda yetersizlik (Örneğin sözel ve sözel olmayan iletişimde yetersizlikler, sıra dışı göz kontağı, beden dili veya jestleri anlamakta ve kullanmakta yetersizlik, yüz ifadesi ve beden dilinde bariz eksikler).</p> <p><b>3)</b> İlişkileri geliştirmekte, devam ettirmekte ve anlamakta güçlük (örneğin farklı toplumsal ortamlara uygun davranmamak, hayali oyun paylaşamama, arkadaş edinememe ve arkadaşla ilgi duymama gibi davranışlar).</p> <p>Şu anki şiddeti: Şiddet sosyal iletişimsel alanda yetersizlikler ve kısıtlı, tekrarlayıcı davranışlara göre belirlenir.</p>                                                                                                                                           |
| <p><b>B.</b> Aşağıdakilerden en az ikisinin varlığı ile kendini gösteren, şu an veya geçmişte sınırlı, tekrarlayıcı davranışlar, ilgiler ya da etkinlikler.</p> <p><b>1)</b> Basmakalıp veya tekrarlayıcı motor hareketler, nesne kullanımı veya konuşma (basit motor stereotipler, oyuncakları dizme veya çevirme, ekolali, idiyosenkratik cümleler).</p> <p><b>2)</b> Aynılıkta ısrar, rutinelere sıkı sıkıya bağlılık veya ritüelleşmiş sözel ve sözel olmayan davranışlar (küçük değişikliklerde aşırı stres, geçişlerde zorlanma, katı düşünce tarzı, selamlaşma ritüelleri, her gün aynı yolu veya aynı yemeği tercih etme).</p> <p><b>3)</b> Konu veya yoğunluk açısından sıra dışı sınırlı, sabitlenmiş ilgiler (sıra dışı nesnelere anormal aşırı bağlılık, aşırı tekrarlayıcı veya sınırlı ilgiler).</p> <p><b>4)</b> Duyusal olarak aşırı ya da az duyarlılık veya çevrenin duyuşal boyutuna aşırı ilgi (acıya/sıcağa aşırı duyarsızlık, belirli ses veya dokunuşlara karşı beklenmeyen tepki, nesneleri aşırı koklama veya onlara aşırı dokunma, ışık veya hareketle görsel olarak çok meşgul olma).</p> <p>Şu anki şiddeti: Şiddet sosyal iletişimsel alandaki yetersizlikler ve kısıtlı, tekrarlayıcı davranışlara göre belirlenir.</p> |
| <p><b>C.</b> Belirtiler, gelişimin erken dönemlerinde mevcut olmalı (Toplumsal beklenti sınırlarını aşincaya dek fark edilmemiş veya daha sonra öğrendiği yollarla maskelenmiş olabilir.).</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <p><b>D.</b> Belirtiler; sosyal, mesleki ve başka önemli alanlarda klinik olarak anlamlı</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

düzeyde bozukluğa yol açmalıdır.

**E.** Bu bozukluk zihinsel yetersizlik veya genel gelişimsel gerilik sebebi ile olmamalıdır. Gerçi zihinsel yetersizlik ve OSB sıklıkla bir arada görülür, ancak OSB ve zihinsel engellilik tanısı konulması için sosyal iletişimsel düzeyin genel gelişimin altında olması gerekir.

**Not:** DSM-IV'e göre otistik bozukluk, Asperger bozukluğu ve YGB-BTA tanısı almış olanlara OSB tanısı verilmelidir. Sosyal iletişimsel alanda problem olan ancak OSB tanısı almayanlar sosyal iletişimsel bozukluk açısından değerlendirilmelidirler.

Zihinsel yetersizliğin eşlik edip etmediğini, dil yetersizliğinin eşlik edip etmediğini, bilinen bir tıbbi, genetik veya çevresel faktörün eşlik edip etmediğini, başka nörogelişimsel, ruhsal veya davranışsal durumların olup olmadığını, katatoninin eşlik edip etmediğini belirtiniz.

Bebeklerin 1 yaşına gelene kadarki dönemde OSB özellikleri gösterip göstermediklerini anlamak güç olabilmektedir.

*6-9 aylık bebeklerde OSB özellikleri açısından şüphe edilmesi gereken özellikler şunlardır [39];*



6-9 aylık bebeklerde, çağırıldığında bakmama ve yeterli düzeyde göz kontağı kurmama, OSB açısından şüphe edilmesi gereken özelliklerdir.

- Babıldamanın olmayışı veya az oluşu,
- Çağırıldığında bakmama,
- Konuşana bakmama, sesine sesli cevap vermeme,
- Gülümsemeye karşı gülümsememe,
- Yeterli düzeyde göz kontağı kurmama,
- Başka kişilerle iletişim kurma isteğinde azlık,
- Bazı nesne veya oyuncaklara aşırı ilgi,
- Belirli nesnelerle tekrar tekrar oynama isteği,
- Nesneleri tuhaf biçimde inceleme, bazı parçaları ile aşırı ilgilenme.

*12-24 ay arası çocuklarda görülen OSB belirtileri [40];*

- Göz kontağında yetersizlik,
- İnsanlara ilgide azlık, nesnelere daha çok ilgi duyma,
- Taklit becerisinde yetersizlik,
- Sosyal gülümsemenin olmayışı, duygu paylaşımında kısıtlılık,
- Yaşıtlarına göre dil becerilerinin geri olması,
- Tekrarlayan hareketler.

*24-36 ay arası çocuklarda görülen OSB belirtileri [40];*

- İki kelimeli cümle kuramama, kurabiliyorsa tekrarlamalar,
- Kendi başına basit oyunlar oynama, senaryolu oyun oynayamama ve yaşıtlarına ilgi göstermeme,
- Komutları yerine getirmeme,



6-9 aylık bebeklerde, çağırıldığında bakmama ve yeterli düzeyde göz kontağı kurmama OSB açısından şüphelenmesi gereken özelliklerdir.

- Tekrarlayan hareketlerin çeşitliliği (parmak ucunda yürüme, ellerini çırpma, alkış, kendi etrafında dönme, sallanma, kafa sallama) ve yoğunluğunda artış,
- Bazı nesnelere (tekerlek, vantilatör, çamaşır makinesi, araba, otobüs, kredi kartı, dergi vb.) aşırı ilgi.

*36-60 ay arası çocuklarda görülen OSB belirtileri [40];*

- Jest ve mimiklerde kısıtlılık,
- Akran aramama ve akranla ilişki sürdürmememe,
- Sembolik, senaryolu, hayali oyun oynayamama,
- Konuşamayanlarda; acayip, anlamsız sesler çıkarma,
- Konuşabilenlerde; tekdüze, monoton, tekrarlayıcı, dağınık, kısa cümleler kurarak konuşma,
- Değişikliklere direnç gösterme, aynılıkta ısrar (hep aynı giysiyi giymek isteme, hep aynı şeyi yemek isteme, oyuncaklarıyla hep aynı şekilde oynama vb.).



Örnek

• Mehmet, 3 yaşında bir erkek çocuktur. Annesi; Mehmet'in konuşmadığını, henüz anlamlı bir kelimesinin olmadığını, sadece anlamsız sesler çıkardığını, çağırıldığında bakmadığını, göz kontağı kurmadığını, komut almadığını söylüyor. Genellikle kendi başına oynadığını, çocuklara ilgi göstermediğini belirtiyor. Arabalara çok ilgili olduğunu, hep aynı şekilde dizerek oynadığını, tekerleklerini çevirip izlediğini anlatıyor. Görüşmede; Mehmet dış uyaranlara tepki vermiyor, kendi hâlinde odada bulunan nesnelerle ilgileniyor, anlamsız sesler çıkarıyor, kendi etrafında dönüyor, zıplıyor ve ara ara ellerini kanat çırpıp gibi sallıyor.

*OSB özellikleri gösterdiğini düşündüğümüz bir çocuğu, değerlendirme için hiç vakit kaybetmeden bir çocuk psikiyatri uzmanına yönlendirmemiz gerekir.*

Çocuk psikiyatri uzmanları; OSB şüphesi ile kendilerine getirilen çocukları ilk aşamada şu şekilde değerlendirmektedirler [28];

- Ebeveynler veya bakım verenden, çocuğu getirme nedenleri konusunda bilgi alınır.
- Otizm belirtileri, ölçekler ve tanılal görüşme araçları da kullanılarak ayrıntılı bir biçimde sorgulanır.
- Çocuğun gelişimsel, fiziksel hastalık öyküleri alınır.
- Aile öyküsü alınır.
- Prenatal, perinatal ve postnatal dönemler hakkında bilgi edinilir.
- Çocuk muayene süresince dikkatli bir şekilde gözlemlenir, varsa videoları da izlenir.



Değerlendirmede gelişim testleri ve işitme değerlendirilmesi mutlaka yapılmalıdır.

- Eşlik edebilen psikopatolojiler açısından, ayrıntılı bir psikiyatrik değerlendirme yapılır.

Değerlendirmenin ikinci aşamasında, eşlik eden muhtemel durumların saptanması ve ayırıcı tanı açısından çeşitli incelemeler yapılır. Bu incelemeleri öncelikli olarak mutlaka istenen ve ikincil olarak ihtiyaca binaen istenen incelemeler şeklinde ayırmak mümkündür.

*Öncelikli olarak mutlaka istenen incelemeler;*

- Gelişim testi,
- İşitme değerlendirmesi ve testidir.

*İkincil olarak ihtiyaca binaen istenen incelemeler;*

- Kan tahlilleri,
- Görme muayenesi,
- Genetik değerlendirme ve kromozom analizleri,
- Nörolojik muayene, EEG, MRI,
- Metabolik hastalıklar, aminoasit ve mitokondriyel bozukluklar için incelemeler.

## Ayırıcı Tanı

OSB'nin ayırıcı tanısında, OSB ile bazı benzer özellikleri nedeni ile sıklıkla karışabilen durumlar bulunur [40]:

*Gelişimsel dil bozuklukları:* Dil bozukluğu olan çocuklar, çevrelerine olan ilgileri ile OSB'li çocuklardan ayrılır.

*Zihinsel yetersizlik:* Zihinsel yetersizliği olan çocukların sosyal becerileri, OSB'li çocuklarındaki gibi kısıtlı değildir. Mental kapasitelerinin el verdiği ölçüde çevreyle iletişim kurarlar.

*Görme ve işitme engeli:* Hem görme hem de işitme engelli çocuklar, kendi geliştirdikleri yollarla, çevreleriyle iletişim kurmaya çalışırlar.

*Tepkisel bağlanma bozukluğu:* Tepkisel bağlanma bozukluğu olan çocuklar, sosyal gelişimlerdeki kısıtlılık nedeni ile OSB'nin kliniğine benzerlik gösterirler, ancak öyküde kötü bakım, uyaran yoksunluğu olması ve çevresel koşullar uygun hâle geldiğinde hızlı bir düzelme göstermeleri onları OSB'den ayırır.

*Seçici konuşmazlık:* Seçici konuşmazlığı olan çocuklar, konuşmak istemedikleri ortamlarda iletişim kurmamayı tercih ederler, fakat istedikleri ortamlarda konuşarak iletişim kurabilirler. OSB'li çocuklarda ise her ortamda iletişim problemi vardır.

*Çok erken başlangıçlı şizofreni:* Çok küçük yaşlarda başlayan psikoz, OSB ile karışabilir; ancak iyi alınmış bir gelişim öyküsü, semptomların başlangıç biçimi ve seyri iki durumu birbirinden ayırmada kolaylık sağlar.



OSB'nin ayırıcı tanısında, bir diğer sosyal gelişimde kısıtlılık nedeni olan tepkisel bağlanma bozukluğuna dikkat etmek gerekir.

## Eşlik Eden Durumlar

OSB'ye eşlik eden durumları, tıbbi ve psikiyatrik bozukluklar olarak iki gruba ayırabiliriz [40]. (Tablo 4.3).

**Tablo 4.3.** OSB'ye eşlik eden durumlar

| OSB'ye eşlik eden tıbbi bozukluklar                                                          | OSB'ye eşlik eden psikiyatrik bozukluklar             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Epilepsi                                                                                     | Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu              |
| Kromozom Anomalileri (fragil x, down sendromu, angelman sendromu, klinefelter sendromu, vb.) | Duygudurum Bozuklukları (depresyon, bipolar bozukluk) |
| Duyusal Bozukluklar (görme ve işitme engeli)                                                 | Kaygı Bozuklukları                                    |
| Nörokütanoz Bozukluklar (tuberoskleroz ve nörofibromatozis)                                  | Obsesif Kompulsif Bozukluk                            |
| Metabolik Bozukluklar (ehlers danlos sendromu, mukopolisakkaridozlar, galaktozemi)           | Travma Sonrası Stres Bozukluğu                        |
| Aminoasid Metabolizma Bozuklukları (fenilketonüri)                                           | Tik Bozuklukları                                      |
| Mitokondriyal Bozukluklar                                                                    | Uyku Bozuklukları                                     |
| Nöromusküler Bozukluklar (duchenne musküler distrofi, katatoni, serebralpalsi)               | Dışa Atım Bozuklukları                                |
| Endokrin Bozukluklar (hipotiroidi)                                                           | Psikotik Bozukluklar                                  |

## Gidiş

OSB'de gidişi belirleyen en önemli faktörleri; zekâ düzeyi, dil becerileri, erken tanı, iyi düzeyde ortak dikkat, uyum becerileri, hastalığın belirti şiddeti, eşlik eden komorbid bozukluklar, yoğun ve uygun eğitsel programlar oluşturmaktadır [41, 42].

## Tedavi

OSB'de tedavi yaklaşımları; eğitsel tedaviler, ilaç tedavileri ve alternatif tedavilerden oluşmaktadır.

*Günümüzde otizmin temel belirtileri üzerine en etkili tedavinin eğitsel yaklaşımlar olduğu kabul edilmektedir.*



OSB'ye tıbbi ve/veya psikiyatrik bozukluklar eşlik edebilmektedir.



OSB'nin temel belirtileri üzerine direkt etkisi olan tedavi yaklaşımı eğitsel tedavilerdir.

Eğitsel yaklaşımlar; sosyal iletişimsel alandaki kısıtlılıkların giderilmesi, yeni beceriler kazanılması ve istenmeyen, tekrarlayan davranışların azaltılmasını amaçlamaktadır. Eğitsel tedaviler; ebeveyn eğitimi, çeşitli uygulamalı davranış analizi yöntemleri, konuşma ve dil terapisi ile uğraş terapisinden oluşmaktadır.

İlaç tedavileri, OSB'nin temel belirtileri üzerine direkt bir etki göstermezler; ancak OSB'ye eşlik eden diğer psikiyatrik hastalıkların tedavisinde ve davranış problemlerinin çözülmesinde yardımcı olurlar.

Alternatif tedavilerden masaj ve beslenme bozukluğu olanlarda vitamin kullanımı tavsiye edilebilir. Spor, müzik terapisi, hayvan tedavisi uygulanmasında sakınca görülmez. Immunterapiler ve nörofeedback tedavisi tavsiye edilmez. Hiperbarik oksijen tedavisi, diyet ve ağır metalden arındırma (şelasyon) tedavileri etkisiz olduğundan, tedavide yerleri yoktur [43, 44].

### Otizmli Çocuk ve Ailesi için Neler Yapabilirim?

Çocuğunda otizm tanısı olduğunu öğrenmek, çoğu zaman ailelere ağır gelmekte, çoğu aile bu durumu kabullenmekte zorluk çekmekte, bir kısmı inkâr etmekte, bir kısmı da neredeyse çocuğunu kaybetmişçesine ciddi bir yas süreci yaşamaktadır. Burada konu ile ilgili çalışan sağlık profesyonellerine ciddi iş düşmektedir. Öncelikle aileye bu tanıyı açıklarken empati yaparak onların anlayabileceği bir şekilde, kafalarındaki soru işaretlerini elimizden geldiğince gidermeye çalışan bir tavır sergilememiz gerekir. Ebeveynlerin bu durum ile ilgili kendilerini ya da birbirlerini suçlamadan, uyumlu bir şekilde süreçte çocukları için neler yapmaları gerektiğine odaklanmaları sağlanmalıdır.

Ailelerin tedavi sürecindeki istek, iştirak ve motivasyonlarının çocuğun gelişimi açısından ne kadar önemli olduğunu anlatmak, bunu sağlayabilmeleri için de öncelikle kendi psikolojilerinin iyi olması gerektiğinin farkında olmalarını sağlamak gerekir. Öncelikli olarak aileye de psikolojik destek ve konu ile ilgili iyi bir psikoeğitim verilmelidir. Bu psikoeğitim sürecinden geçen aileler; OSB tanılı çocuklarının yaşadığı sorunları fark edecek, kendileri de uygun şekilde bu sorunları giderebilmek için çaba gösterebileceklerdir. OSB'li çocuklar zamanlarının çoğunu aile bireyleri ile geçirdiğinden, aile bireylerinin onlarla nasıl vakit geçirebilecekleri, hangi aktivite ve faaliyetleri yapmaları gerekip, neleri yapmamaları gerektiğini bilmeleri ciddi önem arz etmektedir.

Ailenin OSB'li çocuğun gelişiminde ne derece önemli olduğunu fark eden bilim insanları, otizm tedavisinde temel semptomlar üzerine etkisi en net tedavi yaklaşımı olan eğitsel tedavilere de aile bireylerini aktif olarak katmanın otizmin gidişi üzerine olumlu katkısı olacağını düşünmüşlerdir. Ebeveynleri sadece psikoeğitim alan ve temel tepki öğretimi (eğitsel bir tedavi yöntemi) alan OSB tanılı iki grubu karşılaştıran bir çalışma, eğitsel tedaviye ailenin de katıldığı gruptaki çocuklarda konuşma ve iletişim becerilerinin daha çok geliştiğini göstermiştir [45].





OSB'li çocukların ailelerine bu konuda psikoeğitim vermek sürecin gidişine olumlu katkı sağlayacaktır.

OSB'li çocukların ailelerinin dışında en çok zaman geçirdikleri yerler, okulları ve eğitim gördükleri diğer merkezlerdir. Burada dikkat edilmesi gereken önemli noktalar; çocuğa eğitim veren öğretmenlerin konuya hâkim, nitelikli, ilgili kişiler olmaları, ihtiyaç duyan çocuklara gölge öğretmen desteği verilmesi gibi imkânların sağlanması, çocuğun ihtiyaçlarına yönelik uygun bir eğitim programı hazırlanması, çocuğun beraber eğitim gördüğü arkadaşlarının kendi bilişsel ve sosyal düzeyine uygun çocuklardan oluşmasıdır.

Ayrıca OSB'li çocukların sosyal iletişim becerilerini ve çevre ile etkileşimlerini artırmak amacı ile yapmaktan keyif aldıkları spor, müzik gibi faaliyetlere katılmalarını sağlamak gerekir.

*OSB'de temel sorun sosyal-iletişimsel alanda belirgin yetersizlik olduğundan aileden öğretmene, evden okula bu çocukların yeterli bir sosyal destek aldığından emin olmalı, sosyal gelişimlerini artırabilmek için ilgiyle, alakayla, pozitif enerjiyle, ümitle, istekle, yılmadan, bıkmadan çalışmalıyız.*



Bireysel Etkinlik

- Bir çocuk psikiyatri polikliniğine misafir olup OSB özellikleri gösterdiğini düşündüğünüz bir çocuğu gözlemleyerek OSB ile ilgili ünite içinde öğrendiklerinizden nelerin bu çocukta var olduğunu not edin, görüşmeyi yapan uzmana sunun ve görüşme ile ilgili merak ettiklerinizi sorun.



## Özet

- Bir çocuğun normal bir sosyal gelişim gösterdiğini söyleyebilmek için belirli yaş dönemlerinde birtakım sosyal becerileri edinebilmiş olması gerekir. Ayrıca çocuğun gelişim ile ilgili anlamlı bir gecikme ya da kısıtlılıktan bahsedilecekse çocuğun yaşları ile karşılaştırıldığında fark edilebilir düzeyde bir gelişim geriliği veya kısıtlılığının var olması gerekir. Bu durumu saptayabilmek de ancak bir çocuğun prenatal dönemden itibaren gelişimi üzerine etki edebilecek tüm faktörleri analiz ederek ve hangi gelişimsel dönemde edinmesi gereken becerilerin ne kadarını edinin edinemediğini bilmek ile mümkün olabilir.
- Bebeklik-süt çocukluk ve okul öncesi oyun çağı çocukluk dönemlerini değerlendirirken çocuğun tıbbi ve gelişimsel öyküleri alınır, çeşitli ölçek ve değerlendirme araçları ile gelişim düzeyi hakkında fikir sahibi olunmaya çalışılır. Ayrıca çocuğun ailesel özellikleri (aileye ait biyolojik, psikolojik, sosyal etmenler) de gelişim süreci üzerine çok etkili olabildiğinden, değerlendirme sürecinde bu konuya da özel bir ihtimam göstermek gerekir.
- Sosyal gelişim geriliği veya kısıtlılığı olan bir çocuğun değerlendirmesinde atlanmaması gereken en önemli durumlardan biri, çocuğun otizm spektrum bozuklukları (OSB) tanısı alma ihtimalidir; çünkü bu rahatsızlıkta erken tanı ve müdahalenin gidişat üzerine olumlu etkisi vardır. Bu bağlamda OSB'yi atlamamak için bu konuda bilgi sahibi olmak gerekir.
- OSB; belirtilerin erken çocukluk çağına başladığı, sosyal-iletişimsel alanda belirgin yetersizlikler ve sınırlı, tekrarlayıcı davranış ve ilgi alanları ile karakterize bir nörogelişimsel bozukluktur.
- OSB sıklığı, yıllar içerisinde ciddi bir artış göstermiştir ve erkeklerde, kızlara oranla daha sık görülmektedir.
- OSB'nin kesin nedeni tam olarak bilinmemektedir, ancak çoğul genetik faktörler ve gen-çevre etkileşiminin neden olduğu düşünülmektedir.
- DSM 5 tanılama sistemi; OSB'nin klinik özelliklerini, sosyal-iletişimsel yetersizlikler ve tekrarlayıcı ilgi ve davranışlar başlıklarından oluşan iki boyutta ele alarak tanı kriterleri oluşturmuştur.
- OSB özellikleri gösterdiğini düşündüğümüz bir çocuğu, değerlendirme için hiç vakit kaybetmeden bir çocuk psikiyatri uzmanına yönlendirmemiz gerekir. Çocuk psikiyatri uzmanları, OSB şüphesi ile kendilerine getirilen çocukları ayrıntılı bir değerlendirme sürecinden geçirip tanı alıp almadıklarını saptarlar.
- OSB'nin ayırıcı tanısında, OSB ile bazı benzer özellikleri nedeni ile sıklıkla karışabilen durumlar bulunur. Ayrıca OSB'ye çeşitli tıbbi ve psikiyatrik bozukluklar da eşlik edebilmektedir.
- OSB'de gidişi belirleyen en önemli faktörleri; zekâ düzeyi, dil becerileri, erken tanı, iyi düzeyde ortak dikkat, uyum becerileri, hastalığın belirti şiddeti, eşlik eden komorbid bozukluklar, yoğun ve uygun eğitsel programlar oluşturmaktadır.
- OSB'de tedavi yaklaşımları; eğitsel tedaviler, ilaç tedavileri ve alternatif tedavilerden oluşmaktadır. OSB'nin temel belirtileri üzerine en etkili tedavinin eğitsel yaklaşımlar olduğu kabul edilmektedir.
- OSB'de temel sorun sosyal-iletişimsel alanda belirgin yetersizlik olduğundan aileden öğretmene, evden okula bu çocukların yeterli bir sosyal destek aldığından emin olmalı, sosyal gelişimlerini artırabilmek için ilgiyle, alakayla, pozitif enerjiyle, ümitle, istekle, yılmadan, bıkmadan çalışmalıyız.

## DEĞERLENDİRME SORULARI

- Aşağıdakilerden hangisi bir çocuğun gelişimini değerlendirirken öncelikli olarak başvurduğumuz yöntemlerden biri değildir?
  - Çocuğun tıbbi öyküsünü almak
  - Çocuğun gelişimsel öyküsünü almak
  - Çocuğun aile öyküsünü almak
  - Çocuğa beyin tomografisi çekmek
  - Gelişim değerlendirmesi için çeşitli ölçeklerden yararlanmak
- Üç aylık normal gelişen bir bebeğin aşağıdakilerden hangisini yapabilmesi beklenmez?
  - Kendi etrafında dönebilir.
  - Oyuncakları, nesneleri ağzına götürüp emmeye çalışabilir.
  - 10-15 kelime kullanarak kendilerini ifade edebilirler.
  - Göz temasını sürdürmeye başlar.
  - Hareket eden bir nesneyi gözleri ile takip edebilir.
- Aşağıdaki ölçek ve değerlendirme araçlarından hangisi 0-6 yaş grubu çocukların gelişimsel değerlendirmesinde kullanılmaz?
  - Bayley Çocuklar İçin Gelişim Envanteri
  - Vineland Uyum Davranış Ölçeği
  - Denver II Gelişim Tarama Testi
  - Ankara Gelişim Tarama Envanteri
  - WISC IV
- Bir çocuğun sosyal gelişimi ile ilgili bir gerilik ya da kısıtlılık olduğunu düşünüyorsak erken tanı ve müdahale imkânından faydalanabilmesi için çocuğu, konunun uzmanı olan hangi branşın doktoruna yönlendirmeliyiz?
  - Çocuk Nefroloji
  - Çocuk Psikiyatri
  - Çocuk Endokrinoloji
  - Çocuk Kardiyoloji
  - Çocuk Gastroenteroloji
- Otizm spektrum bozuklukları ile ilgili aşağıdaki bilgilerden hangisi yanlıştır?
  - Erken çocukluk çağında başlar.
  - Sosyal-iletişimsel alanda yetersizlikler görülür.
  - Sınırlı, tekrarlayıcı davranış, ilgi alanları mevcuttur.
  - Kızlarda erkeklerden daha çok görülmektedir.
  - Sıklığı yıllar içerisinde artış göstermiştir.

6. Aşağıdakilerden hangisi OSB'ye neden olduğu düşünülen çevresel etmenlerden biri değildir?
- a) Aşılar
  - b) İleri baba-anne yaşı
  - c) Prenatal maternal enfeksiyonlar ve ateş
  - d) Prenatal folik asit ve D vitamini eksikliği
  - e) Ağır metaller, tarım ilaçları, egzoz dumanı
7. Aşağıdakilerden hangisi çocuk psikiyatri uzmanlarının OSB şüphesi ile kendilerine getirilen çocukları ilk aşamada değerlendirirken mutlaka yapmaları gerekenlerden biri değildir?
- a) Ebeveynler veya bakım verenden, çocuğu getirme nedenleri konusunda bilgi almak
  - b) Otizm belirtilerini ayrıntılı bir biçimde sorgulamak
  - c) MRI istemek
  - d) Çocuğun gelişimsel, fiziksel hastalık öykülerini almak
  - e) Çocuğu muayene süresince dikkatli bir şekilde gözlemlemek
8. Aşağıdakilerden hangisi OSB'nin ayırıcı tanısında yer almaz?
- a) Gelişimsel dil bozuklukları
  - b) Zihinsel yetersizlik
  - c) Görme ve işitme engeli
  - d) Tepkisel bağlanma bozukluğu
  - e) Dışa atım bozuklukları
9. Aşağıdakilerden hangisi OSB'de gidişi belirleyen en önemli faktörlerden biri değildir?
- a) İnce motor becerisi
  - b) Dil becerisi
  - c) Zekâ düzeyi
  - d) Belirti şiddeti
  - e) Eşlik eden komorbid bozukluklar
10. Aşağıdakilerden hangisinin OSB tedavisinde yeri yoktur?
- a) Ebeveyn eğitimi
  - b) Hiperbarik oksijen tedavisi
  - c) Uygulamalı davranış analizi
  - d) Konuşma ve dil terapisi
  - e) İlaç tedavisi

**Cevap Anahtarı:**

1.d, 2.c, 3.e, 4.b, 5.d, 6.a, 7.c, 8.e, 9.a, 10.b

## YARARLANILAN KAYNAKLAR

- [1] O'Connor TG, Heron J, Golding J. (2002). *Maternal antenatal anxiety and children's behavioural/emotional problems at 4 years: report from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children*. Br J Psychiatry. 180:502-508.
- [2] Muller-Nix C, Forcada-Guex M, Pierrehumbert B, et al. (2004). *Prematurity, maternal stress and mother-child interactions*. Early Hum Dev. 88(5):F400-4.
- [3] Minde K. (2000). *Prematurity and serious medical conditions in infancy: Implications for development, behaviour and intervention*. In: C. H. Zeanah J (ed.): Handbook of infant mental health 2nd ed. (176-194). New York: Guilford Press.
- [4] Mayes LC, Gilliam WS, Sosinsky LS. (2007). *Forces that may compromise normative developmental processes: Normal Development The Infant and Toddler*. In: Andres Martin, Fred R.Volkmar (ed.): Lewis's Child and Adolescent Psychiatry A Comprehensive Textbook 4th ed. (252-261). Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins Press.
- [5] Fein D, Helt M, Brennan L, Barton M. (2016). *What Is a Developmental Delay and How Can Games in Routine Activities Help?: Helping Babies and Toddlers Learn and Develop*. In: Fein D, Helt M, Brennan L, Barton M (ed.): The Activity Kit for Babies and Toddlers at Risk.(11-23). New York: Guilford Press.
- [6] Gleason MM, Zeanah CH. (2010). *Assessing Infants and Toddlers*. In: Dulcan MK (ed.): Dulcan's Textbook of Child and Adolescent Psychiatry 1st ed. (3-15). Arlington: American Psychiatric Publishing, Inc.
- [7] Squires J, Bricker D. (1999). *Ages and Stages Questionnaire (ASQ-3)*. Paul H Brookes Publishing Co.
- [8] Kapcı EG, Kucuker S, Uslu R. (2010). *How Applicable are Ages and Stages Questionnaires for use with Turkish Children?* Topics in Early Childhood Special Education. 30:176-188.
- [9] Squires J, Bricker D, Twombly E. (2003). *Ages and Stages Questionnaire: Social-Emotional (ASQ-SE)*. Paul H Brookes Publishing Co.
- [10] Kucuker S, Kapcı EG, Uslu R. (2011). *Evaluation of the Turkish Version of the Ages and Stages Questionnaires: Social-Emotional in Identifying Children with Social-Emotional Problems*. Infants and Young Children. 24:207-220.
- [11] Achenbach TM, Rescorla LA. (2000). *Manual for the ASEBA Preschool Forms&Profiles*. Burlington VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth&Families.
- [12] Bayley J. (1993). *Bayley Scales of Infant Development*. 2nd ed. San Antonio: Psychological Corp.

