



T.C.
BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
ÖZEL EĞİTİM ANABİLİM DALI
ÖZEL EĞİTİM TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

ÖZEL ÖĞRENME GÜÇLÜĞÜ OLAN BİREYLERİN
TANILANMASINDA ÇOCUK VE ERGEN
PSİKİYATRİSTLERİNİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİ

Mehmet Çağatay ÖZTAŞ

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Özlem İLKER

Haziran, 2025



T.C.

BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

ÖZEL EĞİTİM ANABİLİM DALI

ÖZEL EĞİTİM TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

ÖZEL ÖĞRENME GÜÇLÜĞÜ OLAN BİREYLERİN
TANILANMASINDA ÇOCUK VE ERGEN
PSİKİYATRİSTLERİNİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİ

Mehmet Çağatay ÖZTAŞ

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Özlem İLKER

Haziran, 2025

TEZ ONAY SAYFASI



BEYAN

Bu tezin bana ait olduğunu, tüm aşamalarında etik dışı davranışımın olmadığını, içinde yer alan bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, kullanmış olduğum bütün bilgilere kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin yürütülmesi ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Mehmet Çağatay ÖZTAŞ



TEŞEKKÜR

Tez yazım sürecimde emeklerinden ve yardımlarından dolayı kıymetli danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Özlem İLKER ve süreçte desteklerini esirgemeyen Doç. Dr. Alparslan KARABULUT hocalarıma,

Tez jürimde yer alan Prof. Dr. Lütfü İLGAR ve Doç. Dr. Savaş AKGÜL hocalarıma, Tez sürecim boyunca görüşme yapmaya gönüllü olan ve görüşme yapmaktan mutluluk duyduğum tüm çocuk ve ergen psikiyatristlerine,

Bu süreçte bana sevgisini ve desteğini hissettiren eşim, ailem Kader ÖZTAŞ'a, Bugünlere gelmemde en büyük emekleri olan yanımda olduklarını her zaman hissettiren annem Hülya ÖZTAŞ, babam Şenel ÖZTAŞ ve ağabeyim Fatih ÖZTAŞ'a,

Sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

İÇ KAPAK	-
TEZ ONAY SAYFASI	-
BEYAN	iii
TEŞEKKÜR	iv
İÇİNDEKİLER	v
SİMGE/SEMBOL VE KISALTMALAR LİSTESİ	viii
TABLO LİSTESİ	ix
TÜRKÇE ÖZET VE ANAHTAR KELİMELER	x
İNGİLİZCE ÖZET VE ANAHTAR KELİMELER	xi
1.GİRİŞ	1
1.1.Problem Durumu	1
1.2. Amaç	4
1.3. Önem	5
1.4. Sınırlılıklar	6
1.5. Tanımlar	6
1.6. Kavramsal Çerçeve	7
1.6.1. Özel Gereksinimli Birey	7
1.6.2. Özel Öğrenme Güçlüğü	8
1.6.3. Özel Öğrenme Güçlüğü'nün Nedenleri	9
1.6.4. Özel Öğrenme Güçlüğü'nün Sıklığı Ve Yaygınlığı	10
1.6.5. Özel Öğrenme Güçlüğü Olan Bireylerin Sınıflandırılması	10
1.6.6. Özel Öğrenme Güçlüğü Olan Bireylerin Özellikleri	12
1.6.7. Özel Öğrenme Güçlüğü Olan Bireylerin Fark Edilme Süreci	16
1.6.8. Özel Öğrenme Güçlüğü Olan Bireylerin Tanılama Süreci	17
1.6.9. Özel Öğrenme Güçlüğü Olan Bireylerin Değerlendirme Araçları	21
1.6.10. Özel Öğrenme Güçlüğü Olan Bireylerin Aileleri	23
1.6.11. İlgili Araştırmalar	24
2.YÖNTEM	29
2.1. Araştırma Modeli	29
2.2. Katılımcılar	29
2.3. Araştırmacı	32