- [13] Vanlı L. (1978). *Bayley Bebekler için zihinsel ve devinimsel ölçek ile bir ön çalışma*. Psikoloji Dergisi. 1(2):3-8.
- [14] Sparrow SS, Balla D, Cicchetti D. (1984). *Vineland Adaptive Behaviour Scales*. Circle Pines: American Guidance Service.
- [15] Alpas B, Akcakin M. (2003). *Vineland Uyum Davranış Ölçeği Araştırma Formunun Doğumdan 47 Aylığa Kadar Olan Türk Bebekleri İçin Uyarlama, Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması*. Türk Psikoloji Dergisi. 18(52):57-71.
- [16] Frankenburg WK, Dodds JB. (1967). *The Denver Developmental Screening Test*. J Pediatr. 71(2):181-191.
- [17] Yalaz K, Epir S. (1982). *Denver Gelişimsel Tarama Testi El Kitabı*. Türk Çocuklarına Uygulanması ve Standardizasyonu. Ankara: Meteksan Mtb.
- [18] Sezgin N, Erol N, Savasir I. (1993). *0-6 yaş çocuklar için gelişim tarama envanteri*. Türk Psikiyatri Derg. 4:9-17.
- [19] Kanner L (1943). *Autistic disturbance of affective contact*. Nervous Child. 2:217-250.
- [20] American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed*. Arlington (VA): American Psychiatric Association Publishing.
- [21] Honda H, Shimizu Y, Misumi K, et al. (1996). *Cumulative incidence and prevalence of childhood autism in children in Japan*. Br J Psychiatry. 169(2):228-35.
- [22] Chakrabarti S, Fombonne E. (2001). *Pervasive developmental disorders in preschool children*. JAMA. 285:3093-3099.
- [23] Centers for Disease Control and Prevention (2006). *Literature: MMWR Surveill Summ*.
- [24] Centers for Disease Control and Prevention (2012). *Literature: MMWR Surveill Summ*.
- [25] Centers for Disease Control and Prevention (2014). *Literature: MMWR Surveill Summ*.
- [26] Buitelar J. (2014). *Sözel bildiri*. 24. Ulusal Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kongresi. Konya.
- [27] Fombonne E. (2005). *Epidemiology of autistic disorder and other pervasive developmental disorders*. J Clin Psych. 66 Suppl 10:3-8.
- [28] Mukaddes NM. (2017). *Otizmin Sebepleri ve Etkili Mekanizmalar*. Otizm Spektrum Bozuklukları Tanı ve Takip 2.baskı içinde. İstanbul: Nobel Tıp

Kitabevleri.

- [29] Rutter M. (2005). *Genetic influences and autism*. In: F Volkmar, R Paul, A Klin, D Cohen (ed.) *Handbook of autism and pervasive developmental disorders* (425-453). John Wiley&SonsInc.
- [30] Levitt P. (2011). *Toward neurobiology of autism*. In: Amaral, Dawson, Geschwind (ed.) *Autism Spectrum Disorders*. Oxford University Press.
- [31] Rutter M, Silberg J, O'Connor T, et al. (1999). *Genetics and child psychiatry: II Empirical Res. Findings*. J Child Psychol Psych. 40(1): 19-55.
- [32] Sandin S, Schendel D, Magnusson P, et al. (2016). *Autism risk associated with paternal age and with increasing difference in age between the parents*. MolecularPsych. 21(5):693-700.
- [33] MazinaV, Gerds J, Trinh S, et al. (2015). *Epigenetics of autism-related impairment : copy number variation and maternal infection*. J Dev Beh Ped. 36(2): 61-67.
- [34] Lyall K, Schmidt RJ, Hertz-Picciotto I. (2014). *Maternal life style and environmental risk factors for autism spectrum disorders*. Int J Epidemiol. 43(2): 443-464.
- [35] Magnusson C, Lundberg M, Lee BK, et al. (2016). *Maternal vitamin D deficiency and the risk of autism spectrum disorders: population-based study*. British Journal of Psych. Open. 2(2): 170-172.
- [36] Ackerman S, Schoenbrun S, Hudac C, et al. (2017). *Interactive Effects of Prenatal Antidepressant Exposure and Likely Gene Disrupting Mutations on the Severity of Autism Spectrum Disorder*. J Autism Dev Disord: 1-8.
- [37] Webb SJ, Garrison MM, Bernier R, et al. (2017). *Severity of ASD symptoms and their correlation with the presence of copy number variations and exposure to first trimester ultrasound*. Autism Res. 10(3):472-484.
- [38] Schmidt RJ, Kogan V, Shelton JF, et al. (2017). *Combined prenatal pesticide exposure and folic acid intake in relation to autism spectrum disorder*. Environ Health Perspect. 125(9):097007.
- [39] Landa RJ.(2011). *Developmental features and trajectories associated with autism spectrum disorders in infant and toddlers*. In: Amaral, Dawson, Geschwind (ed.) *Autism Spectrum Disorders*. Oxford University Press.
- [40] Mukaddes NM, Dursun OB. (2018). *Otizm Spektrum Bozukluklarında Tanım, Prevelans ve Klinik Özellikler*. Mukaddes NM, Ercan ES (ed.) *Nörogelişimsel Bozukluklar içinde* (s:261-284). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- [41] Magiati I, Tay XV, Howlin P. (2014). *Cognitive, language, social and behavioral outcomes in adults with autism spectrum disorders: a systematic review of longitudinal follow up studies in adulthood*. Clin Psychol Rev. 34(1): 73-86.
- [42] Tanıdır C, Mukaddes NM. (2018). *Otizm Spektrum Bozukluklarında Gidiş ve Tedavi*. Mukaddes NM, Ercan ES (ed.) *Nörogelişimsel Bozukluklar içinde*

(s:335-367). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

- [43] Lofthouse N, Hendren R, Hurt E, et al. (2012). *A review of complementary and alternative treatments for autism spectrum disorders*. Autism Res Treat. 2012:870391.
- [44] Hyman S, Levy S. (2011). *Dietary, complementary and alternative therapies*. In: Amaral, Dawson, Geschwind (ed.) Autism Spectrum Disorders. Oxford University Press.
- [45] Hardan AY, Gengoux GV, Berquist KL, et al. (2015). *A randomized controlled trial of Pivotal Response Treatment Group for parents of children with autism*. J Child Psychol Psychiatry. 56(8):884-92.



# DİKKAT GELİŞİMİ VE BOZUKLUKLARI



**ATATÜRK  
ÜNİVERSİTESİ**  
AÇIKÖĞRETİM FAKÜLTESİ

**ÇOCUK PSİKOLOJİSİ  
VE RUH SAĞLIĞI**  
**Dr. Öğr. Üyesi**  
**Abdurrahman Cahid**  
**ÖRENGÜL**

## İÇİNDEKİLER



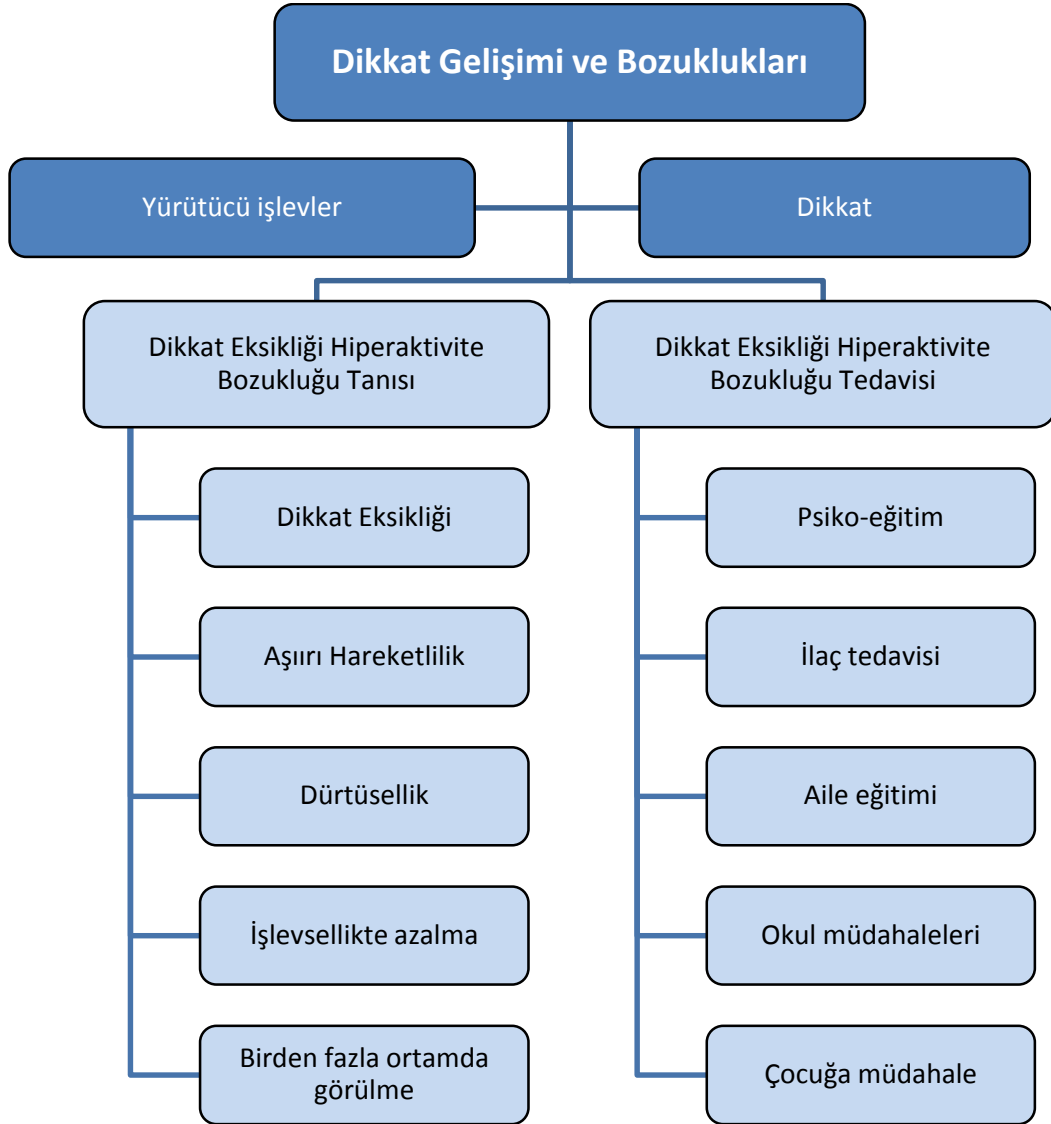
- Dikkat Nedir, Dikkatin Gelişimi
- Dikkat Problemleri Ne Zaman Hastalık (Bozukluk) Hâline Gelir?
- DEHB Bulgularıyla Gelen Aileye Nasıl Yaklaşmalı, Ne Konuşmalıyız?
- DEHB Nedir?, DEHB Tedavisi
- DEHB İle Gelen Çocuğa Ne Yapabilirim?



## HEDEFLER

- Bu üniteyi çalıştıktan sonra;
  - Dikkatin normal gelişimini öğrenebilecek,
  - Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun (DEHB) ne olduğunu tanımlayabilecek,
  - DEHB'nin nedenlerini sıralayabilecek,
  - DEHB şüphesi olan çocuk ve ailesi ile görüşmede sorulması gerekenler hakkında bilgi sahibi olabilecek,
  - DEHB tedavisini ana hatlarıyla kavrayabileceksiniz.

**ÜNİTE**  
**5**



## GİRİŞ

Hayatın akışının hızlandığı, insanların yoğunlaştığı ve bilgi akışının yoğunlaştığı günümüz dünyasında dikkat, çok daha önemli bir hâle gelmiştir. Dikkat dağınıklığı nedeniyle psikolog ve psikiyatlara başvurular artmıştır. Hepimiz çevremizde “Dikkatim çok dağınık, bir türlü odaklanamıyorum.” şeklinde yakınan insanlara şahit oluyoruz. Peki dikkat nedir, nasıl gelişir, nasıl bozulur?

Dikkat dağınıklığı kavramının bu kadar yoğun bir şekilde kullanıldığı günümüzde, çocuk ruh sağlığı ve eğitimi alanında çalışan meslek grupları arasında kavramların anlamı hakkında ortak bir dil oluşması çok büyük önem arz etmektedir. Bu şekilde çocukların sağlıklı gelişmesi için çalışan herkes daha etkili çalışma imkânı bulacaktır.



Bir şeye dikkat edebilmemiz için uyanık olmamız, onu merak etmemiz ya da ihtiyaç hissetmemiz gereklidir.

Peki “dikkat dağınıklığı” denildiğinde biyolojik bir problem mi, yoksa tembellik, sorumsuzluk gibi bir zafiyetten mi bahsedilmektedir? Dikkat dağınıklığı geçici bir şey midir? Çeşitli önlemler alınırsa dikkat dağınıklığı çözülebilir mi? Her dikkat dağınıklığı için ilaç tedavisi gerekli midir? Bu tür sorular, çocuk ruh sağlığı ve eğitimi ile ilgilenen tüm meslek gruplarının karşısına sıklıkla çıkmaktadır.

Bu bölümde dikkatin ne olduğunu ve nasıl geliştiğini anlattıktan sonra ne zaman dikkat bozukluğundan bahsedilebileceği konusuna değinilecektir. Sonrasında dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun tanımı ve nedenleri özetlenecek ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan bir çocuğun nasıl değerlendirileceği konusunda da pratik bilgiler verilecektir.

Son kısımda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun tedavisinin nasıl yapılması gerektiği, ne zaman ilaç kullanılacağı, aile, öğretmen ve çocukla yapılabilecek psikososyal müdahalelerden bahsedilecektir. Erken tedavinin neden gerekli olduğu, tedavi edilmeyen vakalardaki riskler anlatılarak bölüm sonlandırılacaktır.

## DİKKAT NEDİR?

Türk Dil Kurumu dikkati “Duygularla düşüncüyü bir şey üzerinde toplama, uyanıklık.” olarak tarif etmektedir [1]. Psikolojide ise dikkat uyanık kalmaktan, belli bir uyarıyı seçip odaklanmayı ve diğer uyarıları ihmal etmeyi gerektiren çok daha geniş bir süreci tarifler. Dikkat, öğrenme sürecinin ilk adımıdır. Aynı zamanda yaşamsal öneme sahiptir, çünkü etraftaki muhtemel tehditlere dikkat etmediğimiz takdirde güvenliğimiz tehlikeye girecektir (mesela yolda hızla gelen bir arabayı görmemek, sıcak bir çaydanlığı görmemek gibi).

Dikkat, pasif ve aktif olarak ikiye ayrılabilir. Pasif dikkat çevremizdeki uyarılara (bir koku, ani bir gürültü gibi) bilinçli olmayan bir odaklanmayı ifade eder. Aktif dikkat ise bilinçli bir süreci ifade eder ve uyanıklık, merak, ilgi, ihtiyaç gibi faktörlerden etkilenir. Yani bir şeye dikkat edebilmemiz için uyanık olmamız, onu merak etmemiz ya da ihtiyaç hissetmemiz gereklidir [2].

Mesela bir öğrenci dersine sevdiği için ilgisini çektiği için ya da orada verilen bilgilere ihtiyaç duyduğu için dikkat edebilir. Bunların hiçbiri yoksa derse de dikkat

etmeniz zorlaşacaktır. Aktif dikkat, çaba gerektirir ve beyindeki farklı sistemlerin bir arada kullanılmasını gerektirir (uyanık kalma, seçme, alternatifleri eleme gibi). Dikkat; bize duygularımızı, düşüncelerimizi ve davranışlarımızı izleme, planlama ve düzenleme fırsatı verir.

*Dikkat, öğrenme sürecinin ilk adımıdır.*

## DİKKATİN GELİŞİMİ

Yenidoğan bebekler sınırlı işitme ve görme becerileri ve henüz tam olarak olgunlaşmamış beyin gelişiminin sınırlamasına rağmen uyarılara kısa süreli dikkat edebilir. İlk altı ay içinde hem duyuşsal kapasitesinin (işitme ve görme becerileri) hem de beyin gelişiminin ilerlemesi ile çocuk dikkatini daha uzun süreli verebilmeye başlar.



Davranışlarımızı planlama, yönlendirme ve düzenlememizi sağlayan yürütücü işlevler 18 ay itibarı ile gelişmeye başlar.

İlk aylarda daha çok uyarana kısa süreli odaklanma (sesle dönme, yüze bakma gibi) şeklindeki dikkat, çocuk büyüdükçe kendi seçtiği nesnelere odaklanma şeklini alır. Odaklanmış dikkat öğrenmenin ilk adımıdır. Mesela çocuğun annesinin yüzüne odaklanabilmesi, annesinin yüz hareketlerini taklit ederek annesinin çıkarttığı seslere benzer sesler çıkarmasını sağlayacaktır. Çocuğun dikkatini çeken yeni nesneye odaklanması, onu hafızasına kaydetmesini ve tekrar tekrar karşılaştıkça onu daha iyi tanımasını sağlar. Mesela çocuk çingırağı ilk gördüğünde ona dikkat eder ve hafızasına kaydeder, tekrar karşılaştığında bu kayıt üzerine çingırağın sallandığında ses çıkarması gibi farklı özelliklerini de ekler. Bu sayede yeni becerileri daha hızlı edinir.

18 ay itibarı ile yürütücü işlevler gelişmeye başlar. Yürütücü işlevler, davranışları kontrol edebilmek, yapılacak işlemleri beyinde sıralayabilmek, davranışların sonuçlarını değerlendirmek ile amaç ve planlara göre davranışları ayarlamayı kapsayan kompleks bir sistemdir [3]. Mesela çocuğun ev yapmak için gerekli malzemeleri bir araya toplaması, etraftaki gereksiz eşyaları uzaklaştırması, yeterli süre dikkat etmesi, dikkatini dağıtacak seslerden uzaklaşması gibi aktiviteler yürütücü işlevlerle bağlantılıdır.

Yürütücü işlevler, ön beyin bölgesinin bir işlevidir ve olgunlaşması geç ergenlik dönemine kadar devam eder. Yani çocuk büyüdükçe davranışlarını, eylemlerini daha iyi kontrol edecek ve dikkatini daha iyi odaklayacaktır. Bu sürecin başında olan küçük çocuklar, doğal olarak daha hareketli olacak, hareketlerini kontrol etmek ve hareketlerinin sonuçlarını öngörmek açısından zorlanacaktır.

Mesela 2 yaşındaki bir çocuk tehlikeleri fark etmek ve zarar görmeyecek şekilde davranışlarını düzenlemekte zorluk çeker. Bıçağın kendisini kesebileceği, sıcak suyun kendisini yakabileceğini düşünmeden onlara uzanır, ancak 4 yaşına geldiğinde bunları çok daha bilinçli bir şekilde kontrol edebilecektir. Aynı şekilde 3 yaşında çocukların büyük bir kısmı hareketsiz kalmakta zorlanır. Yaş büyüdükçe bu

aşırı hareketlilik azalacaktır.



Örnek

- 3,5 yaşındaki Can'ın ailesi aşırı hareketli olan çocuklarının 2 yaşındayken tehlikelerin farkında değilken şimdi daha bilinçli hareket ettiğini söylüyor.
- Çocuğun davranışlarını daha iyi kontrol edebilmesine rağmen ev güvenliği ve çevredeki tehlikeler konusunda hâlâ dikkatli olmaları gerektiğinin bilincindedir.

*Dikkatin gelişimi ergenlik döneminin sonuna kadar devam eder.*

## DİKKAT PROBLEMLERİ NE ZAMAN HASTALIK (BOZUKLUK) HÂLINE GELİR?

Hastalık (bozukluk) boyutuna ulaşan dikkat problemleri ve aşırı hareketliliği normal çocuklardan ayıran 4 önemli özellik vardır:

- Dikkat problemleri ve aşırı hareketlilik yaşına ve gelişim düzeyine göre beklenenden şiddetlidir.
- Dikkat problemleri ve hareketlilik geçici değildir. Çocuğun küçük yaşlarından beri devam etmektedir.
- Dikkat problemleri ve aşırı hareketlilik bir ortamla sınırlı değildir; farklı birkaç ortamda birden (okul, ev, park gibi) görülür.
- Dikkat problemleri ve aşırı hareketlilik çocuğun yaşamını olumsuz etkiler. Dikkat problemleri nedeniyle çocuk yaşına uygun becerileri kazanmakta zorlanır. Aşırı hareketlilik ve dürtüsellik hem çocuğun okula uyumunu zorlaştırır hem de çocuğun sık sık kaza geçirmesine neden olabilir.



Dikkat problemleri; aşırı düzeyde olduğu, zamansal süreklilik gösterdiği, çocuğun yaşadığı çeşitli ortamlarda görülüp yaşamını olumsuz etkilediği zaman bozukluk hâline gelir.

## DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU NEDEN OLUŞUR?

### Genetik Nedenler

DEHB oluşumunda en önemli rolü genetik etkenler oynamaktadır. Vakaların yarısından fazlası genetik nedenlerle açıklanmaktadır. Bu konuda yapılan ikiz ve evlat edinme çalışmaları, DEHB ile ilişkili çeşitli genler ortaya koymuştur. Bu genler beyindeki taşıyıcı moleküller (dopamin, nörepinefrin vs.) ve beyin gelişimi ile ilişkili genlerdir. Araştırmalar, DEHB'li anne ya da babanın çocuklarında DEHB görülme ihtimalinin normal toplumun üzerinde olduğunu ortaya koymuştur.

### Biyolojik Nedenler

Beynin özellikle ön bölgesinin yetersiz işlev görmesinin DEHB ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Son zamanlarda yapılan araştırmalar ise DEHB'li bireylerde beyin gelişiminde yaygın bir farklılık olduğunu ortaya koymuştur.

Beyindeki taşıyıcı moleküllerden özellikle dopamin ve norepinefrinin etkin bir şekilde çalışmamasının DEHB’de rolü olduğu düşünülmektedir. Bu moleküller beyin etkin bir şekilde çalışmasını sağlarken bunların sinirler arası aralıktaki miktarının azaltan faktörlerin DEHB ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.



DEHB’nin en sık nedeni genetik etkenlerdir. DEHB’li bireylerin ailelerinde DEHB daha sık görülür.

## Çevresel Nedenler

DEHB ile ilişkili olduğu düşünülen çevresel nedenlerden en iyi bilinenler şunlardır [4]:

- Annenin gebeliği sırasında alkol ve sigara kullanımı ve stresli gebelik,
- Doğum sırasında yaşanan zorluklar (doğumda oksijensiz kalma, düşük doğum ağırlığı, erken doğum gibi),
- Ağır metal maruziyeti (kurşun gibi),
- Belli vitamin ve minerallerin eksiklikleri.

Koruyucu ve renklendirici içeren hazır gıdaların (çikolata, cips gibi) tüketiminin DEHB’ye neden olduğu düşünülmemektedir. Ancak özellikle hiperaktivite belirtilerini artırabileceği gösterilmiştir. Renklendirici, koruyucu madde içeren besinlerin çocuk tarafından tüketimini engellenmesinin DEHB belirtileri üzerine olumlu etkileri olabileceği düşünülmektedir.

## Psikososyal Nedenler:

- Anne babanın çocuk yetiştirme tutumlarının (gevşek ebeveynlik, aşırı kuralcı ebeveynlik gibi) DEHB’ye neden olmamaktadır. Ancak hastalığın gidişini olumsuz etkileyebilir ve diğer problemlerin eşlik etmesine neden olabilir.
- Yoğun elektronik medya (TV, cep telefonu vs.) kullanımının DEHB’ye neden olduğu yönünde yeterli bilgi bulunmamaktadır. Ancak özellikle yaşamın ilk yıllarında yoğun elektronik medya maruziyetinin uzun dönemde dikkat problemleri ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

*Çocuk yetiştirme tutumları DEHB’ye neden olmaz.*



Örnek

- 5 yaşında aşırı hareketlilik nedeniyle okula uyum sağlamakta zorluk yaşadığı için size getirilen Ali'nin babannesi, babasının da küçükken çok hareketli olduğunu ve okula uyum sağlamakta zorlandığını anlatıyor.

## DEHB BULGULARIYLA GELEN AİLEYE NASIL YAKLAŞMALI, NE KONUŞMALIYIZ?



DEHB'li çocuk ve ailesi ile görüştüğten sonra onların izni alınarak öğretmeni ile de iletişim kurulmalıdır.

DEHB, çocukluk yıllarında başlayan ve kronik gidişli bir problemdir. Bu yüzden DEHB'li bir çocuk ve ailesi ile görüşürken belirtilerin ne zaman başladığı ve nasıl seyrettiğine dair bilgiler almak çok önemlidir. Çocuğun psikiyatrik ve tıbbi değerlendirmesinin yapılıp yapılmadığı öğrenilmeli mümkünse çocuğun ve ailesinin onayı alınarak öğretmeninden de bilgi alınmalıdır.

Ebeveyn ve çocukla görüşmede öğrenilmesi gerekenler şu şekilde sıralanabilir:

- DEHB belirtilerinin varlığı ve tanı kriterlerini karşılayıp karşılamadığı (tablo 2.1.),
- Çocuğun gelişim öyküsü; annenin gebelik dönemindeki durumu, doğum zamanı, doğum kilosu, doğumdan sonra yoğun bakım ihtiyacının olup olmadığı, ne zaman yürüdüğü, ne zaman konuştuğu (ilk kelime ve ilk cümle), tuvalet eğitiminin ne zaman tamamlandığı, okul öncesi dönemde kreş ya da anaokuluna gittiyse oradaki uyumu,
- Çocuğun herhangi bir tıbbi hastalığının olup olmadığı, aynı zamanda görme ve işitme duyuları konusunda bir probleminin olup olmadığı, bu konuda değerlendirme yapılıp yapılmadığı,
- Çocuğun evde ve okulda uyumu, anne babası, öğretmeni ve arkadaşları ile ilişkisi,
- Anne babada psikiyatrik ya da tıbbi bir problem olup olmadığı,
- DEHB'nin neden olduğu sağlık sorunları; düşme, sık kaza geçirme, fiziksel şiddet görme, düzensiz beslenme ve uyku problemleri,
- DEHB'ye eşlik eden öğrenme problemleri, kaygı, korku, sinirlilik ve mutsuzluk gibi sorunların olup olmadığı,
- Eletronik medya kullanımı (TV, cep telefonu vs.) ile ilgili bilgiler; süresi, neleri izlediği, hangi oyunları oynadığı, ebeveyn denetimi, internet erişimi ve koruma olup olmadığı,
- Yaşadıkları bölgenin imkân ve riskleri; olumsuz arkadaş çevresi, maddeye ulaşılabilirlik, spor, park gibi alanlara ulaşımı,
- Çocuğun boş zamanını nasıl geçirdiği, nelerle meşgul olduğu, hobileri, ilgileri, yetenekleri ve bunları geliştirmeye imkân bulup bulamaması.

Değerlendirme sırasında ya da sonrasında DEHB belirtilerini tarayan Turgay Yıkıcı, davranım bozukluğu için DSM-IV'e Dayalı Tanı ve Değerlendirme Ölçeği ya da Conners Derecelendirme Ölçekleri kullanılabilir.

*DEHB'li çocukların işitme ve görme konusunda sorununun olup olmadığı öğrenilmelidir.*

**Tablo 2.1.** DEHB tanı kriterleri ve örnek sorular

| Belirti kümesi          | Belirti                        | Örnek sorular                                                                |
|-------------------------|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Dikkat Eksikliği</b> | 1. Ayrıntılara özen göstermez, | • Günlük hayatta ve okul ödevlerinde yaptığı işlerde basit hatalar yapar mı? |

|  |                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | dikkatsizce hatalar yapar.                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sınavlarda bildiği soruları yanlış yapar mı?</li> <li>• Okurken, yazarken dikkat etmediği için harf atlar mı, yanlış yapar mı?</li> </ul>                                                                                               |
|  | 2. Dikkatini sürdüremez.                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ne kadar süre ders çalışabilir/kitap okuyabilir?</li> <li>• Derslerinden kısa süre çalıştıktan sonra sıkılır mı?</li> <li>• Sohbeti takip etmekte zorlanır mı?</li> </ul>                                                               |
|  | 3. Kendisiyle konuşulurken dinlemiyor gibi görünür.       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bir şey anlatırken aklı başka yerde gibi görünür mü?</li> <li>• Anlattığınız şeyi tekrar etme ihtiyacı hisseder misiniz?</li> <li>• Bir şey anlatırken sık sık “beni dinle” şeklinde uyarılarda bulunmanız gerekir mi?</li> </ul>       |
|  | 4. Görevleri tamamlayamaz.                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Okul ödevlerini yapabilir mi?</li> <li>• Başladığı işi tamamlamakta zorluk yaşar mı?</li> <li>• Verdiğiniz görevi sık sık yarım bırakır mı?</li> </ul>                                                                                  |
|  | 5. İşlerini düzenlemekte güçlük çeker.                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dağınık bir çocuk mudur?</li> <li>• Günlük hayatını düzenlemekte (ör. zamanında yatmak, okula hazırlanmak) zorluk çeker mi?</li> <li>• Çocuğun işlerini düzenlemek için sık sık yardımınıza ihtiyacı olur mu?</li> </ul>                |
|  | 6. Uzun süreli zihinsel çaba gerektiren işlerden kaçınır. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ödevlerini yapmakta zorlanır mı?</li> <li>• Uzun metinleri okumaktan sıkılır mı?</li> <li>• Uzun sürecek ödevleri son ana kadar erteler mi?</li> </ul>                                                                                  |
|  | 7. Eşya kaybeder.                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Okulda ya da evde eşyalarını (kalem, silgi vs.) sık sık kaybeder mi?</li> <li>• Oyuncaklarını kaybeder mi?</li> <li>• Eşyalarını bulmak için sizden sık sık yardım ister mi?</li> </ul>                                                 |
|  | 8. Dikkati kolaylıkla dağılır.                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ufak tefek sesler dikkatini dağıtır mı?</li> <li>• Okulda dersi dinlerken arkadaşlarının sesleri ya da dışarıdan gelen sesler dikkatini dağıtır mı?</li> <li>• Ders çalışırken çok sessiz bir ortam oluşturmanız gerekir mi?</li> </ul> |
|  | 9. Unutkandır.                                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Günlük işlerini/sorumluluklarını unutur mu?</li> </ul>                                                                                                                                                                                  |



|                           |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                           |                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Yapması gereken işleri sık sık hatırlatmanız gerekir mi?</li> <li>• Verilen görevi unuttuğu için yapmadığı olur mu?</li> </ul>                                                                         |
| <b>Aşırı Hareketlilik</b> | 1. Kıpır kıpırdır.                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oturduğu yerde sürekli kıpırdanıp durur mu?</li> <li>• Yemekte, sırada otururken sürekli hareket etme (sallanma, ayaklarını yere vurma vs.) ihtiyacı hisseder mi?</li> </ul>                           |
|                           | 2. Oturmakta zorlanır.                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ders sırasında sırasından kalkar mı?</li> <li>• Yemekte sık sık masadan kalkar mı?</li> <li>• Uzun süre oturmaktan sıkılır mı?</li> </ul>                                                              |
|                           | 3. Koşuşturur.                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evde sürekli koşuşturur mu?</li> <li>• Uygun olmayan ortamlarda sakin bir şekilde kalmakta zorlanır mı?</li> <li>• Sürekli bir yerlere tırmanır mı?</li> </ul>                                         |
|                           | 4. Sessiz bir biçimde oynayamaz.        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oyun oynarken sürekli gürültü çıkarır mı?</li> <li>• Oynarken sessiz olması yönünde sık sık uyarmanız gerekir mi?</li> <li>• Oynarken gürültüsünden rahatsız olur musunuz?</li> </ul>                  |
|                           | 5. Sürekli hareket hâlinindedir.        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Derste sürekli hareket eder mi?</li> <li>• Uygun olmayan ortamlarda (restoran, misafirlik vs.) sürekli hareket eder mi?</li> <li>• Bitmek tükenmek bilmez bir enerjisi var gibi görünür mü?</li> </ul> |
|                           | 6. Çok konuşur.                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Çok konuşur mu?</li> <li>• Konuşmasını dinlemekten yorulduğunuz olur mu?</li> <li>• Sık sık daha fazla konuşmaması yönünde uyarıda bulunmanız gerekir mi?</li> </ul>                                   |
| <b>Dürtüsellik</b>        | 7. Soru tamamlanmadan cevap yapıştırır. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sorunuz bitmeden cevap verir mi?</li> <li>• Söyleyeceklerinizi tamamlar mı?</li> <li>• Karşılıklı konuşmayı sürdürmekte zorlanır mı?</li> </ul>                                                        |
|                           | 8. Sırasını bekleyemez.                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oyunlarda sırasını beklemekte zorlanır mı?</li> <li>• Markette, hastanede sıra beklerken çok zorluk çıkarır mı?</li> <li>• Oyunlarda kurallara uymakta zorlandığı için dışlanır mı?</li> </ul>         |
|                           | 9. Söz keser.                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Konuşurken sözünüzü keser mi?</li> </ul>                                                                                                                                                               |

|                    |                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                    |                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Başkalarının yaptıkları işi böler mi?</li> <li>• Oyunları araya girip bozar mı?</li> </ul>                                                                                                                                                                                        |
| <b>Yaş kriteri</b> | 12 yaşından önce başlamıştır. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Küçüklüğünde dikkat problemleri var mıydı?</li> <li>• İlkokul öğretmeni dikkatsizlik ya da aşırı hareketliliğinden şikâyet eder miydi?</li> <li>• Problemlerinizi ilk defa hangi yaşta başladı?</li> </ul>                                                                        |
| <b>Ortam</b>       | Birden fazla ortamda sorun    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Şikâyetleriniz hangi ortamlarda oluyor?</li> <li>• Okulda bir problem var mı?</li> <li>• Bu şikâyetler nedeniyle arkadaşları ile ilişkilerinde bir sorun yaşıyor mu?</li> </ul>                                                                                                   |
| <b>Bozulma</b>     | İşlevselliğinde düşme         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bu şikâyetler nedeniyle akademik bir sorun (ders notlarında düşme, öğrenmekte güçlük vs.) yaşıyor mu?</li> <li>• Bu şikâyetler nedeniyle ev ortamında sorun oluyor mu, sizi çok yoruyor mu?</li> <li>• Bu şikâyetler nedeniyle arkadaş ilişkilerinde sorun yaşıyor mu?</li> </ul> |

Eğer fırsat varsa çocuk ve ebeveynlerinin onayı alındıktan sonra çocuğun öğretmeni ile görüşülmesi faydalı olacaktır. DEHB’li çocuğun öğretmeni ile görüşmede öğrenilmesi gerekenler şu şekilde sıralanabilir:

- Öncelikle öğretmenin çocuğu ne kadar süredir tanıdığı, sınıf mevcudu ve sınıfın genel durumu,
- Çocuğun sınıfa uyumu, sosyal ve akademik durumu ve problemleri,
- Çocuğun öğretmenle ilişkisi,
- Çocuğun sınıf ortamındaki uyum bozucu hareketlerinin varlığı, bunlarla öğretmenin nasıl baş ettiği,
- Öğretmenin çocuğun ailesi ile iletişimi, ortak bir tutum izleyip izleyemediği.



**Örnek**

- 7 yaşındaki Elif'in annesi kızının evde çok hareketli olduğu ve hiç söz dinlemediğini söylüyor. Annesinin izniyle görüşülen öğretmen Elif'in okulda çok uyumlu olduğunu, hiç sorun yaşamadıklarını anlatıyor.
- Bunun üzerine anneye ev kuralları konusunda bilgi vermeye karar veriliyor.

## DEHB NEDİR?



DEHB'nin dikkat problemleri, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik olmak üzere üç çekirdek belirti kümesi vardır.

Dikkat problemlerinin en sık görülen şekli dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğudur (DEHB). DEHB, çocukluk çağında toplumun %5-10'unda görülür. DEHB'nin üç çekirdek belirti kümesi vardır, bunlar: dikkat problemleri, aşırı hareketlilik ve dürtüselliktir.

DEHB tanısı konması için çocuğun Tablo 1'deki dikkat problemleri maddelerinden 6 tanesini ya da aşırı hareketlilik ve dürtüsellik maddelerinden 6 tanesini karşılaması gerekir. DEHB'nin üç tipi vardır. Dikkat problemlerinin belirgin olduğu dikkat eksikliği baskın görünüm, hiperaktivite ve dürtüsellik baskın olduğu hiperaktivite baskın görünüm ve her üç belirti kümesinin de baskın olduğu bileşik görünüm. Dikkat eksikliği baskın görünümde temel sorun dikkati toplamak, sürdürmektir. Hiperaktivite baskın görünümde aşırı hareketlilik ve zayıf dürtü kontrolü belirgindir. Bileşik görünümde ise hem dikkat problemleri hem de dürtüsellik ve aşırı hareketlilik bir arada görülür.

DEHB'li çocuklarda diğer psikiyatrik bozukluklar sıklıkla eşlik eder. DEHB'ye en sık eşlik eden bozukluklar davranış bozuklukları, öğrenme bozuklukları, kaygı bozuklukları ve duygudurum bozukluklarıdır.

*DEHB'ye davranış bozuklukları ve öğrenme bozuklukları sıklıkla eşlik eder.*



Örnek

- 6 yaşındaki Ahmet'in annesi okulda okuma yazmayı öğrenemediğinden yakınıyor. Değerlendirmede dikkat problemlerine öğrenme bozukluğunun eşlik ettiği saptanıyor.

## DEHB TEDAVİSİ

DEHB belirtilerine karşı en etkili tedavi ilaç tedavisidir. Ancak okul öncesi çocuklarda (3-6 yaş), daha çok psikososyal müdahaleleri içerir. Daha büyük çocuklarda ise genelde ilaç tedavisi psikososyal müdahalelerle birlikte kullanılır.

Ülkemizde DEHB tedavisinde metilfenidat (ritalin, medikinet ve concerta) ve atomoksetin molekülleri (strattera, atominex ve attex) kullanılmaktadır. İlaçın başlangıç dozu hastanın yaş, kilo ve boyuna göre verilir ve sonraki 4-8 hafta içerisinde cevaba göre doz ayarlaması yapılır. İlaçların yaygın yan etkileri: iştahta azalma, uykusuzluk, baş ağrısı, karın ağrısıdır. İlaç tedavisinin özellikle 6 yaşından büyük çocuklarla uygulanacak tedavinin bir parçası olduğu unutulmamalıdır. 6 yaşından küçük çocuklarda ilaç tedavisi, ancak psikososyal müdahaleler etkisiz kaldığında ve orta-ağır şiddette vakalarda uygulanmalıdır [5].



DEHB’de ilaç tedavisi diğer psikososyal müdahalelerle birlikte kullanılmalıdır.

**Tablo 2.2.** DEHB’de ilaç tedavisi gerekebileceğine işaret eden bulgular [8].

- Psikososyal müdahalelere rağmen devam eden akademik, sosyal ve aile yaşantısı ile ilgili belirgin problemler.
- Öğretmenine DEHB hakkında eğitim verilmesi ve çocuğun okul/kreşe alışması için yeterince süre verilmesine rağmen okul/kreşte uyum sağlamaması nedeniyle okuldan atılma tehlikesi.
- Ebeveynlerin DEHB konusunda eğitim almasına rağmen belirtilerin azalmaması ve aile hayatının belirtiler nedeniyle ciddi anlamda olumsuz etkilenmesi.
- Çocuğun DEHB nedeniyle sık kaza geçirmesi, kendisine veya çevresindeki insanlara zarar verme riski.
- Çocuğun ihtiyacı olan özel eğitimleri (konuşma terapisi, fizyoterapi vs.) almasına engel olacak şiddette DEHB belirtileri.

*DEHB belirtilerine karşı en etkili tedavi ilaç tedavisidir.*



Örnek

- 8 yaşındaki İbrahim'in annesi çocuğuna daha önce DEHB tanısı konduğunu ancak ilaçların kısırlık yaptığından korkup ilaç kullanmadığını söylüyor.
- Tedavinin ilk adımı olan bilgilendirme kısmında ilaçların etki ve yan etkileri anlatılıyor, ilaçtan önce yapılması gereken psikososyal müdahaleleri yapıp etkili olmazsa ilaç kullanmaya karar veriliyor.

## DEHB İLE GELEN ÇOCUĞA NE YAPABİLİRİM?

### Psiko-Eğitim

DEHB’nin belirtileri, sebepleri, tedavisi konusunda aileye bilgi vermek ve bu konudaki sorularını yanıtlamak tedavinin ilk aşamasıdır. Aileye DEHB konusunda okuma materyalleri önerilebilir [6].

Özellikle 6 yaşından küçük DEHB’li çocuklar için ebeveynlerin evi çocuk için güvenli hâle getirmeleri gereklidir. (Tablo 2.3.)

**Tablo 2.3.** DEHB’li çocuklar için ev güvenliğini sağlamak için alınacak önlemler [7].

- Evin sağlam, kolay devrilmeyen ve kolay temizlenebilir mobilyalarla döşenmesi faydalı olacaktır. DEHB’li çocuğun sık sık etraftaki mobilyalara tırmanacağı ve üzerlerinden atlayacağı ve bunları yaparken tehlikelere de yeterince dikkat etmeyeceği düşünülerek ev dizayn edilmelidir.
- Yatak odasının güvenliği sağlanmalıdır. Çocuğun yatağından atlayabileceği düşünülerek çocuğun yaralanmayacağı yükseklikte bir yatak seçilmelidir. Yatağın camdan uzak olmasına dikkat edilmelidir. Çocuğun üzerine



DEHB tedavisinde ilk aşama, aileye DEHB hakkında ayrıntılı bilgi vermek ve sorularını yanıtlamaktır.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>tırmanabileceği dolap, kitaplık gibi şeylerin duvara veya yere monte edilmesi, devrilmeyecek şekilde düzenlenmesi gereklidir.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Banyonun güvenliği sağlanmalıdır: Banyodaki temizlik malzemeleri (şampuan, deterjan, krem vs.), kilitli bir dolapta muhafaza edilmelidir. Sıcak suyun derecesinin 50 derecenin üzerine çıkmamasına dikkat edilmelidir. Küvet varsa çocuk banyo yaparken küvette yalnız bırakılmamalıdır.</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                      |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Mutfak güvenliği sağlanmalıdır: Özellikle çatal bıçak gibi aletlerin bulunduğu çekmeceler ve dolaplar kilitli olmalıdır. Masa ve tezgâh üstündeki alet ve eşyaların kablo ve tutacak parçalarının tezgâh veya masadan sarkmamasına özellikle dikkat edilmelidir. Bunlar çocuğun çekmesi hâlinde üzerine düşüp çocuğu yaralayabilir. Kibrit, çakmak gibi yakıcı eşyaları ve temizlik malzemelerinin kilitli dolaplarda tutulması gereklidir. Zehir danışma hattının numarasının buzdolabının üstünde olması faydalı olacaktır.</li></ul> |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Oyuncakları düzenlemek: DEHB’li çocukların çok sık oyuncak değiştirecekleri ve oyuncaklarını kolaylıkla kırabilecekleri göz önüne alınmalıdır. Çocukların bir seferde belli bir sayıda oyuncakla oynamasına izin verilmelidir, farklı bir oyuncakla oynamak isterse mevcut oyuncaklarını kutusuna koyması ve yerine diğerini çıkarmasına izin verilebilir. Çok oyuncak olması çocuğun dikkatini dağıtacaktır. Oyuncak seçerken kırılmayan oyuncakların seçilmesi de önemlidir.</li></ul>                                                |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Ev güvenliği konusunda uyanık olunmalı: Ev güvenliği, 6 yaşından küçük çocuğu olan bütün evlerde gereklidir. DEHB’li çocuğu olan aileler ise bu konuda daha dikkatli olmalarıdır. Yutulabilecek büyüklükteki nesnelerin çocuğun ulaşabileceği yerlerde olmaması gereklidir. Yerde görürseniz kaldırın. Masa ve diğer eşyaların sivri olan köşe tarafları köşe koruyucu ile kapatılmalıdır. Çiçeklerin çocuğun ulaşabileceği yerlerde olmaması gereklidir. Merdivenli evlerde merdivenin başı ve sonuna kapı takılabilir.</li></ul>      |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Günlük aktiviteleri düzenlemek faydalıdır: Özellikle DEHB’li çocuğu olan ailelerde zor olsa da düzen hem kontrolü kaybetmemeye hem de çocuğun sağlıklı alışkanlıklar edinmesine yardım edecektir. Düzensiz kastedilen çocuğun sabahları kalkma, yemek, oyun, banyo ve uyku zamanlarının belirlenmesidir. İstenen olumlu davranışları artırmak için hedefler ve ödüller kullanılabilir.</li></ul>                                                                                                                                        |

*DEHB’li küçük çocuklarda ev güvenliğine özen gösterilmelidir.*



### Örnek

- 3 yaşında çok hareketli ve uyumsuz olduğu için ailesi tarafından getirilen Mehmet'in daha önce evdeki ilaç deterjanlardan içtiğini, kafasına iki kere dikiş atıldığını anlatıyorlar.
- Bunun üzerine görüşmenin kalan kısmının ev güvenliği konusunda yapılması gerekenlere ayırmaya karar veriliyor.



DEHB'li çocuğun ailesine özellikle çocukla sevgi dolu bir ilişki kurması öğretilmelidir.

### Aile Müdahalesi

Bu konuda olumlu etkileri kanıtlanmış çeşitli tedavi programları bulunmaktadır [9]. Bu programlar genel olarak 8-16 hafta sürmekte ve ebeveyn ve çocuklarla çalışarak çeşitli amaçlara ulaşılması hedeflenmektedir. Birinci amaç, ebeveynlik becerilerini iyileştirmektir. İkinci amaç, ebeveynlerin çocuklarla sağlıklı iletişim kurmasını sağlamaktır. Üçüncü amaç ise çocuğun uyumsuz davranışlarını yönetebilmektir. Dördüncü amaç, çocuğun ebeveynle kaliteli etkileşimler kurup kendini düzenleme becerilerinin iyileştirilmesidir. Bu eğitimler genelde çocuğun evinde ya da ebeveyn çocuk etkileşiminin sağlıklı şekilde gözlenebileceği ortamlarda verilir. Her seansta eğitim verildikten sonra ebeveynin öğretilenleri anlayıp anlamadığı kontrol edilmelidir. Bunun için eğitim sonrasında rol yapma ya da evde gözlem, video kaydı kullanılabilir (Tablo 2.4.).

**Tablo 2.4.** DEHB'li çocuklarda ebeveyn eğitiminin genel prensipleri [9].

| Amaç                                               | Görevler                                                                                                      | Yöntemler                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Ebeveynlik becerilerini iyileştirmek</b>        | Ebeveynin anlayışlı, yapıcı, olumlu ve düzenli olması                                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• DEHB hakkında eğitim verilir.</li> <li>• Çocuğun davranışlarının DEHB ile bağlantısı anlatılır.</li> <li>• Ebeveynin daha anlayışlı, düzenli ve yapıcı olması için önerilerde bulunulur.</li> </ul>                                |
| <b>Ebeveyn çocuk iletişimini iyileştirmek</b>      | Ebeveynin çocuğu dinlemesi, otoritesini kaybetmemesi, net ve tutarlı olması                                   | <p>Görüşmelerde örneklerle gösterilerek şunlar öğretilir:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Göz teması kurmak,</li> <li>• Kısa cümlelerle konuşmak,</li> <li>• Otoriter bir şekilde net komutlar vermek,</li> <li>• Çocuğu yeri gelince takdir etmek.</li> </ul> |
| <b>Çocuğun uyumsuz davranışlarını yönetebilmek</b> | Ebeveynlerin davranışçı prensipleri öğrenmesi, önlem almayı bilmesi ve davranışlara uygun karşılıklar vermesi | <p>Görüşmelerde örneklerle gösterilerek şunlar öğretilir:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sakin kalmak,</li> <li>• Seçenek sunmak,</li> <li>• Sorun çıkmadan tedbir almak,</li> <li>• Sınırlar ve kuralların önemi,</li> <li>• Davranış çeteleleri,</li> </ul> |

|                                                                |                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                |                                                                                                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mola yöntemi kullanmak.</li> </ul>                                                                                                                                                                                        |
| <b>Çocuğun kendini düzenleme becerilerinin iyileştirilmesi</b> | Ebeveynin çocukla birlikte sağlıklı zaman geçirmesi, sırayla oynamayı öğretmesi, çocuğa sabretmeyi ve kendisini kontrol etmeyi öğretmesi | <p>Görüşmelerde örneklerle gösterilerek şunlar öğretilir:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Çocuğun ebeveynin yardımı ile beceri kazandığı,</li> <li>• Özellikle oyunlarda kurallara uymak, sıra beklemek gibi becerilerin kazanılabileceği.</li> </ul> |



Genel olarak davranışların bir sebebi ve sonucu vardır. Bunların iyi bir şekilde takip edilmesi ve düzenlenmesi davranış problemlerini azaltacaktır.

Genel olarak davranışların bir sebebi ve sonucu vardır. Bunların iyi bir şekilde takip edilmesi ve düzenlenmesi davranış problemlerini azaltacaktır. Mesela ebeveyn-çocuk çatışmasında, çocuk mizacına uygun davranışlar sergiler, ebeveyn de bunlara mizacına göre karşılık verir. Ev içi stresler (maddi zorluklar, ebeveynlerin çatışması vs.) ebeveynin ve çocuğun tepkilerini olumsuz etkileyebilir. Sonuçta ebeveynin çocuğun davranışına verdiği cevap, davranışın pekiştirilmesi ve artmasına ya da azalmasına neden olabilir [2].

Ebeveynlerinden çocuklarıyla her gün 15-20 dk. özel oyun/etkinlik zamanı belirlemeleri ve bu zamanda çocuğun seçtiği bir aktiviteyi yapmaları istenir. Oyun sırasında çocuğun olumlu davranışları, takdir edilerek olumsuz davranışları ise görmezden gelinir.

Olumsuz davranışlar için davranışın hemen sonrasında ödüllendirme için puan ve jeton verme yönteminin evde nasıl kullanılacağı ebeveynlere öğretilir. Bu yöntemde amaç günlük görevler (mesela oyuncaklarını toplaması, dişlerini fırçalaması) ve uyumlu davranışlar (kardeşiyle kavga etmeden oynaması gibi) karşılığında ödüller planlanmasıdır. Bu şekilde olumlu davranış artacaktır. Sonrasında uyumsuz davranış olması durumunda verilen jeton ya da puanın geri alınması şeklinde bir ceza sistemi belirlenebilir.

Bu noktada aileye mola yöntemi anlatılır ve uygunsuz davranışlarda (vurmak, tutturmak, evi dağıtmak gibi) mola yöntemini kullanmaları istenir. Mola yöntemi, uygunsuz davranış olduğunda çocuğun kısa süre (5-10 saniye) içinde, belli bir yerde, belli süreyle (2 yaş sonrasında her yaş için 1 dakika) oyuncak ve başka bir materyal olmadan ilgisiz bırakılmasıdır. Bu yöntemin düzenli bir şekilde uygulandığında faydalı olacağı unutulmamalıdır.

Ev dışı ortamlarda da pekiştireçler (jeton, puan vs.) ve mola yönteminin nasıl uygulanacağı aileye anlatılır.

Son olarak DEHB'li çocukların ek başka güçlükler yoksa yaşitlarının beceribildiği öz bakım becerilerini (giyinmek, yemek yemek, tuvalet temizliği gibi) öğrenmesi ve yapması gerektiği unutulmamalıdır. Bu aktivitelerin çocuğa yaptırılmaması sorumluluk duygusu ve özgüveninin gelişimini olumsuz etkileyecektir.

Eğitimin son seansında gelecekte yaşanabilecek muhtemel problemler ve çözüm yolları konusunda plan yapılır. Gerekirse belli aralıklarla güçlendirme görüşmeleri yapılabilir.

*DEHB’li çocukların davranış problemleri için pekiştireçler ve mola yöntemi kullanılabilir.*



Örnek

- 3,5 yaşındaki Azra’nın annesi çocuğunun öfke nöbetleri ve arkadaşlarına vurma davranışlarının mola yöntemi ile üstesinden geldiklerini anlatıyor.

## Okul Odaklı Müdahaleler

Okul odaklı müdahalelerde amaç öğretmenin DEHB hakkında bilgi sahibi olması, DEHB’li bir çocuğun sorun çıkarma ihtimalinin en az olması için nasıl bir sınıf düzeni olması gerektiği ve sorunların nasıl ele alınacağını öğretmene anlatılmasıdır (Tablo 2.5.).

**Tablo 2.5.** DEHB’li çocuğun öğretmenine verilecek bilgiler [6].

|                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| • Sınıfta az sayıda, basit ve net kurallar olmalıdır. Bu kurallar her seferinde uygulanmalıdır.                                                                          |
| • Kuralların kısa ifadelerle sınıfın panosunda/duvarında olması faydalı olacaktır.                                                                                       |
| • Kurallar, çocuğun ne yapması gerektiğini anlatmalıdır.                                                                                                                 |
| • Kurallara uyulduğu takdirde çocuklar takdir edilmelidir.                                                                                                               |
| • Kural ihlali durumunda belirlenen sonuç/ceza hızlı bir şekilde uygulanmalıdır.                                                                                         |
| • Kural ihlali durumunda öğretmen sakin kalmalı ve çocuğa kızmamalı, çocuğu rencide etmemelidir.                                                                         |
| • Çocuğun dikkati dağıldığında omzuna dokunmak gibi eylemler çocuğun dikkatini toplamasını sağlayacaktır.                                                                |
| • DEHB’li çocuğun sınıfın düzenini bozmayacak şekilde hareket edebilmesi (mesela tahtayı silmek, arkadaşlarına materyal vermek gibi) sağlanmalıdır.                      |
| • DEHB’li çocuk sınıfta dikkatinin dağılmayacağı bir yere oturtulmalıdır. Arka sıralarda, kapı ve pencereye yakın yerlerde oturması çocuğun kontrolünü zorlaştıracaktır. |

Ailenin öğretmenle iş birliği içinde çalışması DEHB’li bir çocuk için çok önemlidir. Öğretmen ebeveyn iletişiminin iyi olması sorun çıktığında kısa sürede çözüm üretilebilmesini sağlayacaktır. Öğretmenin aile ile iyi bir iletişiminin olmasının çocukla iletişimini de iyileştireceği unutulmamalıdır.

DEHB’li çocuğun akademik sorunlarının (öğrenme problemleri, ödev yapmama gibi) çözümü için uygun müfredat ve yaklaşımların belirlenmesi faydalı olacaktır. Mesela okuma ve yazmada zorlanan ve yavaş yazan bir çocuğa ödevlerin kendi seviyesine göre yapabileceği miktarda verilmesi çocuğun ödev sorumluluğunu kazanmasına yardımcı olacaktır. Eğer çocuğun akademik eksiklikleri varsa öğretmenleri tarafından ek ders ayarlanabilir. Öğrenme güçlüğü



Okul odaklı müdahalelerin temelinde aile-öğretmen işbirliğini artırmak yer alır.



gibi daha ağır problemlerin varlığı durumunda özel eğitim ihtiyacının belirlenmesi ve mümkün olan en kısa zamanda başlatılması gereklidir.

DEHB'li çocukların akran zorbalığına uğrama konusunda risk taşıdığı unutulmamalıdır. Bu yüzden çocuğun arkadaşları tarafından dışlanmaması ve zorbalığa uğramaması için öğretmenin ilave çaba göstermesi gerekebilir. Öğretmen denetiminin olmadığı teneffüs gibi zamanlarda da zorbalığın önlenmesi konusunda çeşitli öğrencilerin görevlendirilmesi fayda sağlayabilir.

Çocuğun evdeki davranışları (ödevlerini yapmak, çantasını hazırlamak gibi) konusunda öğretmenin bilgilendirilmesi faydalı olacaktır. Okuldaki davranışları konusunda da velilerin bilgilendirilmesi davranış problemlerinin kontrolü konusunda fayda sağlayacaktır.



Örnek

- 7 yaşındaki Tayyip'in öğretmeni ile yaptığınız görüşmeden sonra öğretmen Tayyip'i ön sırada oturtmaya, derste hareket etmesine fırsat verecek sorumluluklar vermeye ve ödevlerini yapabileceği kadar verip yakından takip etmeye karar veriyor.



DEHB'li çocuğa plan ve program yapıp onu uygulama konusunda rehberlik edilmelidir.

*DEHB'li çocuğun öğrenme problemleri beklemeden çözülmelidir.*

## Çocuk Odaklı Müdahaleler

Çocuk odaklı çalışmalarda genel olarak çocuğun DEHB nedeniyle yaşadığı sorunların etkilerinin azaltılması ve eksikliklerinin giderilmesi amaçlanır. Mesela akademik becerilerinin ilerletilebilmesi için motivasyonunun artırılması ve planlı bir şekilde çalışmanın öğretilmesi faydalı olacaktır.

Sosyal beceriler konusunda eksiklikleri olan çocukların bu konuda eğitim alması faydalı olacaktır. Bu tür eğitimlerin birebir verilmesinden ziyade akran grupları içinde verilmesi daha faydalı olacaktır. Bunun için özellikle drama grupları faydalı olabilir.

Özgüven ve sorumluluk duygusunun gelişmesi konusunda çalışılması, çocuğun yaşına uygun sorumluluklar üstlenmesinin sağlanması gereklidir.

Öfke kontrolü, DEHB'li çocukların özellikle zorlandıkları bir alandır. Bunun için öfkelenildiğini erken dönemde fark etmek (kızarma, gerginlik hissetme gibi işaretler üzerinden), sonrasında nefes teknikleri ile rahatlamak, gerekirse olay yerini terk etmek, sayı sayarak, başka şeyler düşünerek dikkatini dağıtmayı öğrenmek gibi beceriler kazandırılmaya çalışılır [5].

*DEHB'li çocuğun özgüveninin gelişmesi için yaşına uygun sorumluluklar verilmelidir.*



### Örnek

- 10 yaşındaki Merve ile önceliklerini belirleme, dikkatini dağıtan unsurları çevreden kaldırmak ve işlerini düzenlemek konusunda bireysel çalışmalar yapılıyor.