2.4. Verilerin Toplanması	33
2.4.1. Görüşme Sorularının Oluşturulması	34
2.4.2. Pilot Görüşmenin Yapılması	35
2.4.3. Görüşme İlkeleri.....	36
2.4.4. Etik İlkeler.....	36
2.4.5. Gönüllü Katılımcı Formu.....	37
2.4.6. Araştırmacı Günlüğü.....	37
2.4.7. Veri Toplama Süreci	37
2.5. Verilerin Analizi.....	40
2.5.1. Verilerin Toplanması, Yedeklenmesi Ve Dökümü.....	41
2.5.2. Verilerin Kodlanması Ve Temaların Oluşturulması	41
2.5.3. Gözlemciler Arası Güvenirliğin Sağlanması	42
3.BULGULAR VE YORUM.....	43
3.1. Fark Edilme Süreci.....	44
3.1.1. Yönlendirme Süreci	44
3.1.2. Fark Edilme Sürecinde Dikkat Edilmesi Gereken Hususlar	50
3.1.3. Aile.....	53
3.1.4. Öğretmen.....	56
3.1.5. Çocuk Ve Ergen Psikiyatristlerinin Fark Edilme Sürecine İlişkin Önerileri ...	57
3.2. Değerlendirme Süreci.....	71
3.2.1. Değerlendirme Aşamaları	73
3.2.2. Değerlendirme Araçları.....	81
3.2.3. Fiziki Şartlar.....	90
3.2.4. Tanılama Zaman Aralığı	93
3.2.5. Rapor Süresi Belirleme Şartları	102
3.2.6. Değerlendirme Sürecine Öneriler	107
3.3. Karar Verme Süreci.....	124
3.3.1. Okul Ve Ram Formlarının Karar Verme Sürecine Etkisi	125
3.3.2. Test Sonucu Ve Klinik Gözlem Uyuşmazlığı.....	133
3.3.3. Karar Verme Süreci Öneri	138
3.4. Görüşmeye Eklenen Konular	147
3.4.1. Özel Öğrenme Güçlüğü Tanılanması Ek Görüş Ve Öneriler.....	148
4.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	159
4.1. Sonuç.....	159

4.1.1. Fark Edilme Sürecine İlişkin Sonuçlar	159
4.1.2. Değerlendirme Sürecine İlişkin Sonuçlar	160
4.1.3. Karar Verme Sürecine İlişkin Sonuçlar	161
4.1.4. Görüşmeye Eklenen Konularla İlgili Sonuçlar	162
4.2. Öneriler	162
4.2.1. Uygulamaya Yönelik Öneriler	162
4.2.2. İleriki Araştırmalara Öneriler	164
I.KAYNAKÇA	165
II. EKLER	183
Ek-1 Gönüllü Katılımcı Formu	183
Ek-2 Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu	185
Ek-3 ÖÖG Olan Bireylerin Tanılanmasında Çocuk Ve Ergen Psikiyatristlerinin Görüş Ve Önerileri Etik Kurul İzni.....	188
Ek-4 Kodlama Anahtarı	189
Ek-5 Kodlayıcı Güvenirliği Formu	190
III. İNTİHAL RAPORU	192

SİMGE/SEMBOL VE KISALTMALAR LİSTESİ

ÇÖZGER	Çocuklar İçin Özel Gereksinim Raporu
DEHB	Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
MEB	Milli Eğitim Bakanlığı
MHRS	Merkezi Hekim Randevu Sistemi
ÖBF	Öğretmen Bilgi Formu
ÖÖG	Özel Öğrenme Güçlüğü
PDR	Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik
RAM	Rehberlik ve Araştırma Merkezi