## DEHB'DE ERKEN MÜDAHALE NEDEN ÖNEMLİDİR?

DEHB, çocuklukta ortaya çıkan bir bozukluk olduğu için erken müdahale, bozukluğun çocuk ve aile üzerindeki olumsuz etkilerini en aza indirecektir. Tedavi edilmeyen sorunlar çocuğun anne-babası ile sağlıklı ilişki kurmasını zorlaştıracaktır. Ayrıca çocuğun okulu ve öğrenmeyi sevmemesine, arkadaş ilişkilerinde zorluk yaşamasına ve özgüveninin gitgide daha kötü bir hâle gelmesine neden olacaktır. DEHB'li çocukların ergenlik dönemi itibarı ile daha sık kaza geçirdikleri, daha fazla yasal sorunlar yaşadıkları, sigara ve diğer bağımlılık yapıcı maddeleri daha sık kullandıkları bilinmektedir. Bu yüzden erken müdahale ile çocuğun sorunlarının iyileştirilmesi ve yetişkinliğe kadar tedavi ve takibinin devam etmesi çocuğun potansiyelini tam olarak gerçekleştirebilmesi için çok önemlidir.



### Bireysel Etkinlik

- Çevrenizde DEHB tanısı olan bir çocuğun ailesini inceleyin. Çocukların ve ailelerinin yaşadıkları sorunları araştırınız.
- DEHB'li çocukların sınıfta yaşadığı sorunlar konusunda bir okul öncesi ve bir ilkokul öğretmeni ile konuşun.
- DEHB'li bir çocukla 30 dakika etkinlik (ders çalışma, resim yapma gibi) yapın.



## Özet

- Dikkat, öğrenme sürecinin ilk adımıdır. Dikkat, pasif ve aktif olarak ikiye ayrılabilir. Pasif dikkat, çevremizdeki uyarılara (bir koku, ani bir gürültü gibi) bilinçli olmayan bir odaklanmayı ifade eder. Aktif dikkat, bilinçli bir süreci ifade eder ve uyanıklık, merak, ilgi, ihtiyaç gibi faktörlerden etkilenir.
- Yenidoğan bebekler çevresindeki ışık, ses gibi uyarılara kısa süreli dikkat edebilirken ilk altı ay içinde dikkat süresi uzar. 6 aydan itibaren dikkat çocuğun seçtiği nesnelere odaklanabilmesi şeklinde gelişir. Odaklanmış dikkat çocuğun öğrenme hızını belirgin şekilde artırır. 18 ay itibarı ile davranışı kontrol etmek, amaç ve planlara göre davranışları düzenlemek gibi işlevleri kapsayan yürütücü işlevler gelişmeye başlar. Yürütücü işlevlerin olgunlaşması geç ergenlik dönemine kadar devam eder.
- Dikkat problemleri ve aşırı hareketlilik, çocuğun yaşına göre şiddetli olup çeşitli ortamlarda yaşamında bozulmaya neden olduğunda bozukluktan bahsedilebilir. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), dikkat problemleri, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik belirtilerinden oluşan bir bozukluktur. DEHB, çocukluk çağında toplumda %5-10 sıklıkta görülür. DEHB, dikkat eksikliği baskın, aşırı hareketlilik baskın ve kombine tip olmak üzere üç tipten oluşur. DEHB saptanan çocuklarda davranış bozuklukları, duygudurum bozuklukları ve öğrenme bozuklukları gibi psikiyatrik sorunlar da sıklıkla DEHB'ye eşlik eder.
- DEHB, büyük oranda genetik ve biyolojik etkenler nedeniyle oluşur. Genetik etkenler arasında beyindeki iletişimi sağlayan moleküller (dopamin, nörepinefrin vs.) ve beyin gelişimi ile ilişkili genlerdeki sorunlar dikkat çekmektedir. Beynin özellikle ön bölgesinin yetersiz gelişiminin DEHB ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Ayrıca annenin gebeliği sırasında alkol ve sigara kullanımı ve stresli gebelik, doğum sırasında yaşanan zorluklar (doğumda oksijensiz kalma, düşük doğum ağırlığı, erken doğum gibi), ağır metal maruziyeti (kurşun gibi) gibi çevresel etkenlerin de DEHB gelişiminde rolü olduğu düşünülmektedir.
- DEHB'li çocuğun değerlendirmesinde ilk olarak doğumdan itibaren gelişimi araştırılmalıdır. Doğum zamanı, doğumdaki kilosu, doğumda yaşanan sorunlar varsa not edilmelidir. Sonrasında problemlerin ne zaman başladığı ve nasıl seyrettiği öğrenilir. Bunlar öğrenildikten sonra çocuğun ev ve okuldaki uyumu araştırılmalıdır. Çocuğun görme ya da işitme problemlerinin varlığı sorulmalıdır. Mümkünse çocuğun öğretmeninden bilgi alınmalıdır.
- DEHB'li çocuğun tedavisinde ilk aşama DEHB'nin belirtileri, sebepleri, tedavisi hakkında aileye bilgi vermektir. Özellikle 6 yaşından küçük çocukların ailelerine ev içi güvenlik önlemleri konusunda mutlaka bilgi verilmelidir. Ev içi güvenlik önlemleri arasında sağlam ve kolay devrilmeyen mobilya seçimi, çocuğun yatağının camdan uzak olması, kitaplık gibi devrilebilecek eşyaların duvara ya da yere sabitlenmesi, temizlik malzemeleri ve ilaçların kilitli dolaplarda muhafaza edilmesi, çocuğun yutabileceği büyüklükteki nesnelerin çocuğun ulaşabileceği bir yerde olmaması sayılabilir.



## Özet (devamı)

- DEHB'nin en etkili tedavisi ilaç tedavisidir. İlaç tedavisi 6 yaşından büyük çocuklarda diğer psikososyal müdahalelerle birlikte uygulanmalıdır. 6 yaşından küçük çocuklarda öncelikli olarak psikososyal müdahaleler düşünülmelidir.
- DEHB tedavisinde ülkemizde metilfenidat ve atomoksetin molekülleri kullanılmaktadır. Tedavide çok etkin olan bu ilaçlar, DEHB tedavisinde güvenle kullanılabilir. İlaçlar, beyinde iletişimi sağlayan moleküllerin sinirler arası boşluktaki miktarını artırarak etki göstermektedir. İlaçların yaygın yan etkileri: iştahta azalma, uykusuzluk, baş ağrısı, karın ağrısıdır.
- DEHB'li çocuğun ailesi ile ebeveynlik becerilerini iyileştirmek, ebeveyn çocuk iletişimini iyileştirmek, çocuğun uyumsuz davranışlarını yönetebilmek, çocuğun kendini düzenleme becerilerinin iyileştirilmesi için çalışılır. Ebeveynin çocuğa karşı anlayışlı, yapıcı, olumlu ve düzenli olması için birlikte çalışmalar yapılır. Ebeveynin çocuğu dinlemesi, otoritesini kaybetmemesi, net ve tutarlı olması öğretilir. Uyumsuz davranışlara karşı ebeveynlere pekiştireç kullanımı ve mola yöntemi gibi uygun karşılıklar vermesi öğretilir. Ayrıca ebeveynin çocukla birlikte günde 15-20 dakika sağlıklı zaman geçirmesi, sırayla oynamayı öğretmesi, çocuğa sabretmeyi ve kendisini kontrol etmeyi öğretmesi amaçlanır.
- Okulda yapılacak müdahalelerde ailenin öğretmenle iş birliği içinde çalışması öncelikli amaçtır. Çocuğun akademik sorunlarının (öğrenme problemleri, ödev yapmama gibi) çözümü, akran zorbalığının önlenmesi ve derste uyumunu en iyi şekilde çevirecek sınıf düzenlemelerinin yapılması diğer hedeflerdir.
- Son olarak çocukla yapılacak çalışmada DEHB nedenli eksikliklerinin giderilmesi için çalışılır. Plan yapma ve işlerini düzenleme bu konuda önemli hedeflerdir. Özgüven ve sorumluluk duygusunun gelişmesi konusunda çalışılması, çocuğun yaşına uygun sorumluluklar üstlenmesinin sağlanması gereklidir. Öfke kontrolü ve sosyal beceri eğitimi de faydalı olabilir.
- DEHB'de erken müdahale bozukluğun çocuk ve aile üzerindeki olumsuz etkilerini en aza indirecektir. Tedavi edilmeyen vakalar okulu bırakma, yasal sorunlar yaşama, sigara ve diğer bağımlılık yapıcı maddeleri kullanma gibi riskleri taşımaktadır.

## DEĞERLENDİRME SORULARI

1. Dikkatin normal gelişimi konusunda aşağıdaki ifadelerden hangisi yanlıştır?
  - a) Yenidoğan bebek kısıtlı görme ve işitme yetilerine rağmen ses ve nesnelere kısa süreli dikkat edebilir.
  - b) Çocuk 6. aydan itibaren çevresindeki nesnelere seçici bir şekilde odaklanmaya başlar.
  - c) Çocuğun dikkatini odaklayabilmesi yeni şeyleri öğrenebilmesi için önemlidir.
  - d) Çocuğun 18. ayından sonra davranışları planlama, düzenleme, değerlendirme gibi becerileri içeren yürütücü işlevler ortaya çıkmaya başlar.
  - e) Yürütücü işlevler ergenlik döneminin başına kadar olgunlaşmaya devam eder.
2. Aşağıdakilerin hangisinin varlığında dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğundan şüphelenilmelidir?
  - a) Dikkat problemleri ve aşırı hareketlilik yaşına ve gelişim düzeyi ile uyumludur.
  - b) Dikkat problemleri ve hareketlilik kısa süredir devam etmektedir.
  - c) Dikkat problemleri ve aşırı hareketlilik sadece ev ya da okul ortamında görülmektedir.
  - d) Dikkat problemleri ve aşırı hareketliliğin çocuğu yaşamına belirgin şekilde olumsuz etkisi bulunmaktadır.
  - e) Çocuğun okula başladığı ilk aylarda artan dikkat problemleri ve aşırı hareketliliği vardır.
3. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun nedenleri arasında hangisi yer almamaktadır?
  - a) Genetik özellikler
  - b) Özellikle ön beyin bölgesi olmak üzere beyin gelişimindeki sorunlar
  - c) Kural koymayı bilmeyen, çocuğun her istediğini kabul eden ebeveynlik stili
  - d) Düşük doğum ağırlığı
  - e) Beyindeki iletişimi sağlayan moleküllerin etkinliğindeki yetersizlikler
4. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan bir çocuğun değerlendirmesinde hangisi öncelikli olarak yer almaz?
  - a) Problemlerin ne kadar zamandır mevcut olduğu
  - b) Çocuğun doğum zamanı, kilosuna ve doğumda yaşanan sorunlar
  - c) Çocuğun dikkatinin dikkat testleri ile ölçümü
  - d) Çocuğu okuldaki uyumu ve öğrenme problemlerinin olup olmadığı
  - e) Çocuğun görme ya da işitmesinde sorunlar olup olmadığı

5. Aşağıdakilerden hangisi dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu belirtileri arasında değildir?
- a) Sinirlilik
  - b) Dikkatini sürdürmemesi
  - c) Söz kesme, araya girme davranışı
  - d) Çok konuşma
  - e) Sürekli hareket hâlinde olma
6. Aşağıdakilerden hangisi dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tedavisinde ilk olarak yapılması gerekendir?
- a) İlaç tedavisine başlamak
  - b) Aileye ve çocuğa dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu hakkında bilgi vermek
  - c) Öğretmenine dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu konusunda bilgi vermek
  - d) Çocukla öfke kontrolü konusunda görüşme yapmak
  - e) Çocuğun ailesine etkili kural koyma konusunda bilgi vermek
7. Aşağıdakilerden hangisi dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunda ev güvenliği konusunda alınması gereken öncelikli önlemlerden değildir?
- a) Kolay devrilmeyen, dayanıklı mobilyaların seçilmesi
  - b) İlaç ve temizlik malzemelerinin kilitli dolaplarda muhafaza edilmesi
  - c) Tezgâh üstündeki eşyaların kablolarının aşağı sarkmayacak şekilde düzenlenmesi
  - d) Çocuğun yutabileceği nesnelerin çocuğun ulaşamayacağı yerlerde olması
  - e) Çocuğun odasında televizyon bulunmaması
8. Aşağıdakilerden hangisi dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocuklarda ilaç tedavisine başlanması gerektiğini düşündüren sebeplerden değildir?
- a) Psikososyal müdahalelere rağmen devam eden akademik, sosyal ve aile yaşantısı ile ilgili belirgin problemler
  - b) Çocuğun yeni başladığı okul/kreşteki uyum problemleri
  - c) Ebeveynlerin DEHB konusunda eğitim almasına rağmen aile hayatının belirtiler nedeniyle ciddi anlamda olumsuz etkilenmesi
  - d) Çocuğun DEHB nedeniyle sık kaza geçirmesi, kendisine veya çevresindeki insanlara zarar verme riski
  - e) Çocuğun ihtiyacı olan özel eğitimleri (konuşma terapisi, fizyoterapi vs.) almasına engel olacak şiddette DEHB belirtileri

9. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocuklarda aileye yapılacak psikososyal müdahalelerin içerikleri arasına aşağıdakilerden hangisi girmez?
- a) Ebeveynin çocuk hakkında daha olumlu, daha net olması ve günlük hayatının düzenli bir şekle sokulması
  - b) Ebeveyn çocuk iletişimini iyileştirmeye yönelik müdahaleler
  - c) Çocuğun uyumsuz davranışlarını yönetebilmek için davranışçı yöntemlerin öğretilmesi
  - d) Ebeveynin her gün çocukla en az 1 saat oyun oynaması
  - e) Uyumsuz davranışların hemen sonrasında gerekli cezaların (mola vs.) uygulanması
10. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocuklarda öğretmene verilecek bilgiler arasında hangisi yer almaz?
- a) Sınıfta az sayıda, basit ve net kurallar olmalıdır.
  - b) Kurallara uyulmadığı takdirde bu durum görmezden gelinmelidir.
  - c) Kural ihlali durumunda belirlenen sonuç/ceza hızlı bir şekilde uygulanmalıdır.
  - d) Kural ihlali durumunda öğretmen sakin kalmalı ve çocuğa kızmamalı, çocuğu rencide etmemelidir.
  - e) DEHB'li çocuk sınıfta dikkatinin dağılmayacağı bir yere oturtulmalıdır.

**Cevap Anahtarı**

1.e, 2.d, 3.c, 4.c, 5.a, 6.b, 7.e, 8.b, 9.d, 10.b

## YARARLANILAN KAYNAKLAR

- [1] Türk Dil Kurumu Güncel Türkçe Sözlük. 20 Haziran 2018 tarihinde [www.tdk.gov.tr](http://www.tdk.gov.tr) adresinden erişildi.
- [2] Barkley, R. A. (2000). Taking Charge of ADHD, Revised Edition: The Complete, Authoritative Guide for Parents. New York, The Guilford Press.
- [3] Richards, J. E. (2005). Attention. Hopkins, B., Barr, R. G., Michel, G. F. & Rochad, P. (Ed.) The Cambridge Encyclopedia of Child Development içinde (s. 282-287). New York: Cambridge University Press.
- [4] Ercan, E. S., Motavallı Mukaddes, N., Yazgan, Y., Pekcanlar Akay, A., & Yıldız Gündoğdu, Ö. (2016). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. Pekcanlar Akay, A. & Ercan, E. S. (Ed.). Çocuk Ve Ergen Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları, içinde (s. 33-56). Ankara: Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği Yayınları.
- [5] Carr, A. (2015). The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology: A Contextual Approach. London: Taylor & Francis Ltd.
- [6] 6. Sürücü, Ö. (2017). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Anne Baba-Öğretmen Elkitabı. Ankara: Bilgi Yayınevi.
- [7] Iliades C. (2011). 8 Home Safety Tips for ADHD Preschoolers 20 Haziran 2018 tarihinde [www.everydayhealth.com](http://www.everydayhealth.com) adresinden erişildi.
- [8] Klein, S., Ho, V., Tazkarji, B., & Auten, B. (2013). Management of ADHD in preschool-aged children. American Academy of Family Physicians' Clinical Inquiries.
- [9] Thompson, M. J., Laver-Bradbury, C., Ayres, M., Le Poidevin, E., Mead, S., Dodds, C., ... & Brotman, L. M. (2009). A small-scale randomized controlled trial of the revised new forest parenting programme for preschoolers with attention deficit hyperactivity disorder. European child & adolescent psychiatry, 18(10), 605-616.



# UYKU GELİŞİMİ VE BOZUKLUKLARI



## İÇİNDEKİLER

- Uykunun Evreleri ve Önemi
- Uyku Bozuklukları Sınıflandırılması
- Uyku Bozukluğu Çocuklarda Ne Yapmalıyım?
- Çocuklarda Uyku Bozuklukları Tedavisi



## HEDEFLER

- Bu üniteyi çalıştıktan sonra;
  - Normal uykunun ne olduğunu ve kaç evreden oluştuğunu görebilecek,
  - Uyku bozukluğu çeşitlerinin neler olduğunu tanımlayabilecek,
  - Uyku bozukluğu olan bir çocukta neler yapılması gerektiğini ve ne zaman bir uzmana yönlendirilmesi gerektiğini öğrenebilecek,
  - Çocuklarda uyku bozukluğunun tespit edilmesinde ve tedavisinde uyku günlüğü ve uyku hijyeni gibi tanımları anlayabilecek ve bunlara yönelik önerilerde bulunabileceksiniz.



**ATATÜRK  
ÜNİVERSİTESİ**  
AÇIKÖĞRETİM FAKÜLTESİ

**ÇOCUK PSİKOLOJİSİ**

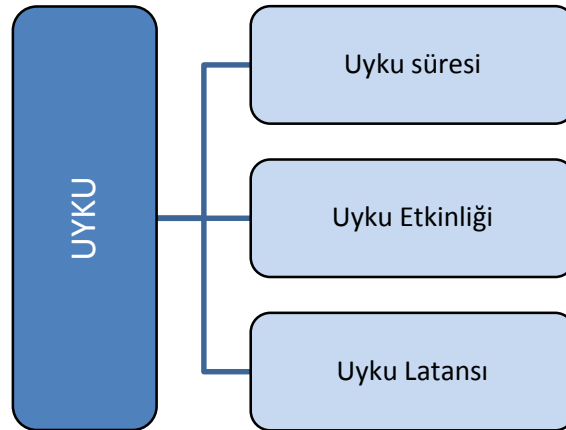
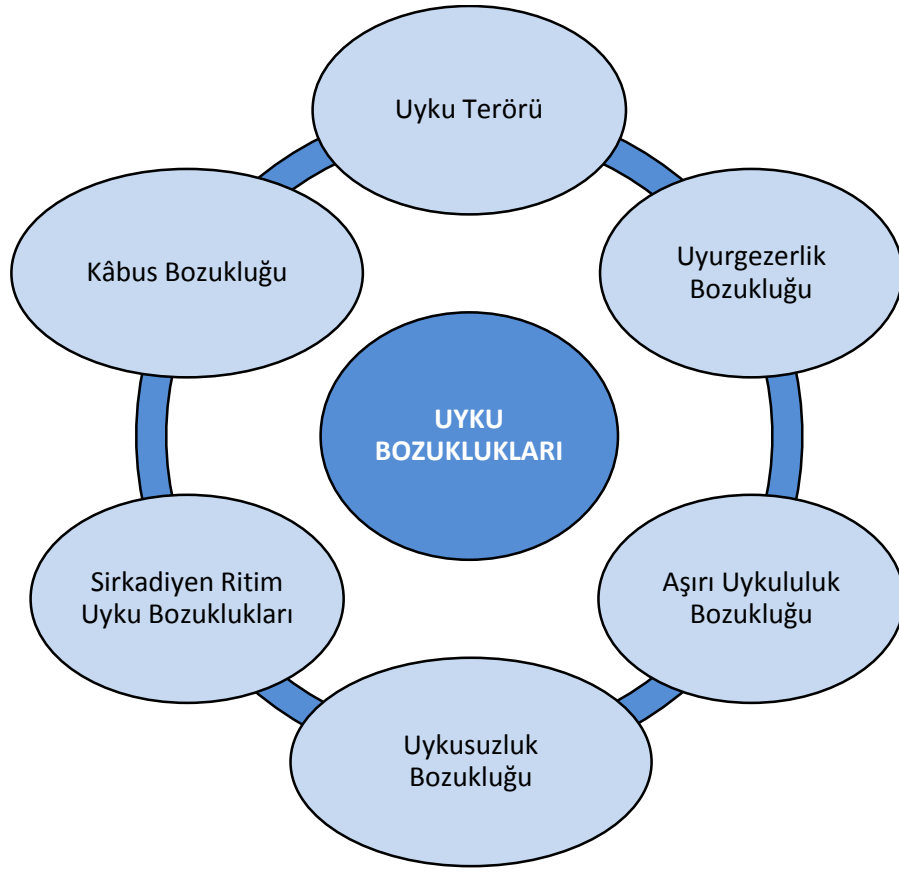
**VE RUH SAĞLIĞI**

**Uzm. Dr. Hüseyin**

**AKTAŞ**

**ÜNİTE**

**6**



## GİRİŞ

Uyku; canlıların geçici bilinçsizlik durumu olarak tanımlanır [1].

Uyku esnasında bilincin geçici bir şekilde kaybolmasının yanında özellikle beyin ve karaciğer başta olmak üzere bazı organ sistemlerinin aktif faaliyetlerinin devam ettiği bunların yanı sıra kas dokusu gibi bazı organ sistemlerinde ise belirgin aktivite düşüklüğünün olduğu geçici, periyodik ve fizyolojik bir durumdur.

Uykudan bahsetmeden önce bilinçten bahsetmek gerekmektedir. Çünkü uyku bir bilinçsizlik durumudur ve bunun anlaşılması için bilincin ne olduğunu bilmek gerekmektedir.

*Peki bilinç nedir? Çok farklı tanımlamaları olmasına rağmen kısaca bilinci kişinin kendisi ve çevresine karşı farkında olması durumu olarak tanımlanabilir.*

Bilinci özetle dört farklı şekilde tanımlayabiliriz.

Birincisi, *dikkatli uyanıklık* durumudur. Aslında dikkatli uyanıklık, bilinç dediğimizde birçoğumuzun aklına gelen durumdur. Bu durumdaki kişilerde dikkati yoğunlaştırma veya hafızaya bilgi kodlama gibi durumlar aktif olarak görülmektedir. Aynı zamanda kişi gergindir ve gelen uyarılara hemen cevap verir.

İkinci durum ise *gündüz düşü* dediğimiz *hafif meditasyon* durumudur. Bu durumdaki bir kişi, uyanık olduğu hâlde çevreyle yakın temas hâlinde değildir. Kişi kendini daha rahat hissedebilir. Çevreden gelen uyarılara karşı yeterince dikkatli değildir.

Üçüncü durum ise *uyuklama hâli* dediğimiz *derin meditasyon* durumudur. Bu durum uykuya geçmeye başladığımız veya uykunun sonlandığı durumda yaşadığımız bilinç durumu ile örneklenebilir. Bu durumdaki kişi, dış uyarılara karşı dikkatsizdir. Kişi kendini çok rahat hisseder. Dışarıdan gelen uyarılara cevap eşiği yükseldiği için bu durumdaki bir kişide düşük amplitüdlü uyarılara cevap yoktur.

*En son bilinç durumu ise uykudur.* Aslında yazının başında uykuyu bir bilinçsizlik durumu olarak tanımlamıştık. Peki, neden şimdi uyku bir bilinç durumu diyoruz?

Elektroensefalografi (EEG)'nin keşfi ile canlıların farklı bilinç durumlarında farklı beyin dalgaları salgıladıkları keşfedilmiştir. Bu ölçülebilen beyin dalgalarının farklı frekanslara sahip oldukları görülmüştür. Bilim adamları tarafından alfa, beta, delta ve teta dalgaları olarak 4 farklı şekilde isimlendirilmiştir. Saniyede 8-13 hertz dalga boyuna sahip olan dalgalara alfa dalgası, 12-30 hertz dalga boyuna sahip olan dalgalara beta dalgası, 0.5-2 hertz dalga boyuna sahip olan ve en yavaş dalga boyu olarak adlandırılan dalgalara delta dalgası ve 4-7 hertz dalga boyuna sahip olanlar ise teta dalgası olarak isimlendirilmiştir. Yukarıda bahsettiğimiz bilinç durumlarında farklı beyin dalgaları kaydedilmektedir. Dikkatli uyanıklık durumunda beyinde beta dalgaları yoğun şekilde kaydedilirken uyuklama hâli dediğimiz derin meditasyon durumunda teta dalgalarının beyinde yoğun şekilde



Uyku, canlıların geçici bilinçsizlik durumu olarak tanımlanır.



Bilinç, kişinin kendisi ve çevresine karşı farkında olması durumu olarak tanımlanır.

kaydedildiği görülmüştür. İşte bu yüzden bilim insanları uykuyu bir bilinç durumu olarak isimlendirmişlerdir. İlerde uykunun hangi evrelere ayrıldığı ve uykuda hangi beyin dalga boylarının olduğundan bahsedeceğiz.



Uykunun N1 evresi, N2 evresi, N3 evresi ve REM evresi şeklinde 4 evresi vardır.



Normal bölünmemiş bir uykuda toplam uyku evreleri 90-120 dakikadır.

## UYKUNUN EVRELERİ ve ÖNEMİ

Uyku yüzyıllarca bilim insanlarının her zaman merak ettiği bir konu olmuştur. Canlıların her gün, günün bir kısmını uykuda geçirmelerine karşın uyku konusunda ciddi bir ilerleme kaydedilmemiştir.

1930'lu yıllarda EEG'nin keşfi ile uyku konusunda bilgilerimiz hızlı bir şekilde artmıştır. İlk çalışmalarda uykunun sağlıklı bir yaşam için olmazsa olmaz olduğu, uzun süreli uyku bozukluklarında vücut ısı kontrolünde, beslenme metabolizmasında, bağışıklık sisteminde ve bunun gibi birçok vücut faaliyetlerinde bozulmaların ortaya çıktığı görülmüştür [2].

EEG'nin keşfi ile uykunun aslında düz bir bilinçsizlik durumundan ziyade farklı evrelerden oluşan bir beyin aktivite kümesi olduğu görülmüştür.

*Uykunun başlatılması, sürdürülmesi ve bitirilmesinde kortikal ve subkortikal birçok beyin bölgesi rol oynamaktadır.*

Uyku, EEG yardımıyla görülen beyin dalgaları, elektrookülografi yardımıyla göz hareketleri ve elektromyografi yardımıyla kas tonusundaki değişikliklerin görüldüğü, 90-120 dakika kadar süren döngülerden oluşan REM (Rapid Eye Movement) ve Non-REM (Non Rapid Eye Movement) olan iki temel evreden oluşmaktadır. REM uykusunda temel faktör hızlı göz hareketleridir, bu yüzden bu ismi almıştır. Non-REM uykusu ise belirgin olarak tonus kaybı olmuş kaslar ve yavaş göz hareketlerinin olmasından dolayı bu şekilde isimlendirilmiştir.

Non-REM uykusu, temelde 3 farklı evreden oluşmaktadır. Bu evreler kısaca N1 evresi, N2 evresi ve N3 evresi olarak adlandırılmaktadır.

N1 evresi, uyku ile uyanıklık arasındaki evredir. Bu evreye uykuya dalış evresi de denilmektedir. Canlılar, bu evrede uykuya geçerler. N1 evresinde canlının uyandırılması kolaydır. Bu evrede gerçek yaşamla uyku arasında olduğumuzdan farklı yaşantılar olabilmektedir. Mesela kapı çalınması veya kendimize seslenilmesi benzeri sesler duyabilir veya birinin bedenimize dokunması gibi bir hisse kapılabiliriz; bunlar hipnagogik halüsinasyonlar olarak adlandırılan sağlıklı insanlarda görülen algı bozuklukları, uykunun bu evresinde sıklıkla görülmektedir. Yine bu evrede gün boyu yaşadığımız olayları anımsamakta sıklıkla görülmektedir. Örneğin gün boyu teknede seyahat eden birisi uykunun bu evresinde hâlâ teknede olduğunu ve sürekli sallandığını anımsayabilir. Sıklıkla görülen diğer bir durum ise uyku esnasında görülen düşme hissidir. Bu hissin oluşmasına hipnik sıçrama denir. N1 evresinde görülen bu duruma, uykuya dalma sırasında kaslarımızda ortaya çıkan seyimelerden kaynaklandığı belirtilmektedir. Yazının başında EEG'nin keşfi ile uykunun anlaşılma başlandığını belirtmiştik. İşte uykunun N1 evresinde görülen EEG dalgası sıklıkla teta dalgalarıdır.

N2 evresindeki kişinin uyandırılma eşiği yükselmiştir. Kişi, dış uyaranlara karşı dikkati belirgin olarak azalmıştır. Bu evredeki kişi zor uyandırılır ve teta dalga

yoğunluğunun arttığı görülür. Yine bu evrede daha önceleri kaydedilmemiş farklı iki dalga boyunun olduğu da görülmüştür. Bu dalgalara K kompleksi ve uyku içiği denilmektedir. Söz konusu beyin dalgalarının neden olduğu hâlâ net olarak bilinmemektedir. Genel kanı, bu dalga boylarının kişinin uykusunu devam ettirebilme yetisinde rol aldıklarıdır. Uyku içiğinin kişinin dış ortamdan gelen uyaranlara cevap vermeyi azaltmada, K kompleksinin ise kortikal uyanmayı önlemede rol aldıkları düşünülmektedir. N2 evresinde, kişinin kas tonusunda azalma olduğu göz hareketlerinin ise yavaşlamaya başladığı görülmektedir.

N3 evresine geldiğimizde, bu evreye derin uyku evresi de diyebiliriz. Bu evredeki kişiyi uyandırmak imkânsızdır. Kişi, dış uyaranlara tamamen kapalıdır. N3 evresinde beyinde kaydedilen beyin dalgaları delta dalgalarıdır. Bu dalga boyunun yavaş olmasından dolayı bazı bilim insanları, bu evreye yavaş dalga uykusu da diyebilmektedirler. Uyurgezerlik ve uykuda konuşma gibi durumlar, N3 evresinde görülebilmektedir.



Genellikle N1 evresi, toplam uykunun %2-5'ini kaplarken bu durum N2 evresi için %45-55, N3 evresi için %20-25, REM uykusu için %25-30 kadardır.

En son evre ise REM uyku evresidir. Bu evreye ismini de veren hızlı göz hareketleri, REM evresinin en belirgin özelliğidir. Rüyaların sıklıkla görüldüğü evre de bu evredir. Kas tonusunda belirgin olarak azalmıştır, kişi felç durumundadır. Bu felç durumu aslında iyi bir şeydir. Eğer bu durum yaşanmasa kişi gördüğü rüyaları bedensel olarak da tepkisellendirip hem kendisine hem de çevresine ciddi zararlar verebilirdi. REM uykusunda spesifik bir beyin dalgası yoktur. Çok sayıda dalga boyu görülebilmektedir. REM uykusuna paradoksal uyku diyenler de vardır. Çünkü beyin bu evrede çok aktif olmasına rağmen vücudun hiçbir şeye tepki vermesine izin vermemektedir.

*Normal ve bölünmemiş bir gece uykusunda, evreler 90 ile 120 dakika kadar süren döngüler hâlinde görülmektedir.*

Döngüler gecede 4-5 kez tekrarlanır. Bu döngüde evreler sırayla gitmemektedir. Uykuya geçtiğimiz N1 evresi ile başlar, daha sonra N2 evresine geçilir, sonra N3 evresi gelir, sonra tekrar N2 evresine dönülüp REM uykusuna geçilir. Daha sonra tekrar N1 evresine geçilip döngü yeniden başlar.

Bu evrelerin uzunlukları birçok faktörden etkilenmektedir. Genellikle N1 evresi, toplam uykunun %2-5'ini kaplarken bu durum N2 evresi için %45-55, N3 evresi için %20-25, REM uykusu için %25-30 kadardır. Gecenin ilk yarısında Non-REM uykusu baskınken uyanmaya yakın dönemde REM uyku miktarı artmaktadır.

### Sirkadiyen Ritim



Organizmaların fizyolojik işleyişinin dış uyaranlarla ayarlanmasına sirkadiyen ritim denir.

Neden her zaman aynı saatte uykumuz gelir? Peki, neden insanların çoğu akşam vakitlerinde yorgun olur? Bunun cevabı sirkadiyen ritimdir. Uykumuzun nasıl döngüsel evreleri varsa uyanıklığımızın da döngüsel evreleri vardır. Sirkadiyen ritimler, vücudumuzdaki 24 saatlik düzenli ritimlerdir. Bu ritimler, insanların iç biyolojik saatleri olarak da adlandırılabilir. Sirkadiyen ritim, özetle organizmaların fizyolojik işleyişinin dış uyaranlarla ayarlanmasıdır. Yani gün içindeki ışık miktarına bağlı olarak beynimizin uyku ve uyanıklık döngüsünü düzenlemesidir. Bu döngünün asıl düzenleyicisi ışıktır. Işık, beyindeki melatonin düzeyinde değişiklikler yaparak sirkadiyen ritmi düzenler. Uyku, EEG yardımıyla görülen beyin

dalgaları, elektrookülografi yardımıyla göz hareketleri ve elektromyografi yardımıyla kas tonusundaki değişikliklerin görüldüğü, 90-120 dakika kadar süren döngülerden oluşan REM (Rapid Eye Movement) ve Non-REM (Non Rapid Eye Movement) olan iki temel evreden oluşmaktadır. REM uykusunda temel faktör, hızlı göz hareketleridir; bu yüzden bu ismi almıştır. Non-REM uykusu ise belirgin olarak tonus kaybı olmuş kaslar ve yavaş göz hareketlerinin olmasından dolayı bu şekilde isimlendirilmiştir [3].

Peki, ne zaman uyku bozukluğundan bahsedeceğiz, bir bireyde uyku bozukluğu olduğunu nasıl anlayacağız?

*Uyku, kendi içinde belirli bir düzeni olan vücudumuzda bulunan tüm organlar ve sistemler üzerinde etkin, aktif ve değişken bir süreçtir. Uykunun bozuk olup olmadığını gösteren üç temel faktör vardır.*

Bunlar; uykunun süresi, uykunun etkinliği ve uykunun latansıdır.

Uyku süresi, yatakta kalınan süreden uyanık geçilen sürenin çıkarılması ile elde edilen zamandır. Normalde 7-9 saattir.

Uyku etkinliği, net uyku süresinin yatakta geçilen süreye oranıdır. Normalde en az %70'tir.

Uyku latansı, uyumak için yatağa yatılmasından uykuya geçinceye kadar geçen süredir. Normalde 10-30 dakikadır.

Uykunun yapısını oluşturan bu üç faktörden herhangi birinde bozulmanın olması durumunda uyku bozukluğundan bahsederiz. Bu durumun en önemli göstergesi ise günlük hayattaki işlevsellikte belirgin bozulmanın olmasıdır.

### Uyku Süresi

Peki, normal uyku süresi ne kadardır? Bu durumu etkileyen birçok faktör vardır. Bunlar içinde en önemlisi yaş faktörüdür. Yaş, göz önünde bulundurularak uyku süresi ve yapısı incelendiğinde erken bebeklik döneminde uyku süresinin uzun ve uyku içindeki REM döneminin fazla olduğu, yaş ile birlikte toplam uyku süresinin kısaldığı ve REM döneminin uyku içindeki bölümü azaldığı görülmektedir. Bebeklerde uyku süresi, 14-15 saat iken 1-3 yaş arası çocuklarda 12-13 saat, okul öncesi dönemdeki çocuklarda 10-12 saat, okul çağı çocuklarında 8-11 saat, ergenlik döneminde uyku süresinin 7-9 saate kadar azaldığı görülmektedir [4].

### UYKU BOZUKLUKLARI SINIFLANDIRILMASI

- Aşırı uykululuk bozukluğu (Hipersomnolans)
- Narkolepsi
- Konfüzyonel uyanıklık
- Uyurgezerlik bozukluğu
- Uyku terörü
- Kâbus bozukluğu
- Uyku ile ilişkili yeme bozukluğu
- Sirkadiyen ritim uyku bozuklukları



Sağlıklı bir uykuyu belirleyen 3 temel faktör vardır. Bunlar: uyku süresi, uyku etkinliği ve uyku latansidir.



Uyku için yeterli zaman ve imkân olmasına rağmen uykuyu başlatmada ve uykuyu sürdürmede sorun yaşamaya insomnia denir.

- Uykusuzluk bozukluğu (insomnia)
  - ✓ Gecikmiş uyku fazı bozukluğu
  - ✓ Erken uyku fazı bozukluğu [5].

## Uykusuzluk Bozukluğu (Insomnia)

Uyku için yeterli zaman ve imkân olmasına rağmen, uykuyu başlatmada ve uykuyu sürdürmede sorun yaşama bunun neticesinde yeterli ve kaliteli uyuyamamaya bağlı olarak gün içinde işlevsellikte bozulmayla karakterize durumdur. Uykusuzluk ile ilgili bu durum, aslında toplumdaki bireylerde sıklıkla görülmektedir. Uykusuzluk bozukluğundan bahsetmemiz için bu durumun haftada en az üç kez olması ve üç ay boyunca devam etmesi gerekmektedir.

Uykusuzluk bozukluğunda sıklıkla:

- Yorgunluk/hâlsizlik,
- Dikkat, konsantrasyon veya bellek bozukluğu,
- Sosyal, ailesel, mesleki veya akademik performansta bozulma,
- Duygudurum bozuklukları/iritabilite,
- Gündüz uykululuğu,
- Davranışsal sorunlar (ör. hiperaktivite, dürtüsellik, agresyon),
- Motivasyon, enerji ya da inisiyatif almada azalma gibi bedensel yakınmalarda eşlik etmektedir.

Uykusuzluk bozukluğunda temel üç belirti sıklıkla bulunmaktadır. Bunlar; uykuya başlamada güçlük (Bu durum çocuklarda bakım verenin yardımı olmadan uykuyu başlatmada güçlük şeklinde görülebilir.), uykuyu sürdürmede güçlük (Çocuklarda bakım verenin yardımı olmadan yeniden uyumakta güçlük çekmesi şeklinde görülebilir.) ve sabah erken uyanma, uyandıktan sonra yeniden uyuyamamadır.



## Örnek

•Ali 14 yaşında bir erkek çocuktur. Yaklaşık 6 aydır uyku problemi yaşadığını belirtmektedir. Bu durumun herhangi bir olayla ilişkilendirmeyen Ali, hayatının uykusundaki bozukluk yüzünden çok kötüye gittiğinden bahsetmektedir. Gece dinlendirici şekilde uyuyamadığı için gün içinde uyukladığını, bu yüzden okuldaki derslerini dinleyemediğini ve öğretmeni tarafından sık sık uyarıldığını söylemektedir. Annesi Ali'nin akşam saatlerinde televizyon karşısında uykulu gözlerle durduğunu ama kendisinin yatağına gitmesi söylendiğinde uykusunun kaçtığını bu yüzden gece boyunca evin içinde birşeylerle uğraştığından bahsetmektedir. Ali'ye uykusu sorulduğunda, aslında akşam 22:00 sularında gözlerinin ağırlaştığını ve uykusunun geldiğini ama yatağa girmek için odasına doğru yöneldiğinde kalbinin hızlı çarptığını ve "Yine bu gece de uykusuz kalacağım." düşüncesinin aklına geldiğinden ve uykusunun kaçtığından yakınmaktadır.

## Aşırı Uykululuk Bozukluğu (Hipersomnia)

Gece boyunca yeterli süre uykuda geçirilmesine rağmen gün içinde aşırı uykululuk hâlinin olması, uykuya çabuk dalma ve uyanmada güçlük çekme şeklinde tanımlanabilir. Aşırı uykululuk durumu yaşayan bireylerin günlük işlevsellikleri belirgin oranda bozulmaktadır. Bu durumun bir bozukluk olarak tanımlanması için üç ay boyunca haftada en az üç kez olması gerekmektedir.

## Narkolepsi

Aşırı uykululuk bozukluğuna benzer şekilde gün içinde uykuya kolay dalma şeklinde ataklar görülebilir. Narkolepside farklı olarak toplam uyku süresi normaldir ve gün içindeki uyku ataklarına sıklıkla katalepsi olarak tanımlanan kas tonusunda azalmalar görülür. Bir bireyin sıklıkla gülme veya şaka yapma gibi pozitif bir duygulanımdan sonra vücudunun bir kısmında kas tonusunda azalmaya bağlı olarak boynunun düştüğü veya her iki kısmında kas tonusunda azalmaya bağlı olarak yere yığılma şeklinde bir durumun eşlik ettiği ve bireyin beş dakika kadar süren aşırı dinlendirici uyku ataklarının birlikte olduğu dönem olarak tanımlanabilir.

*Çocuklarda bu durum genel kas gerginliğinde azalma (hipotoni) şeklinde görülebilir.*



Aşırı uykululuğun bozukluk olarak tanımlanması için üç ay boyunca haftada en az üç kez olması gerekmektedir.



## Konfüzyonel Uyanıklık

Uykunun evre değiştirdiği bir dönemde sıklıkla inleme veya hafif ağlama ile başlayan tam uyanma olmadan uykudan ayrılma durumu olarak tanımlanabilir. Sıklıkla bir yaş civarındaki çocuklarda görülür. Yaşla beraber sıklığı azalan bir durumdur. Klinik olarak gözlem sırasında bu durumu yaşayan çocuklar sıklıkla uyanmazlar, o esnada gözler açık veya kapalı olabilir. Bağırma veya çevredekileri dövme şeklinde davranışlar görülebilir. Beş veya on dakika kadar süren bu ataklar sonrasında çocuk kendiliğinden rahatlar ve uykuya dalar.



Uyurgezerlik bozukluğunun yaşla birlikte sıklığı azalır.

## Uyurgezerlik Bozukluğu

Uyku esnasında yürüme davranışının ortaya çıkması olarak tanımlanabilir. Sıklıkla okul dönemi çocuklarında görülür. Uyurgezerlik yaşayan bireylerde uyku sırasında bilinç değişiklikleri eşlik edebilir, bu bireyler kızgın, ajite veya mutlu görünebilirler, o esnada gözler sıklıkla açıktır. Kişi evin farklı bölgelerinde bulunabilir (Bazen evden çıkma, araç kullanma gibi davranışlar da görülebilir.), kişiyi uykudan uyandırmak çok zordur. Yaşla birlikte sıklığı azalır. Uyku sırasında pencereden aşağı atlama veya tehlikeli yerlere gitme şeklinde davranışlar dışında sıklıkla zararsız bir durumdur.

## Uyku Terörü

Uyku esnasında sıklıkla ağlama veya çığlık atma şeklinde başlayan aşırı korku davranışının eşlik ettiği ve terleme titreme göz bebeklerinin büyümesi şeklinde otonomik belirtilerin olduğu ataklar şeklinde tanımlanabilir. Bu ataklar sırasında çocuğu uyandırmak çok zordur. Sıklıkla çocuk beş ile otuz dakika kadar süre sonunda kendiliğinden sakinleşip uykuya dalar. Sabah uyanmalarında, o atak esnasına ait hatırlamama (amnezi) sıklıkla vardır. Ataklar okul öncesi dönem çocuklarında sıkken yaş arttıkça sıklığı azalmaktadır. Atakların çok gürültülü olması ve atak esnasında çocuğun çevresine zarar verme ya da çevresinden zarar görme durumları yaşanabildiğinden aileleri çok korkutmaktadır.

Klinik olarak atak, aniden korkutucu bir çığlık ile başlar; çocuk sıklıkla dış uyaranlara hiç bir yanıt vermez; çocuğun yüzünde yoğun kaygı ve korku ifadesi vardır. Çocuğun o esnada kas gerginliği artmış olduğundan aniden yataktan fırlama, odadan çıkma şeklinde davranışlar da görülebilmektedir.



Örnek

- Ayşe, 2 yaşında kız çocuğudur. Annesi Ayşe'nin son bir haftadır gece çığlık atarak uyandığını gözlerinin açık olduğunu ve sanki karşısında onu korkutan bir şey varmış gibi korkulu gözlerle bir noktaya odaklandığını, bu esnada kendisiyle konuşmaya çalışıldığında herhangi bir cevap vermemesi üzerine polikliniğe getirildiğini söylüyor. Değişmekle birlikte en fazla yarım saat kadar sürdüğünü ve daha sonra Ayşe'nin hiçbir şey olmamış gibi uyuduğunu belirtti. Sabah uyandığında Ayşe'nin hiçbir şeyi hatırlamadığını belirten anne, Ayşe'nin ciddi bir hastalığı olabilir, düşüncesinden dolayı çok tedirgindi. Ayşe'nin gelişimi yaşıtlarıyla uyumluydu.

## Kâbus Bozukluğu

Sıklıkla gecenin son üçte ikilik kısmında ortaya çıkan korku ve kaygının yanında yoğun öfke, üzüntü benzeri disforik duygularında yaşandığı, rüya içeriğinin net şekilde hatırlandığı uyanma ile sonuçlanan uyku bozukluğu olarak tanımlanabilir. Sıklıkla okul öncesi dönemdeki çocuklarda görülür. Yaş ile sıklığı azalmaktadır. Sağlıklı bireylerde de görülebilen bir durumdur. Klinik olarak genelde çocukları uykudan korku ve kaygı içinde uyandıran ve ayrıntılı şekilde hatırlanıp çocuk tarafından anlatılabilen rüyalar vardır. Uyku teröründen farklı olarak kâbus bozukluğunda çocukta herhangi bir hatırlamama durumu gözlemlenmezken atak sırasındaki otonomik belirtileri, kâbus bozukluğunda sıklıkla görülmez. Çocuk, kâbus bozukluğunda telkine daha yatkındır ve sıklıkla atak sırasında uyanır ve tekrar uykuya dalması zordur. Kâbus bozukluğu, gecenin son üçte birlik bölümünde ve REM döneminde görülmesi ile diğer uyku bozukluklarından ayrılır.



Örnek

• Ahmet, 12 yaşında bir erkek çocuktur. Annesi Ahmet'in son bir aydır çok fazla korkunç içerikli rüya gördüğünü, bu yüzden odasında yalnız yatmak istemediğini bazen gün içinde de anneye yakın olmaya çalıştığını, tuvaleti gelmesine rağmen yalnız gitmek istemediğini belirtti. Ahmet'in daha önceleri herhangi bir sorunu olmamasına rağmen okulda arkadaşları tarafından korku içerikli bir video izlediği, daha sonra şikâyetlerinin başladığını belirtti. Ahmet'in sıklıkla gece bağırarak uyandığını belirten annesi, o esnada Ahmet'in rüyasını anlatmaya başladığını, kendisine sarıldığında rahatladığını ama tekrardan uyuması istendiğinde bunu reddettiğini söyledi.



Uyku ile ilişkili yeme bozukluğunda sabah uyandığında açlık hissi sıklıkla görülür.

## Uyku ile İlişkili Yeme Bozukluğu

Uyku esnasında ortaya çıkan istem dışı yeme ve içme atakları olarak tanımlanabilir. Bu bozukluğu olan bireylerin yeme ve içme ataklarının yanı sıra:

- Yiyeceklerin garip formlarının, kombinasyonlarının, yenmeyen ya da toksik maddelerin tüketilmesi,
- Tekrarlayan yeme ataklarından dolayı uykunun bozulması,
- Gün boyu süren yorgunluk ya da uyku hâli,
- Yemeği ya da yemek yapmayı takiben ortaya çıkan tehlikeli davranışlar, uyku ile ilişkili kaza,
- Sabah anoreksisi,
- Yüksek kalorili yemeklerin tekrarlayıcı çok fazla yenmesi sonucu ortaya çıkan sağlık yan etkileri görülebilmektedir.

*Bulgulardan bir veya daha fazlasının bulunması gerekmektedir.*

Bu yeme atakları sabah uyandığında sıklıkla hatırlanmaz. Çocuklarda nadir olmasına rağmen ergenlik ve genç erişkinlik döneminde görülebilmektedir.

## Sirkadiyen Ritm Uyku Bozuklukları

Normal şekilde işleyen uyku-uyanıklık döngüsünde sosyal hayatta uyumsuzluğa neden olabilecek ve bireyin işlevselliğini bozabilecek içsel veya dışsal etkenlere bağlı olarak görülen bozukluklar olarak tanımlanabilir. Sirkadiyen ritim bozukluğu belirtilerinin en az üç ay boyunca haftada en az üç defa olması gerektiği vurgulanmaktadır.

*Sirkadiyen ritim bozuklukları sıklıkla üç farklı şekilde görülmektedir.*



Gecikmiş uyku fazı bozukluğu, ergenlik döneminde en sık görülen uyku fazı bozukluğudur.

### Gecikmiş Uyku Fazı Bozukluğu

Bireyin yaşadığı toplumun standartlarına göre uyku-uyanıklık ritminde iki saat veya daha fazla gecikmeli olarak uzaması olarak tanımlanabilir. Bu bireylerin sıklıkla geç saatlere kadar uyuyamadıkları görülmektedirler. Toplam uyku süreleri normal olan bu bireyler sosyal sebeplerden dolayı sabah erken saatte uyanmaları gerektiğinden yeterince uyuyamamaya bağlı olarak gün içinde uyku yoksunluğu yaşamaya bağlı olarak işlevsellikleri belirgin oranda bozulma sıklıkla görülmektedir. Ergenlik döneminde en sık görülen uyku bozukluğudur.



Örnek

•Kaan, 16 yaşında bir erkek çocuktur. Kaan'ın asıl şikâyeti sabah okulda ilk derslere yetişemediği için yok yazıldığı, bu yüzden sınıfta kalacağı şeklindeydi. Annesi, Kaan'ın çok geç saatlere kadar uyumadığını, bazen sabah 4:00 gibi uyuduğunu, bu yüzden sabah uyanmakta çok ciddi sorun yaşadığını, hafta sonları ise öğlen 13:00'e kadar uyuduğunu belirtti. Okulda öğretmenin Kaan'ın ders esnasında sık sık uyukladığını, son bir yıldır ders başarısının belirgin oranda düştüğünü belirtti.

### Erken Uyku Fazı Bozukluğu

Bireyin yaşadığı toplumun standartlarına göre uyku-uyanıklık ritminde iki saat veya daha fazla öne kayma görülen durum olarak tanımlanabilir. Bu bireylerin sıklıkla güneşin batışından hemen sonra uyudukları ve çok erken saatte uyanmaları görülmektedir. Toplam uyku süreleri normal olduğundan bu bireyler, günün erken saatlerinde uyanıp diğer ortak yaşam alanındaki bireylerin uyku kalitesinde bozulmaya neden olabilmektedir. Bu bireylerin erken uyuma saatlerine sosyal nedenlere bağlı olarak uyamadıklarında gün içinde uyku yoksunluğuna bağlı olarak işlevselliklerinde belirgin bozulmalar görülebilmektedir. Çocuklarda nadir görülmektedir.

## Düzensiz Uyku-Uyanıklık Ritim Bozukluğu

Düzensiz uyku-uyanıklık ritim bozukluğu olan bireylerde düzenli bir uyku-uyanıklık ritmi yoktur. Yirmi dört saatlik süre boyunca en az üç defa olan uyku dönemleri mevcuttur. Bu bireylerin toplam uyku süreleri sıklıkla normaldir. Uyumamaları gereken durumlarda uykuya dalma durumlarından dolayı günlük işlevleri bozulabilmektedir. Sıklıkla göz hastalıkları olan bireylerde görülmektedir [6].

## UYKU BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUKLARDA NE YAPMALIYIM?

Çocuklarda uyku bozukluğunda ilk başta farmakolojik tedavi önerilmez. Bu yüzden çocuk gelişim uzmanı olarak yapacağımız öneriler, çocuklardaki uyku bozukluğunda hem etkin olacaktır hem de aileler tarafından yaşanan endişeyi azaltacaktır.

Bir çocuğun uykusu neden bozulur?

Bunun hem çocukla hem de çevreyle ilişkili birçok nedeni vardır. Uyku bozukluğu ile gelen bir çocukta uykunun bozulduğunu tespit etmek için öncelikli yapılacak şey, uyku günlüğü tutmasını önermektir. Çünkü uyku günlüğü çocuğun uykusuyla ilgili bize çok fazla yol gösterici olacaktır. Uyku günlüğünü tutan çocuğun yaşı bizim için çok önemlidir. Bazı yaşlarda normal olan durumun diğer yaş grubunda bozukluk göstergesi olmaktadır.

*Örneğin 3 yaşında bir çocuğun günde 13 saat uyuması normal iken bu durumun ergenlik döneminde olması bozukluk olarak nitelendirilir.*

Peki, uyku günlüğünde neler olmalıdır?

Bunları şu şekilde özetleyebiliriz:

- Çocuğunuz nerede uyuyor?
- Çocuğunuz günde kaç saat uyuyor?
- Çocuğunuz saat kaçta uyur ve saat kaçta uyanır?
- Çocuğunuz gündüz uyur mu?
- Çocuğunuz gece uyanır mı?
- Çocuğunuz uyumak için bir şeye (oyuncak vb.) ihtiyaç duyar mı?
- Çocuğunuzun yatağa gitmesi ile uyuması arasında ne kadar zaman vardır?
- Çocuğunuzun ev ortamında uykusunu etkileyecek herhangi bir değişiklik oldu mu?

Bunun gibi soruların cevaplarını içeren bir günlük tutulması, uykunun bozuk olup olmadığı ve bu durumun çocuktan mı yoksa çevresel etkenlerden mi kaynaklandığı hakkında bize ayrıntılı bilgi verebilmektedir.

Peki, uykusu bozulan bir çocukta öncelikli yapmamız gereken şey nedir?

Uyku, çocukların gelişiminde çok önemli bir yerdedir. Uyku bozukluğu, kısa ve uzun dönemde birçok sağlık sorunu ile yakından ilişkili olduğu bilinmektedir.



Çocuklarda uyku bozukluklarında genellikle ilaç tedavisi önerilmez.

Uykusu bozulan çocuğun uyku problemini, en kısa sürede çözmek gelişimi açısından çok önemlidir.

Çocuk gelişim uzmanı olarak neler yapabiliriz?

Öncelikli olarak çevresel değişiklikler, uyku problemlerinde öne çıkmaktadır. Çünkü çocuklarda uyku problemlerinin uyku hijyeninin yetersizliğinden kaynaklandığı çalışmalarda gösterilmiştir.

Peki, uyku hijyeni nedir?

Uykunun hijyeni mi olur diye düşünmeyin, elbette uyku hijyeni olur hem de belli başlı kuralları vardır.

Uyku hijyeni kurallarını şöyle sıralayabiliriz:

- Çocuğun yatak odası sessiz ve karanlık olmalıdır.
- Çocuğun yatak odası sıcaklığı, 18-24 °C arasında olmalıdır.
- Çocuğun uyuma ve uyanma saatleri belli olmalıdır.
- Çocuk aç karına yatırılmamalı, uyumadan yaklaşık 1-2 saat önce doyurulmalıdır.
- Çocuğun uyumaya yakın dönemde fazla sıvı alımı engellenmelidir.
- Uykudan birkaç saat öncesinde yorucu aktivitelerden uzak durulmalıdır.
- Çocukların gündüz uykuları, belli düzende olmalı ve gündüz uyumak istemeyen çocuklar zorla uyutulmaya çalışılmamalıdır.
- Akşam saatlerinde çay ve kahve gibi uykuyu kaçıran uyarıcı maddelerden uzak durulmalı.
- Çocuğun kullandığı ilaçlara dikkat edilmeli, uykuyu bozan ilaç kullanımı olan çocukların aileleri bilgilendirilmelidir.

Çocuk gelişimi uzmanı olarak bu kurallara uymaları konusunda aileleri bilgilendirdiğimizde uyku ile ilgili sorunların büyük bir kısmını çözmüş olacağız.

Bazen uyku bozukluğu çevresel değil de çocuğun kendisinden kaynaklanabilmektedir.

Peki, bu durumda çocuk gelişim uzmanı olarak neler yapabiliriz?

Okul öncesi dönemde çocuklarda sıklıkla gördüğümüz iki durum üzerinden önerilerimizde bulunabiliriz. Bunlar uyku terörü ve kâbus bozukluğudur. Bu iki bozukluk içinde uyku günlüğü tutma ve uyku hijyeni önerilerimiz geçerlidir. Peki, ek olarak neler önerebiliriz?

*Uyku terörü ile gelen bir çocukta yapacağımız en önemli şey, aileyi bu durumun önemli bir şeyin göstergesi olmadığı konusunda bilgilendirip rahatlatmaktır.*



Uyku bozukluğu olan bir çocukta asıl tedavi psikoeğitimidir.

Uyku terörü yaşayan çocuğun yanına gitmeleri ve çocuğu uyandırmamaları konusunda bilgilendirip sakince atağın geçmesini bekleyip tekrar uyumasını sağlamaları ve bu esnada çocuğun kendisine zarar verecek davranışlarda bulunmasına engel olmaları söylenmelidir.

Okul öncesi dönemdeki çocuklarda sık gördüğümüz diğer uyku bozukluğu olan kâbus bozukluğunda çocuk gelişimi uzmanı olarak neler yapabiliriz?

Kâbus bozukluğunda işimiz daha kolay, çünkü çocuk uyanıktır. Ailelere yapılacak tavsiye, bu durumda mümkün olduğu kadar kısa sürede çocuğun yanına gitmeleridir. Odaya girdiklerinde çocuğun rüya içeriğini anlamlandırmaması için ışığın açılmasını ve çocuğun sakinleştirmesini önerin. Çocuk uyanık olduğundan sadece bir rüya gördüğü aslında gerçek olmadığını söylenmesi ve çocuğa sarılarak rahatlatılması gerekmektedir. Çocuğun tekrardan uyuması için cesaretlendirilip uyuması sağlanmalıdır.

Birçok öneriye rağmen şikâyetlerinde herhangi bir düzelme olmayan çocukların bir çocuk psikiyatri uzmanına yönlendirilmeleri uygun olacaktır.

## ÇOCUKLARDA UYKU BOZUKLUKLARI TEDAVİSİ

*Çocuğun uykusunu bozan etkenin saptanması ve ona yönelik tedavinin önerilmesi gerekmektedir.*

Uyku bozukluğunun tedavisi neden bu kadar önemlidir? Yazının başında da belirtildiği gibi uyku, çocukların gelişiminde çok önemli bir yerdedir. Ninnilerimizde de söylendiği gibi uyku çocukların büyümesinde çok etkin bir role sahiptir. Özellikle uykunun derin dönemlerinde bol miktarda büyüme hormonu salgılanmaktadır. Uyku bozukluğu yaşayan bir çocukta, hem gelişim bozukluğu gibi bedensel bulgular yaşanırken aynı zamanda dikkat eksikliği, depresyon gibi ruhsal bozukluklar da daha sık görülmektedir. Uyku bozukluğu ile gelen bir çocukta yukarıdaki önerilere ne kadar uyulduğu tekrar gözden geçirilir. Bu önerilere rağmen uykusu hâlâ bozuk olan çocuklara farmakoterapi önerilir. Uyku bozukluğunda en sık kullanılan ilaçlar hipnotiklerdir.

Hipnotik etkili ilaçlar, 3 temel mekanizma ile etkilidir. Bunlar GABA reseptör agonisti, melatonin reseptör agonisti ve histamin reseptör antagonisti etkileridir. Yan etki profilleri, göz önünde bulundurulduğunda ilk tercih olarak melatonin kullanımı önerilir. Yeterli fayda görülmezse antihistaminiklerin başlanması en son çare olarak benzodiazepinlerin kullanımı önerilmektedir [7].

Uyku bozukluğunda erken müdahale neden önemlidir?

Uyku, canlıların sağlıklı şekilde var olmaları için çok önemlidir. Özellikle çocukluk döneminde bedensel ve ruhsal olarak sağlıklı bir büyümenin olması için uykunun rolü çok fazladır. Bu yüzden uyku bozukluğu olan çocukların en kısa sürede tedavi edilmesinin obezite-diyabet gibi bedensel hastalıkların depresyon-anksiyete bozukluğu gibi ruhsal hastalıkların önlenmesinde çok ciddi bir rol almaktadır. Yapılan çalışmalarda yeterince uyuyamayan bireylerin kan kortizol düzeylerinin arttığı, bu yüzden obezite ve diyabet riskinin arttığı, benzer şekilde yeterince uyumayan bireylerde REM uykusunun duyguları düzenleyici

etkinliğinden yeterince faydalanmayan bireylerde depresyon ve anksiyete bozukluğu sıklığı artmaktadır.

Özetle sağlıklı bireyler olmak için yeterince uyumamız gerekmektedir.



**Bireysel Etkinlik**

- Çevrenizde uyku problemleri olan bir çocuğun ailesine uyku hijyeni ile ilgili önerilerde bulunun.
- Ailenin süreçle baş etmeye çalışırken hangi konularda hatalı davranmış olabileceğini düşünün ve arkadaşlarınız ile tartışınız.



## Özet

### • GİRİŞ

•Uyku, canlıların geçici bilinçsizlik durumu olarak tanımlanır. Uykudan bahsetmeden önce bilinçten bahsetmek gerekmektedir. Çünkü uyku bir bilinçsizlik durumudur ve bunun anlaşılması için bilincin ne olduğunu bilmek gerekmektedir. Peki bilinç nedir? Bilinç, kişinin kendisi ve çevresine karşı farkında olması durumu olarak tanımlanabilir. Bilincin 4 farklı şekli vardır. Bunlar; dikkatli uyanıklık, gündüz düşü dediğimiz hafif meditasyon, uykulama hâli dediğimiz derin meditasyon ve uykudur.

### • NORMAL UYKU NEDİR?

•Uyku; EEG yardımıyla görülen beyin dalgaları, elektrookülografi yardımıyla göz hareketleri ve elektromyografi yardımıyla kas tonusundaki değişikliklerin görüldüğü, 90-120 dakika kadar süren döngülerden oluşan REM (Rapid Eye Movement) ve Non-REM (Non Rapid Eye Movement) olan iki temel evreden oluşmaktadır. REM uykusunda temel faktör hızlı göz hareketleridir, bu yüzden bu ismi almıştır. Non-REM uykusu ise belirgin olarak tonus kaybı olmuş kaslar ve yavaş göz hareketlerinin olmasından dolayı bu şekilde isimlendirilmiştir. Non-REM uykusu, temelde 3 farklı evreden oluşmaktadır. Bu evreler; N1 evresi, N2 evresi ve N3 evresi olarak adlandırılmaktadır.

•Normal ve bölünmemiş bir gece uykusunda bu evreler 90 ile 120 dakika kadar süren döngüler hâlinde görülmektedir. Bu döngüler, gecede 4-5 kez tekrarlanır. Bu döngüde evreler sırayla gitmemektedir. Uykuya geçtiğimiz N1 evresi ile başlar, daha sonra N2 evresine geçilir, sonra N3 evresi gelir, sonra tekrar N2 evresine dönülüp REM uykusuna geçilir. Daha sonra tekrar N1 evresine geçilip döngü yeniden başlar. Bu evrelerin uzunlukları birçok faktörden etkilenmektedir. Genellikle N1 evresi, toplam uykunun %2-5'ini kaplarken bu durum N2 evresi için %45-55, N3 evresi için %20-25, REM uykusu %25-30 kadardır.

### • UYKU SÜRESİ

•Bebeklerde uyku süresi, 14-15 saat iken 1-3 yaş arası çocuklarda 12-13 saat, okul öncesi dönemdeki çocuklarda 10-12 saat, okul çağı çocuklarında 8-11 saat, ergenlik döneminde uyku süresinin 7-9 saate kadar azaldığı görülmektedir.

### • UYKU BOZUKLUKLARI

- Uykusuzluk bozukluğu (insomnia)
- Aşırı uykululuk bozukluğu (Hipersomnolans)
- Narkolepsi
- Konfüzyonel uyanıklık
- Uyurgezerlik
- Uyku terörü
- Kâbus bozukluğu
- Uyku ile ilişkili yeme bozukluğu
- Sirkadiyen ritim uyku bozuklukları
  - Gecikmiş uyku fazı bozukluğu
  - Erken uyku fazı bozukluğu
  - Düzensiz uyku-uyanıklık ritim bozukluğu





## Özet (devamı)

- Çocuk gelişim uzmanı olarak neler yapabiliriz?
- Öncelikli olarak çevresel değişiklikler, uyku problemlerinde çok önemlidir. Çünkü çocuklarda uyku problemlerinin uyku hijyeninin yetersizliğinden kaynaklandığı çalışmalarda gösterilmiştir.
- Peki uyku hijyeni nedir?
- Uykunun hijyeni mi olur diye düşünmeyin, elbette uyku hijyeni olur hem de belli başlı kuralları vardır.
- Uyku hijyeni kurallarını şöyle sıralayabiliriz:
- Çocuğun yatak odası sessiz ve karanlık olmalıdır.
- Çocuğun yatak odası sıcaklığı 18-24 °C arasında olmalıdır.
- Çocuğun uyuma ve uyanma saatleri belli olmalıdır.
- Çocuk aç karına yatırılmamalı uyumadan yaklaşık 1-2 saat önce doyurulmalıdır.
- Çocuğun uyumaya yakın dönemde fazla sıvı alımı engellenmelidir.
- Uykudan birkaç saat öncesinde yorucu aktivitelerden uzak durulmalıdır.
- Çocukların gündüz uykuları belli düzende olmalı ve gündüz uyumak istemeyen çocuklar zorla uyutulmaya çalışılmamalıdır.
- Akşam saatlerinde çay ve kahve gibi uykuyu kaçırان uyarıcı maddelerden uzak durulmalı.
- Çocuğun kullandığı ilaçlara dikkat edilmeli uykuyu bozan ilaç kullanımı olan çocukların aileleri bilgilendirilmelidir.
- Çocuk gelişimi uzmanı olarak bu kurallara uymaları konusunda aileleri bilgilendirdiğimizde uyku ile ilgili sorunların büyük bir kısmını çözmüş olacağız.
- Bazen uyku bozukluğu çevresel değil de çocuğun kendisinden kaynaklanabilmektedir.
- Özellikle uykunun derin dönemlerinde bol miktarda büyüme hormonu salgılanmaktadır. Uyku bozukluğu yaşayan bir çocukta hem gelişim bozukluğu gibi bedensel bulgular yaşanırken aynı zamanda dikkat eksikliği, depresyon gibi ruhsal bozukluklarda daha sık görülmektedir. Uyku bozukluğu ile gelen bir çocukta yukarıdaki önerilere ne kadar uyulduğu tekrar gözden geçirilir. Eğer bu önerilere rağmen uykusu hâlâ bozuk olan çocuklara farmakoterapi önerilir. Uyku bozukluğunda en sık kullanılan ilaçlar hipnotiklerdir.

## DEĞERLENDİRME SORULARI

1. Bilinç ile ilgili olarak doğru aşağıda verilenlerden hangisi değildir?
  - a) Bilinç, bireyin kendisi ve çevresindeki olayların farkında olması durumudur.
  - b) Dikkatli uyanıklık döneminde beyinde sıklıkla kaydedilen EEG dalga boyu beta dalgasıdır.
  - c) Uykudan hemen önceki bilinç durumu hafif meditasyon durumudur.
  - d) Derin meditasyondaki kişi dış oranlara karşı tepki eşiği çok düşüktür.
  - e) Uyku bir bilinç durumudur.
2. Uykunun evrelerinin sıralaması aşağıdakilerden hangisinde doğru olarak verilmiştir?
  - a) N1→N2→N3→N1→REM
  - b) N2→N3→N1→REM→N2
  - c) N3→N1→N2→N3→REM
  - d) N1→N2→N3→N2→REM
  - e) N2→REM→N1→N2→N3
3. Uyku evreleri ile ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?
  - a) Uyurgezerlik uykunun N3 evresinde görülür.
  - b) Uykunun N1 evresinde sıklıkla görülen beyin dalgası teta dalgalarıdır.
  - c) Uyku evreleri içinde en uzun olanı N3 evresidir.
  - d) Uyku içiği ve K kompleksi beyin dalgaları, N2 evresinde görülür.
  - e) Rüyalarda sıklıkla uykunun REM döneminde görülür.
4. Uykunun sirkadyen ritmini belirleyen en önemli endojen ve ekzojen faktörler aşağıdakilerden hangileridir?

| <u>Endojen</u> | <u>Ekzojen</u> |
|----------------|----------------|
| a) Kortizol    | Işık           |
| b) Melatonin   | Ses            |
| c) Dopamin     | Işık           |
| d) Melatonin   | Işık           |
| e) Dopamin     | Ses            |
5. Sağlıklı bireylerde uyku latansının süresi aşağıdakilerden hangisidir?
  - a) 1-3 dakika
  - b) 5-10 dakika
  - c) 10-30 dakika
  - d) 30-60 dakika
  - e) 60-120 dakika

“3 yaşında olan Fatma'nın yaklaşık bir haftadır gece çılgık atarak uyandığı, karşısında biri varmış gibi korkulu gözlerle etrafı incelediği, sorulan sorulara cevap vermediği, on dakika sonra tekrardan uyuyakaldığı sabah uyandığında hiçbir şeyi hatırlamadığı öğrenildi.”

6. Yukarıda bahsedilen olguda aşağıdaki uyku bozukluklarından hangisi düşünülmelidir?
  - a) Konfüzyonel uyanıklık
  - b) Uyku terörü
  - c) Kâbus bozukluğu
  - d) REM uyku davranış bozukluğu
  - e) Narkolepsi
7. Çocuklarda büyüme hormonunun en fazla salgılandığı uyku evresi veya evreleri aşağıdakilerden hangisidir?
  - a) NON-REM, N1 evresi
  - b) NON-REM, N2 evresi
  - c) NON-REM, N3 evresi
  - d) REM evresi
  - e) NON-REM, N1 ve N2 evreleri
8. Çocuklarda uyku hijyeni ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?
  - a) Çocuğun uyumadan en az 1-2 saat öncesinde doyurulması gerekmektedir.
  - b) Çocuklara akşam vakitlerinde kahve ve çay gibi uyarıcı besinler verilmemelidir.
  - c) Çocukların oda sıcaklıkları 18-24 °C arasında olmalıdır.
  - d) Çocuğun istediği yerde uyumasına izin verilmelidir.
  - e) Çocukların uyuma ve uyanma saatleri belli olmalıdır.
  - I. GABA reseptör agonistleri
  - II. Melatonin reseptör agonistleri
  - III. III)Histamin reseptör antagonistleri
  - IV. IV)Serotonin reseptör agonistleri
9. Yukarıdaki ilaç gruplarından hangileri çocuklarda uyku bozukluğunda kullanılan ilaçlardır?
  - a) Yalnız I
  - b) I ve III
  - c) II ve IV
  - d) I, II ve III
  - e) I, II ve IV

10. Ergenlik döneminde en sık görülen uyku bozukluğu aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Uykusuzluk bozukluğu
- b) Aşırı uykululuk bozukluğu
- c) Kâbus bozukluğu
- d) Gecikmiş uyku fazı bozukluğu
- e) Uyurgezerlik

**Cevap Anahtarı**

1.c, 2.d, 3.c, 4.d, 5.c, 6.b, 7.c, 8.d, 9.d, 10.d

## YARARLANILAN KAYNAKLAR

- [1] Öztürk, B. (1995). *Genel öğrenme stratejilerinin öğrenciler tarafından kullanılma durumları*. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara.
- [2] Çetin, Ö. (2010). Televizyon alışkanlıklarımız IPTV ile değişecek. 20 Ocak 2018 tarihinde [www.hurriyet.com.tr](http://www.hurriyet.com.tr) adresinden erişildi.
- [3] Özer, B. (2004). Öğretmenin yeni görevi: Öğrenmeyi öğretme. *Öğrenmeyi öğretme etkinlikleri diyaloglar, sunumlar, atölyeler* içinde (s. 196-203). Ankara: Türkiye Zeka Vakfı Yayınları.
- [4] Türk Medeni Kanunu, (2001). 12 Nisan 2018 tarihinde <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.4721.pdf> adresinden erişildi.
- [5] Özkaya, A. (2016). Üstbilişsel ve internet tabanlı üstbilişsel öğretim yöntemlerinin öğrencilerin hücre bölünmesi ve kalıtım konusundaki tutumlarına ve üstbilişsel düşünme düzeylerine etkisi. *21. Yüzyılda Eğitim ve Toplum Dergisi*.
- [6] TÜİK, Türkiye İstatistik Kurumu (2016). Hanehalkı bilişim teknolojileri kullanım araştırması. 20 Şubat 2018 tarihinde <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=6308> adresinden erişildi.
- [7] Karasar, N. (2009). *Bilimsel araştırma yöntemi*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.

# YEME GELİŞİMİ VE BOZUKLUKLARI



**ATATÜRK  
ÜNİVERSİTESİ**  
AÇIKÖĞRETİM FAKÜLTESİ

**ÇOCUK PSİKOLOJİSİ  
VE RUH SAĞLIĞI**  
Uzm. Dr. Hakan  
ÖĞÜTLÜ



## İÇİNDEKİLER

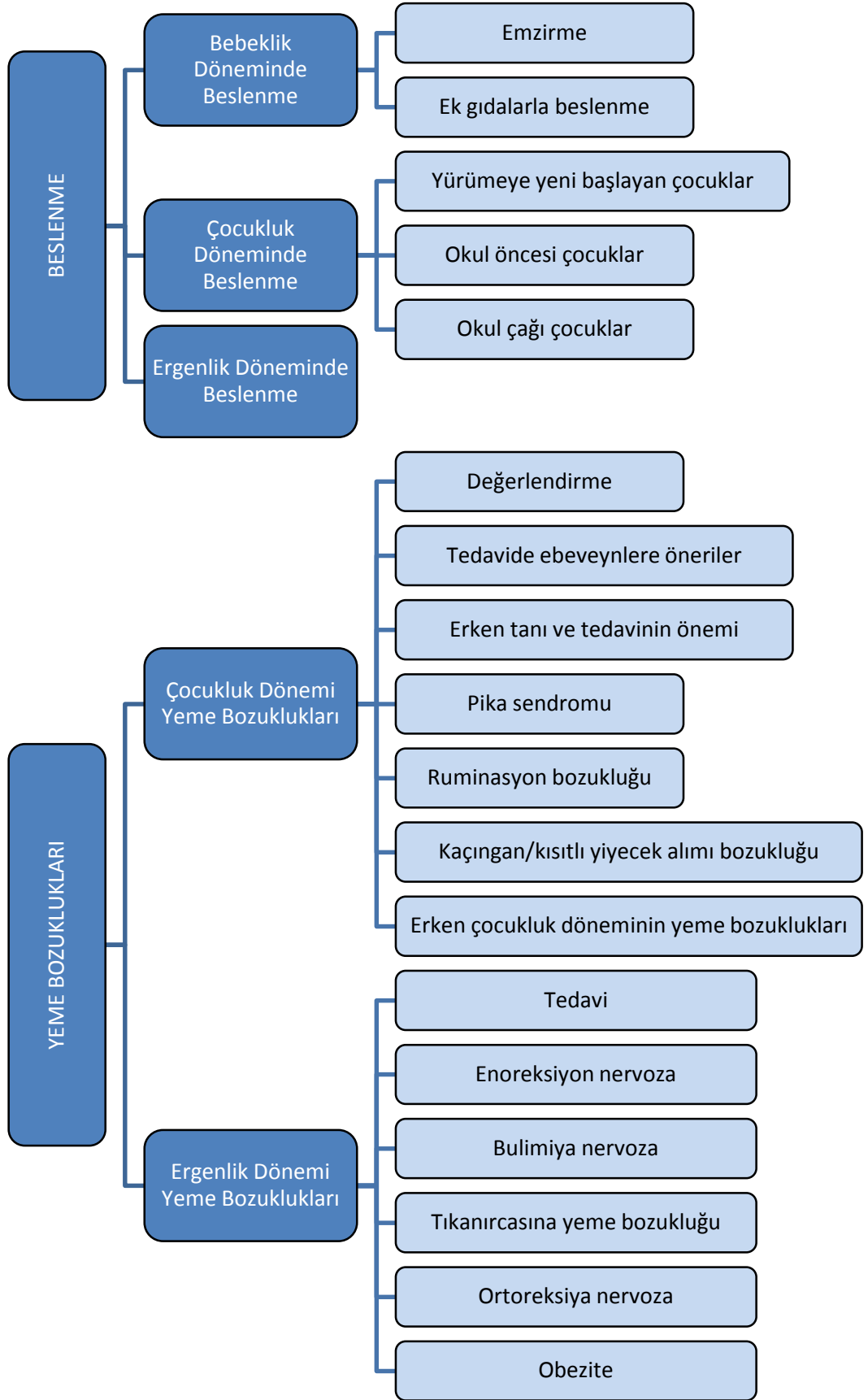
- Beslenme nedir?
- Yeme Bozuklukları



## HEDEFLER

- Bu üniteyi çalıştıktan sonra;
- Bebeklik, çocukluk ve ergenlik dönemindeki beslenmeyi öğrenebilecek,
- Yeme bozukluklarından koruyucu yaklaşımları tanıyabilecek,
- Çocukluk ve ergenlik dönemi yeme bozukluklarını ve müdahale yöntemlerini kavrayabilecek,
- Yeme bozukluklarında erken tanı ve tedavi için yapılması gerekenleri açıklayabileceksiniz.

**ÜNİTE  
7**



## GİRİŞ

Yeme gelişimi ve bozuklukları son dönemlerde toplum tarafından oldukça ilgi çeken konulardan birisidir. Bu konunun popüler olmasının esas sebeplerinden birisi ailelerin sağlıklı çocuk gelişimi için beslenmenin önemini kavramalarından geçmektedir. Çocuk ve ergenlerin yeterli ve düzenli beslenmesi, sağlıklı olarak gelişmeleri için esastır.

Çocukların beslenmeleri esnasında yaşadıkları sorunlar, kalıcı hâle gelerek yaşamlarını etkilemeye başladığında yeme bozukluğu gelişmiş olur. Bozukluk gelişmeden önce yapılacak doğru müdahalelerle beslenmenin düzenlenmesi yeme bozuklukları açısından koruyucudur. Ailelere, çocuklarını nasıl sağlıklı beslemeleri gerektiğini öğretmek son derece önemlidir. Sağlıklı beslenen bir çocuk, ailesini rol model olarak aynı zamanda sağlıklı beslenen bir ergen ve bir erişkin hâline dönecek, yeme bozukluğundan korunmuş olacaktır.

Yeme bozukluğu gelişen çocuk ve ergenlerde ise erken tanı ve tedavi oldukça önemlidir. Yeme bozukluğu tedavi edilmez ise çok ciddi tıbbi problemler ve ölüme kadar varabilecek sonuçlar ortaya çıkabilir. Bu nedenle yeme bozukluğundan şüphelenilen çocuklar, en kısa sürede çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanına ve çocuk doktoruna yönlendirilmelidir. Gerekli muayene ve tetkiklerin ardından tedaviye başlanmalı, ciddi vakalarda hastaneye yatışı eşliğinde tedavi gerçekleştirilmelidir.

Bu ünite de beslenmenin tanımı, bebeklik, çocukluk ve ergenlik döneminde beslenme ve bu dönemlerde beslenme sorunları olan çocuk ve ergenlere yaklaşımı, yeme bozuklukları tanımı, bebeklik, çocukluk ve ergenlik dönemlerinde yeme bozuklukları değerlendirme yöntemleri ve tedavi seçenekleri ele alınacaktır.

## BESLENME NEDİR?

Beslenme, vücudun düzenli olarak çalışabilmesi için gerekli olan besinlerin vücuda alınmasıdır. Besinlerin yaşamın başından sonuna kadar düzenli olarak ve yeterli miktarlarda alınmasına ihtiyaç vardır. Vücut fonksiyonlarının ve sağlıklı hâlin korunabilmesi için beslenme son derece önemlidir.

Hayatın her döneminde önemini koruyan beslenmeyle ilgili dönemsel özellikler “Bebeklik Döneminde Beslenme”, “Çocukluk Döneminde Beslenme” ve “Ergenlik Döneminde Beslenme” başlıklarıyla ele alınacaktır.

### Bebeklik Döneminde Beslenme

Bebeklik döneminde beslenme, emzirme ve ek gıdalarla beslenme olmak üzere iki ayrı başlıkta ele alınacaktır.





Emzirme, tüm bebekler için kuvvetle önerilen beslenme şeklidir.

## Emzirme

Tüm bebekler için emzirme kuvvetle önerilen beslenme şeklidir. Bebeklerin anne sütü ile beslenmesi tavsiyesi; anne sütünün bebek beslenmesine katkıları, sindirim ve bağışıklık sistemine sağladığı yararları ve çocukluk dönemi hastalıkları üzerindeki olumlu etkileri nedeniyle kabul edilmiştir. Anne sütünün koruyabileceği çocuk hastalıkları, Tablo 7.1.'de yer almaktadır. Ek olarak anne sütünün anne sağlığına olan yararları da saptanmıştır. Bebeğin gelişimi için son derece önemli olan emzirme için anne, doğum öncesinde ve sonrasında cesaretlendirilmelidir [1].

Doğumdan sonraki ilk 24 saat içinde emzirilmeye başlanan yenidoğan, her 24 saatte 8-12 kez veya daha fazla, genellikle göğüs başına 10-15 dakika süre boyunca emzirilmelidir. Genelde 1,5-3 saatte bir emzirilmelidir. İlk birkaç gün içinde sık sık emzirmek, doğum sonrası kilo kaybını en aza indirir, yenidoğan sarılığı olasılığını azaltır ve iyi bir süt sağlamaya yardımcı olur.

Emzirme en az ilk 4 ay, tercihen ilk 6 ay boyunca bebeğin beslenmesinde tek başına sürdürülmelidir. Ek gıdaların ilavesiyle birlikte, emzirme en azından ilk 12 ay ve sonrasında, anne ve bebek tarafından arzulandığı sürece devam ettirilmelidir [2].

Emzirilen sağlıklı bir yenidoğan için genel olarak takviyelere ihtiyaç yoktur. Altı aylık bir bebek için anne sütündeki demir miktarı yetersiz olduğundan demir ilavesinin demir eksikliği anemisini önlemek için gerekli olduğu kabul edilir.

Bebeğin bağırsakları daha az K vitamini üretir ve insan sütünün K vitamini içeriği oldukça düşüktür. Bu nedenle, bebeğin K vitamini ihtiyaçlarını karşılamak için, bebeğe doğumda tek doz K vitamini verilir. İnsan sütünün D vitamini içeriği de düşüktür; D vitamini için gerekli besin ihtiyacı yeterli güneş ışığına maruz kalma ve D vitamini besin takviyesi ile karşılanır [3, 4].



Emzirme, en az ilk 4 ay, tercihen ilk 6 ay boyunca bebeğin beslenmesinde tek başına sürdürülmelidir.

**Tablo 7.1.** Anne Sütünün Koruyabileceği Çocuk Hastalıkları [5].

| <b>Akut bozukluklar</b>                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• İshal</li> <li>• Orta kulak iltihabı</li> <li>• İdrar yolu enfeksiyonu</li> <li>• Nekrotizan enterokolit</li> <li>• Septisemi</li> <li>• Bebek botulizmi</li> </ul> |
| <b>Hastaneye yatışlar</b>                                                                                                                                                                                    |
| <b>Bebek ölümleri</b>                                                                                                                                                                                        |
| <b>Kronik bozukluklar</b>                                                                                                                                                                                    |

|                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>•İnsüline bağımlı diyabet mellitus</li> <li>•Çölyak hastalığı</li> <li>•Crohn hastalığı</li> <li>•Çocukluk kanseri: lenfoma, lösemi</li> <li>•Alerji</li> </ul> |
| <b>Obezite ve aşırı kiloluluk</b>                                                                                                                                                                      |

### Ek Gıdalarla Beslenme

Ek gıdalarla beslenme, anne sütü ile birlikte besin değeri olan ek gıdaların verilmesi olarak tanımlanmıştır. Ek gıdalar, katı-sıvı besinleri ve bebek formüllerini içerir. Ek gıdalar, 4-6 aylık dönemde başlanabilir [6].

### Ek Gıdalara Başlanmasıyla İlgili Pratik Öneriler



Ek gıdalar, 4-6 aylık dönemde başlanabilir.

- Her seferinde tek bir yeni yiyecek vermeyi deneyin ve olası alerjik reaksiyonları gözlemlemek için 3-5 gün boyunca başka yeni bir yiyecek denemeyin. Uygulamada, bebekler için hazırlanmış demir takviyeli pirinç tahılları en az alerjik reaksiyona neden olabilecek katı yiyeceklerden biridir, ilk olarak bu ek gıdalla başlanabilir [7].
- Önemli besinleri içeren ve enerji ihtiyaçlarını karşılamada yardımcı olan yiyecekleri ilk olarak seçin. Hangi ek gıdaların hangi sırayla başlanacağı konusunda kapsamlı bir araştırma yapılmamasına rağmen, demir takviyeli bebek tahılları ve püre hâline getirilmiş etler ilk olarak önerilmektedir, çünkü bu gıdalar bol protein, demir ve çinko içermektedir [8].
- Bir yaştan sonuna çeşitli gıdalarla tanıştırın. Çocukluk döneminde sağlıklı beslenme için bu dönemde atılan temeller oldukça önemlidir. Besin çeşitliliği kısıtlı olan beslenme, küçük çocukların diyetlerindeki önemli besin kaynaklarını sınırlamakta ve beslenme durumunu tehlikeye sokabilmektedir. Geçişin zamanlamasından ve hangi gıdaların tüketilmesi gerektiğinden ziyade, bebeği her çeşit gıdalla bu yaşlarda tanıştırmak çok daha önemlidir.

Meyve ve sebzelerin az miktarda tüketilmesi, kısıtlı sayıda yiyeceklerle beslenme ve çok miktarda şekerleme, patates kızartması ve gazlı içecek tüketimi, sağlığı tehlikeye attığı için istenmemektedir. Çocuğun gelişimine uygun olarak çok çeşitli ve besin içeriği yüksek olan gıdaların sunulması, sağlıklı beslenmeyi bu yaşta aşılama başlar.

Bir bebek, eti ve tahılları yemeye başladıktan sonra, tamamlayıcı diyetle ezilmiş veya püre hâline getirilmiş meyve ve sebzeler eklenebilir. Ebeveynler, yeni bir yiyecek sunarken çocuğun yemesini sağlamak için aynı yiyeceği 8-15 kez yeniden sunmayı denemelilerdir [9].

- Yaşamın ilk yılında inek sütü verilmez. İnek sütü, hızla büyüyen bebeği desteklemek için gerekli olan besin maddelerine sahip değildir. Ayrıca inek sütü 1 yaşında başlandığında, sadece tam yağlı inek sütü verilmelidir [10].
- Ek gıdalara geçiş yaparken yeterli kalsiyum alımını sağlayın. Uygun yaşta, inek sütünün sağlanması kalsiyum alımını artırmaya yardımcı olur. Süt



Yaşamın ilk yılında inek sütü verilmez.



Ebeveynler, yeni bir yiyecek sunarken çocuğun yemesini sağlamak için aynı yiyeceği 8-15 kez yeniden sunmayı denemelilerdir.

- tüketemeyen çocuklara kalsiyum takviyeli ürünler önerilebilir. Keçi sütü, inek sütüne alternatif olarak tavsiye edilmez [11].
- İlk altı aylık dönemde meyve suyuna başlamayın. Daha sonra, 1-6 yaş arası çocuklar için günde 100-150 ml ile sınırlı, sadece %100 meyve suyu içeren, mümkünse evde hazırlanmış içecekler sunun. Ayrıca meyve sularının çeşitlerini artırın [12].
- Ev yapımı yiyecekleri seçerken ve hazırlarken güvenli, yeterli beslenmeyi sağlayın.
  - 12 aylık ve daha küçük bebeklere ezilmiş veya püre hâline getirilmiş katı yiyecekler, boğulma riski olmaksızın verilebilir.
  - 4 yaşından küçük çocuklarda fındık, üzüm, kuru üzüm, çiğ havuç, patlamış mısır ve yuvarlak şekerlerden kaçınin.
  - Tamamlayıcı gıdalara tuz veya şeker eklemekten kaçınin. Besin maddelerinin içindeki tuz, şeker miktarları, gereksinimi karşılamak için yeterlidir. Tuz veya şekerin eklenmesi çocuğun yemesi için gerekli değildir. Gıdaların tekrarlanan sunumuyla çocuk bu gıdaları yemeye başlar.
  - Katı yiyecekleri vücut sıcaklığına kadar ısıtın, aşırı ısıtmayın. Yemekleri ısıttıktan sonra iyice karıştırın ve bebeğe vermeden önce ısısını kontrol edin.
  - Evde hazırlanmış yiyecekleri kullanırken besin ve enerji yeterliliğini sağlayın [13].
- Büyümenin yavaşlığını veya olabilecek diğer sorunları tespit etmek için bebeği izleyin. Mamalar yerine katı gıdalarla beslemeye odaklanın. Demir eksikliği tespit edilirse tedaviye başlamak gerekebilir.

Bebeklerin beslenmesiyle ilgili ebeveynlere yönelik önerilerin bulunduğu kısa kılavuz, Tablo 7.2.'de yer almaktadır.

**Tablo 7.2.** Bebeklerde Beslenme: Ebeveynlere Yönelik Kılavuz [14].

| Beslenme Hedefleri                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------|
| • İlk yıl boyunca emzirmeyi teşvik edin ve destekleyin.                   |
| • Çocuğu sadece her gün aynı zamanlarda değil, aç olduğunda da besleyin.  |
| • Katı gıdaları, 4-6 aydan sonraya erteleyin.                             |
| • Yetersiz veya aşırı kilo alımını yakından izleyin.                      |
| • Çocuk yiyecekleri kabul edene dek yeni yiyecekleri tekrar tekrar sunun. |
| • Meyve suyu ve diğer şeker bazlı içecekleri en aza indirin.              |
| • Bir aile olarak yemek yiyin; iyi bir rol model olun.                    |

## Çocukluk Döneminde Beslenme

Çocukluk döneminde “Yürümeye Yeni Başlayan Çocuklar”, “Okul Öncesi Çocuklar” ve “Okul Çağı Çocukları” başlıklarıyla ele alınacaktır.



Biberondan kesme, yürümenin başlangıcından (12-15 aylık) itibaren başlatılmalıdır.

### Yürümeye Yeni Başlayan Çocuklar

Yürümeye yeni başlayan çocuklar, hem kendi kendilerine beslenebilir hem de yemek istediklerini dile getirebilirler. 7-12 ay arası çoğu bebekler, elleriyle yiyecekleri kavramaya, yumuşak yiyecekler veya küçük topaklar hâlinde yemeye geçiş yapabilir. 12-15 aya kadar yürümeye yeni başlayan çocuklar, genellikle daha sert yiyecekleri kendi kendine yiyebilir ve yardım almadan bardaktan içebilirler [15].

Biberondan kesme, yürümenin başlangıcından (12-15 aylık) itibaren başlatılmalıdır. Diş çürüğü ile olan ilişkilerinden dolayı, özellikle yatmadan önce biberon verilmemelidir. Birinci ve ikinci yaşlar arasında, bebekler kaşık tutabilme, kaşıklama ve kaşığı ağzına götürebilme yeteneklerini kazanır. Kendi kendini beslenmenin desteklenmesi, enerji alımını kendisinin düzenlemesine ve beslenme becerilerini geliştirmesine katkı sağlar. 2 yaşına gelen bir çocuk, aile üyelerine sunulan yiyeceklerin çoğunu tüketmeye hazırdır.

Yumuşak, ezilmiş veya öğütülmüş yiyeceklerden başlayarak 15-18 aylıkken sofralık yiyeceklere geçerek kendi kendine beslenme becerilerini geliştiren yiyecekler verilmelidir [16].

### Okul Öncesi Çocuklar

Okul öncesi çocuklar, daha gelişmiş motor becerilere sahiptir; mutfak eşyalarını ve bardakları doğru bir şekilde kullanırlar ve yemek için masaya oturabilirler. Yemek yesinler veya yemesinler, aile yemeği saatlerine 15-20 dakikalık bir süre boyunca katılmaları sağlanmalıdır.

Okul öncesi çağındaki çocuklar, yemeğin ne zaman ve nerede gerçekleştiğinin, özel beslenme durumlarında ne tür yiyeceklerin tüketildiğinin (örneğin dondurma yeme), bu yiyeceklerden ne kadar tüketilmesi gerektiğinin daha fazla farkına varırlar. Bu artan farkındalığın bir sonucu olarak çocukların yemek seçimi ve tüketimi, günün saati, porsiyonun büyüklüğü, çocuğun yemesi üzerine olan kontrol, diğer insanların yeme tercihleri ve davranışları gibi çeşitli çevresel faktörlerden etkilenmektedir [14].

Okul öncesi dönemde, çoğu çocuk her gün 3 öğün ve daha fazla sayıda ara öğün tüketmektedir. Her ne kadar çocukların yeme kararları düzensiz gözükse de toplam günlük enerji alımı genellikle sabit kalmaktadır. Yine de küçük çocuklar, dengeli beslenmeyi seçecek kadar gelişmemişlerdir. Yetişkinler, çeşitli besleyici ve gelişimsel olarak uygun yiyecekler sunmak zorundadır [17]. Tablo 7.3.’te okul öncesi çocuğu olan ebeveynler için öneriler özetlenmiştir.

**Tablo 7.3.** Okul Öncesi Çocukta Beslenme: Ebeveynlere Yönelik Kılavuz [14].

#### Beslenme Hedefleri



Çocukların aile yemeği saatlerine 15-20 dakikalık bir süre boyunca katılmaları sağlanmalıdır.

|                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| • Yeme zamanını ve içeriğini seçin.                                                             |
| • Çocuğun yiyeceği miktarı kendisinin seçmesine izin verin; tamamen bitmiş bir tabak istemeyin. |
| • Meyve suları, şekerlemeler ve yüksek yağlı yiyeceklerden kaçının.                             |
| • Yiyecekleri ödül veya ceza olarak kullanmayın.                                                |
| • Kabul edene kadar 6-10 kez yeni yiyecekler sunun.                                             |
| • Büyük porsiyonlardan kaçının; rol model olun.                                                 |

### Okul Çağı Çocukları

Okul yılları, beslenme eğitimi kavramlarının başarıyla uygulanabileceği dönemdir. Çocukların sağlıklarına odaklanmak yerine, meyve ve sebzenin tüketimine önem verilmelidir [18].



Çocukların sağlıklarına odaklanmak yerine, meyve ve sebzenin tüketimine önem verilmelidir.

Arkadaşlık ilişkileri geliştirmeye başlayan özellikle 8-11 yaş arası çocuklar, kilolarını ve vücut şekillerini akranlarıyla karşılaştırmaya başlarlar. Bu süre zarfında çocukların kiloları, büyümeleri ve vücut şekilleri büyük farklılıklar göstermektedir. Arkadaşlarının etkisiyle, beslenme durumlarını etkileyebilecek olumlu veya olumsuz tutum ve davranışlar geliştirebilirler [Şekil 7.1.].

Okul çağındaki çocukların çoğunluğunun her gün en az 2 saat televizyon izlediği bilinmektedir. Bu sebeple, televizyon, çocukların yeme davranışı üzerine etki eden bir başka faktördür. Çocuklar daha çok televizyon izleyerek zaman geçirdiklerinde, daha fazla miktarda pizza, tuzlu atıştırmalıklar ve gazlı içecekler tüketirler, daha yüksek miktarda enerji alırlar ve daha kilolu olurlar. Bu yaş grubundaki çocukların televizyon izlemeleri kısıtlanmalıdır [19].

Okul çağındaki çocuklar, yemek seçimlerinde daha fazla özgürlüğe sahiptir ve okul yılı boyunca günde en az 1 öğünü dışarıda yerler. Okul öğle yemeği, fast food veya atıştırmalık tüketimi gibi seçenekler, yeme kalitesini etkileyebilir. Okul tarafından verilen öğle yemeğinin tüketilmesi, içlerinde en sağlıklı olanıdır [20].

İlkokul çocuğu ebeveynleri için çocuklarının sağlıklı beslenmesine yönelik hazırlanan kılavuz Tablo 7.4.'te yer almaktadır.

**Tablo 7.4** İlkokul Çocuğunda Beslenme: Ebeveynlere Yönelik Kılavuz [14].

| Beslenme Hedefleri                                                  |
|---------------------------------------------------------------------|
| • Bir aile olarak düzenli yemek hazırlayın ve yiye; rol model olun. |
| • Meyve ve sebzelerin günde 5 porsiyon alınmasını isteyin.          |
| • Fast food yemekleri azaltın, büyük boy porsiyonlardan kaçının.    |
| • Tam tahıl ve liflerin günlük alımını artırın.                     |

- Kalsiyum ihtiyacının karşılanmasına yardımcı olmak için az yağlı süt ürünlerini kullanın.
- Okul kahvaltısı ve öğle yemeği seçeneklerini, besleyici atıştırmalıkları (fındık, ceviz vs.) belirleyin.



Şekil 7.1. Sağlıklı beslenen bir kız çocuğu

Kaynak: Yeşilay Sağlıklı Beslenme Eğitici Anaokulu Çocuk Şarkısı

## Ergenlik Döneminde Beslenme



Çocuklarda meyve ve sebzelerin tüketimine önem verilmelidir.

Ergenlik dönemi, fiziksel olarak aktif büyümenin gerçekleşmesi sebebiyle yeterli ve düzenli besin alımına en çok ihtiyaç duyulan dönemlerden biridir. Bu ihtiyaca rağmen, düzensiz ve dengesiz beslenmenin de en yoğun olarak görüldüğü dönem, ergenlik dönemidir. Ergenler, özellikle kahvaltı ve öğle yemeği olmak üzere öğünleri atlarlar, öğünleri genellikle ev dışında yerler; şeker gibi atıştırmalıkları, fast-food gıdaları sıklıkla tüketirler ve sık sık diyet yaparlar. Kalsiyum, vitamin C ve vitamin A düzeyleri düşük kalır. Süt ve meyve suyu yerine çay, kahve veya gazlı içecekler tüketirler. Ergenlik döneminde beslenme alışkanlıkları sık sık değişebilir. Bu gibi olumsuz yeme davranışları sebebiyle oldukça kötü bir beslenme düzenine sahip olabilirler.

Diyet sonucunda besin alımını kısıtlayan ergenlerde, büyümenin yavaşlaması ve metabolik hızın düşmesi ve kızlarda adetten kesilme görülebilir. Bu dönemdeki hızlı büyüme nedeniyle, enerji alımının yaklaşık %30'unu yağların oluşturması gerektiği önerilmektedir [21].

Sağlıklı kemik gelişiminin sağlanabilmesi için ergenlerin günde 4 porsiyon süt ya da eşdeğerini tüketmesi önerilmektedir. Ergen, süt ürünlerini tüketmiyorsa alternatif olarak kalsiyum ve D vitamini takviye edilmiş meyve suları gibi ek gıdalar tüketmelidir. Brokoli gibi yeşil yapraklı sebzeler kalsiyuma sahiptir; bu sebzelerin tüketimi sağlanmalıdır. Kemik gelişimi için ağırlık taşınmasını sağlayan orta düzeyde fiziksel aktivite teşvik edilmelidir [22].

Ortaokul ve lise çağı çocuklarının beslenmeleri için hazırlanmış kılavuz Tablo 7.5.'te yer almaktadır. Tablo 7.6.'da, genel olarak çocukların beslenmesinde temel alınabilecek öneriler mevcuttur.

**Tablo 7.5.** Ortaokul ve Lise Çağı Çocukları için Beslenme: Ebeveynlere Yönelik Kılavuz [14].

| <b>Beslenme Hedefleri</b>                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| • Bir aile olarak düzenli yemek hazırlayın ve yiyin; rol model olun.                                 |
| • Günde 3 dengeli öğünün bir parçası olarak günlük, sağlıklı bir kahvaltı yapın.                     |
| • Kalorisi yüksek atıştırmalıklar, yüksek şekerli gazlı içecekler ve şekerlemelerden vazgeçirin.     |
| • Evde sağlıklı atıştırmalık yiyeceklerin saklanmasından kaçının.                                    |
| • Meyve ve sebzelerin günde 5 porsiyon alınmasını, tam tahıl ve liflerin günlük alımını destekleyin. |
| • Demir ve folik asit için bir vitamin takviyesi kullanın ve kalsiyum alımını sağlayın.              |

**Tablo 7.6.** Çocuklar için Beslenme Rehberi [23].

|                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| • Çocukların her gün tüketebilecekleri farklı renkli meyve ve sebzeler hazırlayın ve tüketmesi için önerin.            |
| • Şeker veya tuz eklenmiş yiyecek ve içecek alımını kısıtlayın.                                                        |
| • 2-3 yaş arası çocuklar için besin alımının %30-35'ini ve 4-18 yaş arası çocuklar için %25-35'ini yağlardan sağlayın. |
| • Ara öğün olarak meyve, sebze, yağsız veya az yağlı süt ve tam tahıllı yiyecekler sunun.                              |
| • Çocuklara uygun porsiyonlar sunun.                                                                                   |
| • Günde en az 60 dakika orta şiddette fiziksel aktiviteyle meşgul olmasını sağlayın.                                   |
| • Güvenli olan yiyecekleri sağlayın. Çiğ veya pişmemiş yemekler yedirmeyin, pastörize edilmemiş süt içirmeyin.         |

## Ebeveynler İçin Besleme Rehberi [14]

Ebeveynlerin sorumlulukları şunlardır:

- Yenilecek yiyecekleri seçmek.
- Yeme zamanı rutinlerini belirlemek.
- Uygun yeme ortamını sağlamak.
- Dikkat dağınıcıları (televizyon, yüksek sesli müzik) uzak tutmak.
- Çocuklarının öğrenmesini istedikleri davranışları, çocuklarının modellemesi için yapmak (Çeşitli besinlerden sağlıklı bir şekilde tüketmek).
- Yemek esnasında tüm aile bireyleriyle birlikte sıcak bir ortam oluşturmak.

*Çocuklar ebeveynleri tarafından seçilen yiyeceklerin hangisinden, ne kadar tüketebileceklerine karar verirler.*

Ebeveynler şunları hatırlamalıdır:

- Çocukların yiyecekleri kabul etmesini sağlamak amacıyla yiyecekler, tekrar tekrar (10 kez) ve sabırla sunulmalıdır.
- Çocuklar, günde 3 ana ve 2 ara öğünü olan bir rutine ihtiyaç duyar.
- Bir kaşık kullanarak yemek ve bir bardaktan içmek gibi beceri gerektiren davranışları çocukların öğrenmesi ve başarı elde etmesi, yeme davranışlarını kolaylaştırır.

*Baskı yapmak, kısa vadede faydalı olabilir, ancak beslenme eninde sonunda daha zor bir hâle gelecek ve çocuğun daha az yemesine sebep olacaktır. Çocuk yemek yemekten keyif almak yerine, yemek yemeyi bir ceza olarak görecektir.*

## YEME BOZUKLUKLARI

Yeme bozuklukları oldukça ciddi tıbbi durumlar oluşturabilen, erken tanı ve tedavi gerektiren, yeme davranışında meydana gelen bozukluk ile karakterize bir grup psikiyatrik hastalıktır. Yeterli ve dengeli beslenme hâlinin birtakım faktörlerin etkisiyle bozulması sonucunda yeme bozuklukları ortaya çıkar, bu bozukluklar çocuğun büyümesini, gelişimini ve yaşamını olumsuz yönde etkiler.

### Çocukluk Dönemi Yeme Bozuklukları

Çocukluk döneminde görülen yeme bozuklukları; pika sendromu, ruminasyon bozukluğu, kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu tanıları şeklinde sınıflandırılmaktadır [24].

Bu tanıları inceleyecek olursak:



Çocuklar ebeveynleri tarafından seçilen yiyeceklerin hangisinden, ne kadar tüketebileceklerine karar verirler.





Pika yeme, demir eksikliği anemisinin bir göstergesi olabilir.

### Pika Sendromu

Pika sendromu, en az bir ay boyunca besin değeri olmayan (örneğin toprak, çakıl, kil, tebeşir, kömür, kir, saç vb.) gıdaların tekrar tekrar yenmesidir. En sık çocukluk döneminde ortaya çıkar. Bu davranış, çocuğun gelişimine ve yaşadığı kültüre göre uygun değildir. Pika yeme, demir eksikliği anemisinin bir göstergesi olabileceği gibi, yetersiz anne-çocuk etkileşimi ve uyaran eksikliği ile de ilişkili olabilir. Pika sendromundan şüphelenildiğinde hasta, bir çocuk psikiyatristi ve pediatrik tarafından değerlendirilmelidir. Tedavide demir eksikliği varsa demir tedavisi verilir, ailenin çocuğa daha fazla zaman ayırması, çocukla daha çok ilgilenmesi ve aradaki etkileşimin artırılması istenir [24, 25].

### Ruminasyon Bozukluğu

Ruminasyon bozukluğunda hasta yediklerini tekrarlayan bir şekilde ağzına geri getirir, getirdiklerini yeniden çiğneyebilir, yutabilir ya da tükürebilir. Sanki geviş getirmek gibidir. Bu bozukluk, en az bir ay sürmeli, reflü gibi herhangi bir tıbbi sebeple, diğer bir yeme bozukluğuyla ilişkili olmamalıdır. Çocuk, başlarda elini ağzına götürerek yiyecekleri geri getirmeyi başlatır, ardından kendini kasma gibi vücut hareketleriyle getirmeye devam eder. Çocuk yaptığı bu davranıştan haz alıyormuş gibi görünür.

Genellikle ilk 1 yaş altındaki bebeklerde başlamak üzere, küçük çocuklarda görülür. Bozukluk, yetersiz anne-çocuk etkileşimi ve uyaran eksikliğine bağlı oluşabilir. Tedavi edilmeyen vakalar, şiddetli besin eksiklikleri yaşarlar ve sonuç ölüme kadar gidebilir. Ruminasyon bozukluğundan şüphelenilen hastalar çocuk psikiyatristi ve pediatriste yönlendirilmelidir. Öncelikle, çıkarmaya veya kusmaya neden olabilecek diğer tanılar dışlanmalıdır. Ardından tedavide ailenin çocukla olan etkileşimi artırılarak kaliteli vakit geçirmelerini sağlayacak önerilerde bulunulur [24, 26].

### Kaçınan/Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu

Kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu, yeme bozukluğu olan çocukların yaklaşık olarak %5-15'ini oluşturur. Bu bozukluk, daha çok erkeklerde görülür. Bozukluk, genellikle bebeklik veya erken çocukluk döneminde ortaya çıkar ve erişkinliğe kadar devam edebilir [Şekil 7.2.].

Bu çocuklar, genellikle zayıftır; kemik mineral yoğunlukları düşüktür. Oldukça sık olarak eşlik eden bir başka hastalık vardır. %60'ında kaygı bozuklukları, %50'sinde ise tıbbi bir bozukluk mevcuttur [27, 28].

Yeme alımından kaçınma veya alımı kısıtlama; yiyeceğe karşı belirgin ilgisizliğe, yiyeceğin duyuşal özelliklerine (tadı, kokusu, görünümü) veya yeme alımı esnasında ortaya çıkan olumsuz durumlara (boğulma, yutamama) bağlı olabilir.



Yeme alımından kaçınma, genellikle bebeklik veya erken çocukluk döneminde ortaya çıkar ve erişkinliğe kadar devam edebilir.

Aşağıdakilerden en az biri ile ortaya çıkan beslenme ve enerji gereksinimlerini karşılayamama mevcuttur:

- Klinik olarak önemli derecede kilo kaybı, çocuklarda yavaş büyüme veya beklenen kilonun alınamaması.
- Beslenme yetersizliği.
- Yeterli besin ve enerji alımını sağlamak için ağızdan veya bağırsaktan beslenme takviyesi gereksinimi.
- Psikososyal işlevsellikte bozulma.

Yeme bozukluğu, mevcut yiyecek eksikliğinden kaynaklı değildir; çok zayıflamaya çalışmayla ilişkili değildir; başka bedensel ya da ruhsal hastalıklara bağlı değildir [24].



**Şekil 7.2.** Kaçınan/Kısıtlı Yiyecek Alım Bozukluğu olan bir erkek çocuğu  
**Kaynak:** <https://www.wikihow.com/Diagnose-Selective-Eating-Disorder>



Bebeklik anoreksisinde bebek veya küçük çocuk, en az 1 ay boyunca yeterli miktarda yemek yemeyi reddeder.

### Erken Çocukluk Döneminin Yeme Bozuklukları

Erken çocukluk döneminin yeme bozukluklarını daha iyi incelemek amacıyla oluşturulan bir diğer sınıflamada ise yeme bozuklukları arasında; duygularını ayarlayamamaya bağlı beslenme bozukluğu, bakım veren-bebek etkileşimindeki karşılıklı ilişkiye bağlı beslenme bozukluğu, bebeklik anoreksisi, duyuşal nedenlere bağlı besin reddi, eşlik eden tıbbi durumla ilişkili beslenme bozukluğu ve travma sonrası beslenme bozukluğu mevcuttur [29].

Bu bozukluklar, kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu ile son derece ilişkili olduğundan değerlendirme ve tedavi kısmına geçilmeden önce bu kısımda anlatılacaktır.

**Duygularını ayarlayamamaya bağlı beslenme bozukluğu:** Bebek beslenme sırasında sakin bir duruma ulaşmada ve bu sakinliği sürdürmede güçlük yaşar. Beslenme esnasında çok uykulu, sinirli veya sıkıntılı olabilir. Bu sorunlar yenidoğan döneminde başlar. Bebek kilo alamaz veya kilo kaybeder. Bakım veren-bebek etkileşimi zayıftır.

**Bakım veren-bebek etkileşimindeki karşılıklı ilişkiye bağlı beslenme bozukluğu:** Bebek veya küçük çocuk, beslenme sırasında birincil bakım vereni ile gelişimine uygun bir sosyal karşılıklık göstermez. Örneğin yedirme esnasında göz teması kurmaz, gülümsemez, ses çıkarmaz. Büyüme-gelişimde yetersizlik ve bakım vereniyle ilişki kurmama diğer bir hastalığa bağlı değildir. Bakım veren-

bebek etkileşimi oldukça zayıftır, bakım verende ruhsal sorunlar (ör. depresyon) olabilir.

**Bebeklik anoreksisi:** Bebek veya küçük çocuk, en az 1 ay boyunca yeterli miktarda yemek yemeyi reddeder. Yeme reddi, 3 yaşından önce başlar. Aç olduğunda haber vermez, yemeklere karşı ilgisizdir; ancak bakım vereniyle etkileşime ve çevreyi araştırmaya son derece ilgilidir. Beslenme esnasında bakım vereniyle yoğun bir çatışma hâlinindedir. Önemli derecede bir büyüme geriliği vardır. Besin reddi, herhangi bir travmatik olay veya tıbbi hastalıkla ilişkili değildir.

**Duyusal nedenlere bağlı besin reddi:** Çocuk, belli tat, koku ve görüntüdeki yiyecekleri ısrarla reddeder. Reddetmenin başlangıcı, yeni bir tür besinle tanışmasının ardından olur. Örneğin çocuk bir tür süt içebilir, ancak diğerini reddedebilir. Sevdiği besinler önerildiğinde sorun çıkartmadan yer. Yeterli kilo alamaz veya kilo kaybedebilir. Bu çocukların duyuşsal alanda (ses, koku, ışık, doku) genel bir duyarlılığı vardır.

**Eşlik eden tıbbi durumla ilişkili beslenme bozukluğu:** Bebek veya küçük çocuk beslenmeyi kolayca başlatır, ancak beslenmeyi sürdürürken sorun yaşar ve beslenmeye devam edemez. Çocuğun eşlik eden bir tıbbi hastalığı vardır, bu hastalık yemesi üzerine sorun oluşturur. Çocuk yeterli kilo alamaz veya hatta kilo verebilir.

**Travma sonrası beslenme bozukluğu:** Besin reddi, bebekte büyük bir sıkıntı oluşturan, sindirim sistemine zarar veren bir olaydan sonra başlar. Bu olaylar, boğulma, kusma, reflü, tüp sokulması veya besinlerin soluk borusuna kaçması olabilir. Bebek ya da küçük çocuk, biberondan içmeyi reddedebilir, ancak kaşıkla sunulan yemeği yiyebilir. Katı yiyecekleri reddedebilir, ancak biberondan içebilir veya ağızdan beslenmeyi tamamen reddedebilir. Yaşadığı travmayla ilişkili durum yeniden yaşandığında, büyük bir stres oluşur ve yemeye yoğun bir direnç gösterir [29].

## Değerlendirme

Tanının tedaviye giden ilk adım olduğunu kabul ederek yeme bozukluğu hastalarının tıbbi sorunlar ve olumsuz sonuçlar açısından risk altında olabileceklerini fark etmek önemlidir. Yeme bozukluğu belirtileri olan hastalar, en kısa süre içinde bir çocuk psikiyatristi ve pediatriste yönlendirilmelidir.

Yeme bozukluklarının tedavisi genellikle bu bozuklukların tedavisinde deneyim sahibi multidisipliner bir takımdan oluşur; ekip bir çocuk psikiyatristi, pediatrist ve diyetisyenden oluşur.

Tanı için ebeveynlerden yeme bozukluğu hakkında detaylı öykü almak oldukça önemlidir. Tanıyı netleştirmek, bozukluğun ciddiyetini belirlemek ve tedaviyi belirlemek için tıbbi öykü, beslenme öyküsü alınır, fizik muayene ve laboratuvar testleri yapılır. Ayrıca günlük besin alımı, porsiyon boyutları, besin kısıtlamaları, beslenme alışkanlıkları, kalori/karbonhidrat/yağ/protein sayısı içeren bir diyet öyküsü önemlidir. Obezite, yeme bozuklukları, depresyon ve diğer psikiyatrik hastalıkları içeren bir aile öyküsü de alınmalıdır [30].



Yeme bozukluğu belirtileri olan hastalar, en kısa süre içinde bir çocuk psikiyatristi ve pediatriste yönlendirilmelidir.

Tedavi, öncelikli olarak ebeveynlere verilecek beslenme önerileriyle başlar. Bu önerileri aşağıda görebilirsiniz. Tedavinin ilerleyen basamaklarında, psikoterapötik yaklaşımlar uygulanır.

### Tedavide Ebeveynlere Öneriler

- Çocuğunuzun aç hissetmesine yardımcı olmak için onu düzenli aralıklarla besleyin ve ana-ara öğünleri 3-4 saat arayla ayarlayın.
- Çocuğunuza ana ve ara öğünler dışında herhangi bir atıştırma, meyve suyu veya süt vermeyin. Çocuğunuz susarsa sadece su verebilirsiniz.
- Küçük porsiyonlar verin, çocuğunuzun yemeği bittikçe ikinci, üçüncü ve dördüncü porsiyonu istemesine izin verin. Bu durum, çocuğunuzun yeme sürecine dâhil olmasına yardımcı olacak ve çocuğunuzun çok miktarda yemekten sıkılmasını önleyecektir. En önemlisi de çocuğunuzun tam olarak doyana kadar yemeyi öğrenmesine yardımcı olacaktır.
- Çocuğunuza, “Annemin ve babamın karınları da doyana kadar sofrada hep birlikte oturmamız gerekiyor.” ( çocuklarda süre kavramı gelişmemiş olabileceği için) fikrine alıştıran. Çocuklar tam olarak doymayı, masada uzun süre oturmayı bilmeden öğrenemezler.
- Herhangi bir öğünde üçten fazla farklı yiyecek önermeyin ve çocuğunuzla birlikte masada oturun.
- Çocuğunuz çok az yemiş veya hiçbir şey yememiş bile olsa yemek 20-30 dakikadan fazla sürmemelidir. Çocuğunuz bir sonraki öğünde yemediklerini telafi etmeyi öğrenecektir.
- Çocuğunuzun kendi kendine beslenme becerisini övün. Örneğin “Aferin, kendi kendine ne güzel yedin öyle.” gibi. Ancak çocuğunuzun yemesi hakkında iyi veya kötü bir geri bildirimde bulunmayın. Örneğin “Yemeğini yemezsen sana hiçbir şey yok.” gibi.
- Çocuğunuz ne kadar çok ya da az yediği için övmeyin ya da eleştirmeyin.
- Ana ve ara öğünlerde dikkat dağıtıcılardan uzak tutun (örneğin oyuncak, telefon, televizyon, kitap). Dikkati dağılan çocuklar açlık veya tokluk sinyallerine dikkat etmezler.
- Yiyecekleri bir hediye, bir ödül ya da sevginizin bir ifadesi olarak kullanmayın.
- Öğün esnasında tatlının en değerli parça olduğu hissini vermeyin; diğer yiyeceklerle eşit ağırlık verin.
- Çocuğunuz yemek yemek yerine yemekle oynuyorsa ya da yemek esnasında çok fazla konuşuyorsa yemeye odaklanmasını söyleyin. Yemek zamanı dışında özel bir oyun zamanı veya konuşma süresi ayırın.
- Çocuğunuz yemek yemek yerine yemekle oynuyorsa ya da yemek esnasında çok fazla konuşuyorsa yemeye odaklanmasını söyleyin. Davranışı durdurmazsa, hep birlikte süresini belirterek (örneğin 2 dakika) konuşma molası verin ve eğlenceli bu zamandan sonra birlikte yemeğe devam edin [29].



Çocuğunuzun düzenli aralıklarla besleyin ve ana-ara öğünleri 3-4 saat arayla ayarlayın.

## Erken Tanı ve Tedavinin Önemi



Tüm çocuk ve ergenlere aile hekimleri tarafından yıllık sağlık muayenesi yapılmalıdır.

Yeme bozukluğu olan hastalar için erken başlayan, yoğun bir tedavi programı, hastalığın hızlı düzelmesine ve gelecekte tekrarlamamasına sebep olur, önlenemeyecek tıbbi, psikolojik ve sosyal sorunların ortaya çıkmasını önler.

Rutin tarama esastır; tüm çocuk ve ergenlere aile hekimleri tarafından yıllık sağlık muayenesi yapılmalıdır. Bu taramada, çocuk ve ergenlere yeme alışkanlıkları ve beden algısı hakkında sorular sorulmalı, büyüme-gelişmeleri takip edilmelidir [31, 32].

## Ergenlik Dönemi Yeme Bozuklukları

Yeme bozuklukları, ergenlerde çocuklara göre çok daha ciddi sonuçlara yol açabilmektedirler. Yeme bozukluğunda, yeme davranışının bozulması ile birlikte vücudun biçimini ya da ağırlığını, zihinsel olarak aşırı değerlendirme mevcuttur. Yeme alışkanlıkları ya da kilo kontrolüne yönelik davranışlarda belirgin sorunlar vardır. Bu sorunlar, kişinin yaşamını engellemekte, fiziksel ve ruhsal sağlığını tehdit etmektedir.

Ergenlik döneminde en sık görülen yeme bozuklukları; anoreksiya nervoza (AN), bulimiya nervoza (BN) ve tikanırcasına yeme bozukluğu (TYB)'dur. Ayrıca henüz tanısız değeri olmayan ortoreksiya nervoza ve çağımızın en büyük sorunu obezite de ergenlerde görülmektedir. Aşağıda bu hastalıklar ele alınacaktır.

### Anoreksiya Nervozada



Anoreksiya nervozada, ergen yeme alımını kısıtlayarak belirgin düzeyde vücut ağırlığının düşmesine sebep olur.

Yeme bozuklukları içinde anoreksiya nervoza (AN) yaşamı ciddi düzeyde tehdit eden en ciddi bozukluklardan biridir. Manken hastalığı olarak bilinen AN'da ölüm oranları yaklaşık olarak %5-10 civarındadır. Anoreksiya terimi Yunanca "iştah kaybı" anlamına gelir. Anoreksiyada ergen, yeme alımını kısıtlayarak belirgin düzeyde vücut ağırlığının düşmesine sebep olur. Kilo almaktan ya da şişmanlamaktan çok korkar ya da belirgin bir biçimde düşük vücut ağırlığında olmasına rağmen kilo almayı güçleştiren davranışlarda bulunur. Bunlar; kendini kusturma, laksatif (müshil hapi), diüretik (idrar söktürücü) kullanma veya aşırı egzersiz yapma olabilir. Kişinin vücut ağırlığını ya da biçimini nasıl algıladığıyla ilgili bir bozukluk vardır. Kendini değerlendirirken vücut ağırlığı ve biçimine yersiz bir önem yükler ya da o sıradaki düşük vücut ağırlığının önemini hiçbir zaman kavrayamaz. Kendisinin etkisiz olduğunu düşünür, kilo kaybetme etkileyici bir başarı demektir, öz saygıyı ve kontrol duygusunu güçlendirir. Kendilik değerleri zayıflıklarına bağlıdır [33, 34].

### Bulimiya Nervozada

Bulimiya teriminin Yunanca karşılığı "öküz açlığı" demektir. Bulimiya nervoza (BN) tekrarlayan tikanırcasına yeme atakları ile giden bir bozukluktur. Üç ay içinde, en az haftada bir kez bu atak olur. Çoğu ergenin yiyebileceğinden çok daha fazla yiyeceği belli bir süre içinde yiyebilirler. Yemek yeme üzerine kontrol kalkmıştır, ergen yemek yemeyi durduramadığını, neyi ne kadar yediğini denetleyemediği ifade eder. Yedikten sonra kilo almamak için kendi kendini kusturma, laksatif veya diüretik ilaçları kilo verme amacıyla kullanma, çok az yeme

ya da hiç yememe veya aşırı spor yapma gibi tekrarlayan uygunsuz davranışlarda bulunurlar. Bulimik dönemlerin ardından sıklıkla suçluluk duygusu, depresyon ve kendini eleştirme meydana gelir. Bulimiya hastaları durumunu dışarıya fark ettirmeyebilir, çünkü anoreksik kişilerin tersine normal ağırlıkta ya da fazla kilolu olabilirler [33].

### Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu



Tıkanırcasına yeme atağı, belli bir zaman diliminde çoğu insanın yiyebileceğinden çok daha fazla miktarda besin tüketmektir.

Tıkanırcasına yeme bozukluğu, tıkanırcasına yeme ataklarıyla karakterize bir yeme bozukluğudur. Tıkanırcasına yeme atağı, belli bir zaman diliminde (örneğin iki saatte) çoğu insanın yiyebileceğinden çok daha fazla miktarda besin tüketmek olarak tanımlanır. Ataklar esnasında, hastalar yeme üzerine olan kontrolü kaybettiklerini hissederler, yemek yemeyi bırakamayacaklarını düşünürler, hangi besinden ne kadar yediklerine bakmaksızın hepsini tüketebilirler. Tokluk hissine çok geç ulaşır, rahatsız edecek seviyede tok oluncaya dek yiyebilirler. Tükettikleri besinlerin görülmemesi için genellikle yalnız başlarına olduklarında atak gerçekleşir. Atağın ardından yaptıklarından pişman olarak kendilerini suçlarlar, depresif hissederler. Bulimiya nervozada görülebilen çıkarma davranışı, aşırı diyet veya egzersiz yapma bu hastalarda görülmez. Eşlik eden psikiyatrik bozukluklar oldukça sıktır. Ergenlerde tıkanırcasına yeme bozukluğu tanısı zamanla değişebilir, bulimiya nervozaya dönüşebilir [24, 35].

### Ortoreksiya Nervoz



Yeme bozukluklarında erken tanı ve tedavi hayat kurtarıcıdır.

Ortoreksiya nervoz (ON), DSM-5'te (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) AN ve BN gibi net tanı kriterleri bulunmadığı için henüz bir hastalık olarak tanımlanmamıştır. Ortoreksiya terimi, Yunanca'da "doğru açlık" anlamına gelir. ON'da, sağlıklı olma, tedavi olma ya da kilo verme gibi amaçlara yönelik beslenme stili değişikliği mevcuttur. Ancak bu değişiklikler, yaşamı etkileyen, sağlığı tehdit eden beslenme yetersizliklerine ve hatta yeme bozukluklarına yol açabilir. Yemeğin hazırlanması, pişirilmesi, yemek pişirilen ortamın temizliği gibi alanlarda kaygı duyma sonucu, bilmedikleri ve güvenemedikleri yemekleri yemezler. Katkısız besin maddelerini tüketme eğilimleri birer takıntı hâline gelerek sadece meyve/sebze ve çiğ besinler tüketmelerine sebep olabilir. Bu ve bunlara benzer ciddi kaygılarından ötürü, kilo kaybı meydana gelebilir, vitamin-mineral eksiklikleri oluşabilir, yaşamı tehdit edici boyutlara ulaşabilir [36, 37].

### Tedavi

Ergenlerde görülen yeme bozukluklarının tedavisindeki esas amaç, normal ve sabit bir kiloya ulaşmak, anormal yeme davranışlarını kontrol altına almak, olumsuz duygu, düşünce ve davranışları olumluya dönüştürmektir. Erken tanı ve tedavi hayat kurtarıcıdır. Tedavide; psikoterapötik ilaç tedavileri ve beslenme yaklaşımların kombinasyonu yer alır. Tedavi için çocuk psikiyatristi, pediatrist ve diyetisyenin birlikte olduğu ekip gereklidir.

## Obezite

Sağlığı bozacak ölçüde vücutta aşırı yağ birikmesi olarak tanımlanan obezite, son zamanlarda çocuk ve ergenlerde de artmaktadır. Obezite, ülkemizde en önemli halk sağlığı sorunlarından biri hâline gelmiştir. Aşırı kilolu olma durumunu ifade eden obezite, vücut kitle indeksi (VKİ) persantilleri kullanılarak belirlenebilir. Çocuk veya ergenin VKİ persantili yaşı ve cinsiyete göre 85'in üstündeyse kilolu, 95'in üstünde ise obez olarak tanımlanır.



Obezitede davranış değişikliği ve fiziksel aktivitenin artırılması esastır.

Birçok çevresel faktör, obezitenin gelişiminde rol oynamaktadır; bunlar kalori değeri yüksek olan besinlerin, şeker içeren yiyeceklerin tüketilmesi, büyük porsiyonlar, fast food gıdalar tüketme, öğünlerde ailenin varlığının azalması, fiziksel aktivitenin yokluğu, yaşanan çevrenin değişimidir (örneğin betonarlaşmanın artması, oyun alanlarının azalması). Televizyon izleme, çocukluk döneminde obezite gelişimi için belirlenmiş çevresel faktörlerden biridir [38, 39].

Obeziteden şüphelenilen hastalar çocuk psikiyatristi ve pediatriste yönlendirilmelidir. Tedavide davranış değişikliği ve fiziksel aktivitenin artırılması esastır.

Önerilen değişiklikler şunlardır [40]:

- Yeme alışkanlıklarını değiştirmek,
- Fiziksel aktiviteyi artırmak,
- Uygun beslenme hakkında bilinçlenmek,
- Bir destek grubu veya sosyal gruplara katılmak,
- Gerçekçi kilo yönetimi hedeflerini belirlemek.



Bireysel Etkinlik

- Ünite de anlatılan sağlıklı beslenme önerilerini aileniz ve çevrenizden bir bebek veya çocuğa uygulayınız.
- Ünite de anlatılan yeme bozukluklardan herhangi birine sahip olan bir çocuğu inceleyiniz. Bu çocukların ve ailelerinin yaşadıkları sorunları araştırınız.



Örnek

- Pelin, 16 yaşında bir lise öğrencisidir. Yaklaşık 3 aydır yemek yemekten kaçınma, kilo verme isteği, kendini sürekli kilolu bulma bu nedenle arkadaşları dalga geçer diye dışarı çıkmak istememe şikâyetleri varmış. Annesi bir gün kendini aynanın karşısında bacakları çok kalın diye ağlarken yakalamış. Bu olgunun ayrıntılı değerlendirme açısından mutlaka bir ruh sağlığı uzmanına yönlendirilmesi gerekmektedir.





## Özet

### •Beslenme

- Beslenme, vücudun düzenli olarak çalışabilmesi için gerekli olan besinlerin vücuda alınmasıdır. Besinlerin yaşamın başından sonuna kadar düzenli olarak ve yeterli miktarlarda alınmasına ihtiyaç vardır.

### •Bebeklik Döneminde Beslenme

- Tüm bebekler için emzirme kuvvetle önerilen beslenme şeklidir. Doğumdan sonraki ilk 24 saat içinde emzirilmeye başlanan yenidoğan, her 24 saatte 8-12 kez veya daha fazla, genellikle göğüs başına 10-15 dakika süre boyunca emzirilmelidir.
- Emzirme en az ilk 4 ay, tercihen ilk 6 ay boyunca bebeğin beslenmesinde tek başına sürdürülmelidir. Ek gıdaların ilavesiyle birlikte, emzirme en azından ilk 12 ay ve sonrasında, anne ve bebek tarafından arzulandığı sürece devam ettirilmelidir. Ek gıdalar 4-6 aylık dönemde başlanabilir.

### •Çocukluk Döneminde Beslenme

#### •Yürümeye Yeni Başlayan Çocuklar

- Biberondan kesme, yürümenin başlangıcından (12–15 aylık) itibaren başlatılmalıdır. Yumuşak, ezilmiş veya öğütülmüş yiyeceklerden başlayarak 15-18 aylıkken sofralık yiyeceklerle geçerek kendi kendine beslenme becerilerini geliştiren yiyecekler verilmelidir.

#### •Okul Öncesi Çocuklar

- Yemek yesinler veya yemesinler, aile yemeği saatlerine 15–20 dakikalık bir süre boyunca katılmaları sağlanmalıdır. Yetişkinler, çeşitli besleyici ve gelişimsel olarak uygun yiyecekler sunmak zorundadır.

#### •Okul Çağı Çocukları

- Çocukların sağlıklarına odaklanmak yerine, meyve ve sebzenin tüketimine önem verilmelidir. Bu yaş grubundaki çocukların televizyon izlemeleri kısıtlanmalıdır. Okul tarafından verilen öğle yemeğinin tüketilmesi, içlerinde en sağlıklı olanıdır.

### •Ergenlik Döneminde Beslenme

- Sağlıklı kemik gelişiminin sağlanabilmesi için ergenlerin günde 4 porsiyon süt ya da eşdeğerini tüketmesi önerilmektedir. Ergen, süt ürünlerini tüketmiyorsa alternatif olarak kalsiyum ve D vitamini takviye edilmiş meyve suları gibi ek gıdalar tüketmelidir. Kemik gelişimi için ağırlık taşınmasını sağlayan orta düzeyde fiziksel aktivite teşvik edilmelidir.

### •Yeme Bozuklukları

#### •Çocukluk Dönemi Yeme Bozuklukları

##### •Pika Sendromu

- Pika sendromu, en az bir ay boyunca besin değeri olmayan (örneğin toprak, çakıl, kil, tebeşir, kömür, kir, saç vb.) gıdaların tekrar tekrar yenmesidir. Pika sendromundan şüphelenildiğinde hasta, bir çocuk psikiyatristi ve pediatrist tarafından değerlendirilmelidir.

##### •Ruminasyon Bozukluğu

- Ruminasyon bozukluğunda hasta yediklerini tekrarlayan bir şekilde ağzına geri getirir, getirdiklerini yeniden çiğneyebilir, yutabilir ya da tükürebilir. Genellikle ilk 1 yaş altındaki bebeklerde başlamak üzere, küçük çocuklarda görülür. Ruminasyon bozukluğundan şüphelenilen hastalar, çocuk psikiyatristi ve pediatriste yönlendirilmelidir.





## Özet (devamı)

### •Kaçınan/Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu

•Aşağıdakilerden en az biri ile ortaya çıkan beslenme ve enerji gereksinimlerini karşılayamama mevcuttur:

•• Klinik olarak önemli derecede kilo kaybı, çocuklarda yavaş büyüme veya beklenen kilonun alınamaması, beslenme yetersizliği, yeterli besin ve enerji alımını sağlamak için ağızdan veya bağırsaktan beslenme takviyesi gereksinimi, psikososyal işlevsellikte bozulma.

### •Değerlendirme

•Yeme bozukluğu belirtileri olan hastalar, en kısa süre içinde bir çocuk psikiyatristi ve pediatriste yönlendirilmelidir.

### •Tedavide Ebeveynlere Öneriler

•Çocuğunuzun aç hissetmesine yardımcı olmak için onu düzenli aralıklarla besleyin ve ana-ara öğünleri 3-4 saat arayla ayarlayın. Çocuğunuza ana ve ara öğünler dışında herhangi bir atıştırma, meyve suyu veya süt vermeyin. Çocuğunuz, çok az yemiş veya hiçbir şey yememiş bile olsa yemek 20-30 dakikadan fazla sürmemelidir. Çocuğunuz bir sonraki öğünde yemediklerini telafi etmeyi öğrenecektir.

•Çocuğunuzun kendi kendine beslenme becerisini övün, ancak çocuğunuzun yemesi hakkında iyi veya kötü bir geri bildirimde bulunmayın. Ana ve ara öğünlerde dikkat dağıtıcılardan uzak tutun (örneğin oyuncak, telefon, televizyon, kitap).

### •Ergenlik Dönemi Yeme Bozuklukları

#### •Anoreksiya Nervosa

•Anoreksiyada ergen, yeme alımını kısıtlayarak belirgin düzeyde vücut ağırlığının düşmesine sebep olur. Kilo almaktan ya da şişmanlamaktan çok korkar ya da belirgin bir biçimde düşük vücut ağırlığında olmasına rağmen kilo almayı güçleştiren davranışlarda bulunur. Bunlar; kendini kusturma, laksatif (müshil hapi), diüretik (idrar söktürücü) kullanma veya aşırı egzersiz yapma olabilir.

#### •Bulimiya Nervosa

•Çoğu ergenin yiyebileceğinden çok daha fazla yiyeceği belli bir süre içinde yiyebilirler. Yedikten sonra kilo almamak için kendi kendini kusturma, laksatif veya diüretik ilaçları kilo verme amacıyla kullanma, çok az yeme ya da hiç yememe veya aşırı spor yapma gibi tekrarlayan uygunsuz davranışlarda bulunurlar.

#### •Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu

•Tıkanırcasına yeme bozukluğu, tıkanırcasına yeme ataklarıyla karakterize bir yeme bozukluğudur. Tıkanırcasına yeme atağı, belli bir zaman diliminde (örneğin iki saatte) çoğu insanın yiyebileceğinden çok daha fazla miktarda besin tüketmek olarak tanımlanır.

#### •Tedavi

•Ergenlerde görülen yeme bozukluklarının tedavisindeki esas amaç, normal ve sabit bir kiloya ulaşmak, anormal yeme davranışlarını kontrol altına almak, olumsuz duygu, düşünce ve davranışları olumluya dönüştürmektir. Erken tanı ve tedavi hayat kurtarıcıdır. Tedavide; psikoterapötik, farmakolojik ve nutrisyonel yaklaşımların kombinasyonu yer alır.

#### •Obezite

•Obeziteden şüphelenilen hastalar çocuk psikiyatristi ve pediatriste yönlendirilmelidir. Tedavide davranış değişikliği ve fiziksel aktivitenin artırılması esastır.

## DEĞERLENDİRME SORULARI

- Aşağıdakilerden hangisi pika sendromunun özelliklerinden biridir?
  - Hasta, yeterli miktarda yemek yemeyi reddeder.
  - Besin değeri olmayan (örneğin toprak, çakıl, kil, tebeşir, kömür, kir, saç vb.) gıdaların tekrar tekrar yenmesidir.
  - Hasta, yediklerini tekrarlayan bir şekilde ağzına geri getirir.
  - Kilo almaktan ya da şişmanlamaktan çok korkar.
  - Kendi kendini kusturur.
- Aşağıdakilerden hangisi anoreksiya nervozanın klinik özellikleri arasında yer almaz?
  - Manken hastalığı olarak bilinir.
  - Ölüm oranları yaklaşık olarak %5-10 civarındadır.
  - Anoreksiya terimi Yunanca "iştah kaybı" anlamına gelir.
  - Ergen, yeme alımını kısıtlayarak belirgin düzeyde vücut ağırlığının düşmesine sebep olur.
  - Kilo almayı sağlayan davranışlarda bulunur.
- Aşağıdakilerden hangisi yeme bozukluğundan şüphelenilen bir çocukta yapılması gereken en uygun şeydir?
  - Ailesine yemeye zorlamasını öğütlemek
  - Ailesine zamanla düzeleceğini söylemek
  - Atıştırmalıkları sınırsız olarak tüketmesine izin vermek
  - En kısa sürede çocuk psikiyatristi ve pediatriste yönlendirmek
  - Gelişimini değerlendirmek
- Aşağıdakilerden hangisi ek gıdalarla beslenmeyle ilgili uygun önerilerden biri değildir?
  - 12 aylık ve daha küçük bebeklere ezilmiş veya püre hâline getirilmiş katı yiyecekler, boğulma riski olmaksızın verilebilir.
  - 4 yaşından küçük çocuklarda fındık, üzüm, kuru üzüm, çiğ havuç, patlamış mısır ve yuvarlak şekerlerden kaçınılmalıdır.
  - Tamamlayıcı gıdalara tuz veya şeker eklenmesi gereklidir.
  - Katı yiyecekleri vücut sıcaklığına kadar ısıtılmalıdır.
  - Yaşamın ilk yılında inek sütü verilmez.
- Aşağıdakilerden hangisi çocukluk dönemi yeme bozuklukları tedavisinde verilen önerilerden biri değildir?
  - Çocuğunuzun aç hissetmesine yardımcı olmak için onu düzenli aralıklarla besleyin ve ana-ara öğünleri 3-4 saat arayla ayarlayın.
  - Çocuğunuza ana ve ara öğünler dışında herhangi bir atıştırmalık, meyve suyu veya süt vermeyin.
  - Herhangi bir öğünde üçten fazla farklı yiyecek önermeyin ve çocuğunuzla birlikte masada oturun.
  - Çocuğunuz yemesini sağlamak için en az 1 saat sofrada oturun.
  - Çocuğunuzun kendi kendine beslenme becerisini övün.

6. Aşağıdakilerden hangisi erken çocukluk dönemi yeme bozukluklarından biri değildir?
- a) Durum düzenlemesine bağlı beslenme bozukluğu
  - b) Bakım veren-bebek etkileşimindeki karşılıklı ilişkiye bağlı beslenme bozukluğu,
  - c) Bebeklik anoreksisi
  - d) Anoreksiya nervoza
  - e) Travma sonrası beslenme bozukluğu
7. Aşağıdakilerden hangisi çocukluk döneminde yeme gelişimiyle ilgili ebeveynlere verilebilecek önerilerden biri değildir?
- a) Yiyecek seçmek
  - b) Yeme zamanı rutinlerini belirlemek
  - c) Uygun yeme ortamını sağlamak
  - d) Ne kadar yemesi gerektiğine karar vermek
  - e) Dikkat dağınıkları (televizyon, yüksek sesli müzik) uzak tutmak
8. Aşağıdakilerden hangisi ergenlik döneminde sık olarak görülen yeme bozukluklarından biri değildir?
- a) Anoreksiya nervoza
  - b) Bulimiya nervoza
  - c) Ruminasyon Bozukluğu
  - d) Tıkanırcasına yeme bozukluğu
  - e) Obezite
9. Aşağıdakilerden hangisi çocukluk döneminde sık olarak görülen yeme bozukluklarından biri değildir?
- a) Pika sendromu
  - b) Ruminasyon bozukluğu
  - c) Bulimiya nervoza
  - d) Kaçınan/kısıtlı yiyecek alım bozukluğu
  - e) Seçici yeme bozukluğu
10. Emzirme, en az kaç ay boyunca bebeğin beslenmesinde tek başına olarak önerilmektedir?
- a) 3 ay
  - b) 6 ay
  - c) 9 ay
  - d) 12 ay
  - e) 18 ay

**Cevap Anahtarı**

1.b, 2.e, 3.d, 4.c, 5.d, 6.d, 7.d, 8.c, 9.c, 10.b

## YARARLANILAN KAYNAKLAR

- [1] Szucs, K. A. (2011). American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. *Journal of Human Lactation*, 27(4), 378-379.
- [2] Organization, W. H., & UNICEF. (2003). *Global strategy for infant and young child feeding*: World Health Organization.
- [3] Kreiter, S. R., Schwartz, R. P., Kirkman, H. N., Charlton, P. A., Calikoglu, A. S., & Davenport, M. L. (2000). Nutritional rickets in African American breast-fed infants. *The Journal of pediatrics*, 137(2), 153-157.
- [4] Martinez, G. A., & Krieger, F. W. (1985). 1984 milk-feeding patterns in the United States. *Pediatrics*, 76(6), 1004-1008.
- [5] Pediatrics, A. A. o., Obstetricians, A. C. o., & Gynecologists. Breastfeeding Handbook for Physicians. 2006. *Elk Grove IL, Washington DC*.
- [6] Brown, K., Dewey, K., & Allen, L. (1998). Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge.
- [7] Greer, F., Sicherer, S., & Burks, A. (2008). American Academy of Pediatrics Section on Allergy and Immunology. Effects of early nutritional interventions on the development of atopic disease in infants and children: the role of maternal dietary restriction, breastfeeding, timing of introduction of complementary foods, and hydrolyzed formulas. *Pediatrics*, 121(1), 183-191.
- [8] Krebs, N. F., Westcott, J. E., Butler, N., Robinson, C., Bell, M., & Hambidge, K. M. (2006). Meat as a first complementary food for breastfed infants: feasibility and impact on zinc intake and status. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 42(2), 207-214.
- [9] Briefel, R. R., Reidy, K., Karwe, V., Jankowski, L., & Hendricks, K. (2004). Toddlers' transition to table foods: impact on nutrient intakes and food patterns. *Journal of the American Dietetic Association*, 104, 38-44.
- [10] Goldberg, J. P., Foltz, S. C., & Must, A. (2002). Milk: can a "good" food be so bad? *Pediatrics*, 110(4), 826-832.
- [11] Zhao, Y., Martin, B. R., & Weaver, C. M. (2005). Calcium bioavailability of calcium carbonate fortified soymilk is equivalent to cow's milk in young women. *The Journal of nutrition*, 135(10), 2379-2382.
- [12] Skinner, J. D., Ziegler, P., & Ponza, M. (2004). Transitions in infants' and toddlers' beverage patterns. *Journal of the American Dietetic Association*, 104, 45-50.
- [13] Stordy, B., Redfern, A., & Morgan, J. B. (1995). Healthy eating for infants—mothers' actions. *Acta Paediatrica*, 84(7), 733-741.
- [14] Kleinman, R. E. (2009). *Paediatric Nutrition Handbook*: American Academy of Pediatrics.

- [15] Carruth, B. R., Ziegler, P. J., Gordon, A., & Hendricks, K. (2004). Developmental milestones and self-feeding behaviors in infants and toddlers. *Journal of the American Dietetic Association*, 104, 51-56.
- [16] Carruth, B. R., & Skinner, J. D. (2002). Feeding behaviors and other motor development in healthy children (2–24 months). *Journal of the American College of Nutrition*, 21(2), 88-96.
- [17] Birch, L. L., Johnson, S. L., Andresen, G., Peters, J. C., & Schulte, M. C. (1991). The variability of young children's energy intake. *New England Journal of Medicine*, 324(4), 232-235.
- [18] Wardle, J., & Huon, G. (2000). An experimental investigation of the influence of health information on children's taste preferences. *Health Education Research*, 15(1), 39-44.
- [19] Andersen, R. E., Crespo, C. J., Bartlett, S. J., Cheskin, L. J., & Pratt, M. (1998). Relationship of physical activity and television watching with body weight and level of fatness among children: results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *JAMA*, 279(12), 938-942.
- [20] Cullen, K. W., Eagan, J., Baranowski, T., & Owens, E. (2000). Effect of a la carte and snack bar foods at school on children's lunchtime intake of fruits and vegetables. *Journal of the American Dietetic Association*, 100(12), 1482-1486.
- [21] Gidding, S. S., Dennison, B. A., Birch, L. L., Daniels, S. R., Gilman, M. W., Lichtenstein, A. H., . . . Van Horn, L. (2006). Dietary recommendations for children and adolescents: a guide for practitioners. *Pediatrics*, 117(2), 544-559.
- [22] Greer, F. R., & Krebs, N. F. (2006). Optimizing bone health and calcium intakes of infants, children, and adolescents. *Pediatrics*, 117(2), 578-585.
- [23] Services, U. D. o. H. H. (2005). Dietary guidelines for Americans 2005. <http://www.health.gov/dietaryguidelines/dga2005/document/default.htm>.
- [24] *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. (2013). American Psychiatric Association.
- [25] Rose, E. A., Porcerelli, J. H., & Neale, A. V. (2000). Pica: common but commonly missed. *The Journal of the American Board of Family Practice*, 13(5), 353-358.
- [26] Kessing, B. F., Smout, A. J., & Bredenoord, A. J. (2014). Current diagnosis and management of the rumination syndrome. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 48(6), 478-483.
- [27] Fisher, M. M., Rosen, D. S., Ornstein, R. M., Mammel, K. A., Katzman, D. K., Rome, E. S., . . . Walsh, B. T. (2014). Characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in children and adolescents: a “new disorder” in DSM-5. *Journal of Adolescent Health*, 55(1), 49-52.

- [28] Ornstein, R. M., Rosen, D. S., Mammel, K. A., Callahan, S. T., Forman, S., Jay, M. S., . . . Walsh, B. T. (2013). Distribution of eating disorders in children and adolescents using the proposed DSM-5 criteria for feeding and eating disorders. *Journal of Adolescent Health, 53*(2), 303-305.
- [29] Chatoor, I. (2009). *Diagnosis and treatment of feeding disorders in infants, toddlers, and young children: Zero to three* Washington.
- [30] DerMarderosian, D., Chapman, H. A., Tortolani, C., & Willis, M. D. (2018). Medical Considerations in Children and Adolescents with Eating Disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics, 27*(1), 1-14.
- [31] Lock, J., & La Via, M. (2015). American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Committee on Quality Issues (CQI). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with eating disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 54*(5), 412-425.
- [32] Katzman, D. K. (2005). Medical complications in adolescents with anorexia nervosa: a review of the literature. *International Journal of Eating Disorders, 37*(S1).
- [33] Beumont, P. J. (2002). Clinical presentation of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook, 2*, 162-170.
- [34] Hoek, H. W. (2006). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Current opinion in psychiatry, 19*(4), 389-394.
- [35] Pope Jr, MD, MPH, Harrison G, Lalonde, J. K., Pindyck, L. J., Walsh, T., Bulik, C. M., Crow, S. J., . . . Hudson, J. I. (2006). Binge eating disorder: a stable syndrome. *American Journal of Psychiatry, 163*(12), 2181-2183.
- [36] Koven, N. S., & Abry, A. W. (2015). The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 11*, 385.
- [37] Moroze, R. M., Dunn, T. M., Holland, J. C., Yager, J., & Weintraub, P. (2015). Microthinking about micronutrients: a case of transition from obsessions about healthy eating to near-fatal “orthorexia nervosa” and proposed diagnostic criteria. *Psychosomatics, 56*(4), 397-403.
- [38] Ogden, C. L., Carroll, M. D., Lawman, H. G., Fryar, C. D., Kruszon-Moran, D., Kit, B. K., & Flegal, K. M. (2016). Trends in Obesity Prevalence Among Children and Adolescents in the United States, 1988-1994 Through 2013-2014. *JAMA, 315*(21), 2292-2299. doi:10.1001/jama.2016.6361
- [39] Deurenberg, P., Weststrate, J. A., & Seidell, J. C. (1991). Body mass index as a measure of body fatness: age-and sex-specific prediction formulas. *British Journal of Nutrition, 65*(2), 105-114.
- [40] Penick, S. B., Fillion, R., Fox, S., & Stunkard, A. J. (1971). Behavior modification in the treatment of obesity. *Psychosomatic Medicine, 33*(1), 49-56.