TABLO LİSTESİ

Tablo No	Tablo Adı	Sayfa No
Tablo 2.1.	Katılımcı Özellikleri	32
Tablo 2.2.	Pilot Görüşmeci Özellikleri	36
Tablo 2.3.	Görüşme Verileri Tablosu	40
Tablo 3.1.	Fark Edilme Süreci Teması Alt Tema Ve Kategoriler	44
Tablo 3.2.	Hastaneye Yönlendirme Kategorisi	46
Tablo 3.3.	Randevu Alma Süreci Kategorisi	48
Tablo 3.4.	Fark Edilme Sürecinde Dikkat Edilmesi Gereken Husular	51
Tablo 3.5.	Aile Alt Tema Ve Kategoriler	54
Tablo 3.6.	Öğretmenlerin Farkındalık Ve Bilgi Yetersizliği Kategorisi.....	57
Tablo 3.7.	Fark Edilme Süreci Öneriler Alt Tema Ve Kategoriler.....	58
Tablo 3.8.	Değerlendirme Süreci Alt Tema Ve Kategoriler	72
Tablo 3.9.	Anamnez Kategorisi	75
Tablo 3.10.	Bilgi Toplama Süreci Kategorisi	78
Tablo 3.11.	Değerlendirme Araçları Alt Tema Ve Kategoriler	82
Tablo 3.12.	Formal Değerlendirme Araçları Kategorisi	83
Tablo 3.13.	İnformel Değerlendirme Araçları Kategorisi.....	87
Tablo 3.14.	Fiziki Şartlar Alt Tema Ve Kategoriler	91
Tablo 3.15.	Değerlendirme Muayene Süresi Alt Tema Ve Kategoriler	100
Tablo 3.16.	Rapor Süresi Alt Tema Ve Kategoriler.....	103
Tablo 3.17.	Değerlendirme Süreci Öneriler Alt Tema Ve Kategoriler.....	108
Tablo 3.18.	Karar Verme Süreci Alt Tema Ve Kategoriler	125
Tablo 3.19.	Okul Ve RAM Formlarının Karar Verme Sürecine Etkisi	126
Tablo 3.20.	Test Sonucu Ve Klinik Gözlem Uyuşmazlığı.....	135
Tablo 3.21.	Karar Verme Süreci Öneri Alt Tema Ve Kategoriler	139
Tablo 3.22.	Görüşmeye Eklenen Konular Alt Tema Ve Kategoriler.....	148

TÜRKÇE ÖZET VE ANAHTAR KELİMELELER

Öztaş, M.Ç. (2025). Özel Öğrenme Güçlüğü Olan Bireylerin Tanılanmasında Çocuk ve Ergen Psikiyatristlerinin Görüş ve Önerileri. Yüksek Lisans Tezi, Biruni Üniversitesi, İstanbul.

ÖÖG riski olan bireylerin tanılanmasında çocuk ve ergen psikiyatristleri birinci dereceden sorumludur; ÖÖG'nin erken dönemde doğru tanılanması, tanı alan bireylerin erken müdahaleden yararlanmalarını sağlamaktadır. Bu araştırmada, ÖÖG olan bireylerin tanılama süreçlerine ilişkin çocuk ve ergen psikiyatristlerinin görüşlerini ortaya koymak amacıyla nitel araştırma yöntemlerinden fenomenoloji deseni kullanılmıştır. Araştırma kapsamında, ÖÖG riski olan bireylerin tanılanma sürecinde görev alan 15 çocuk ve ergen psikiyatristiyle yarı yapılandırılmış görüşmeler yapılarak veri toplanmıştır. Araştırmanın bulguları, ÖÖG riski olan bireylerin hastaneye genellikle öğretmenleri tarafından yönlendirildiğini; bunun dışında ailelerin ve çocuğun devam ettiği özel eğitim merkezinde görev yapan öğretmenler ile kurum yetkililerinin de yönlendirme yaptığı, ancak bu süreçte aile ve öğretmen bilgisizliğiyle kurum yetkililerinin yanlış yönlendirmelerinin tanı sürecini zorlaştırdığını ortaya koymuştur. Süreci kolaylaştırmak amacıyla okul düzeyinde tarama yapılması önerilmektedir. Aileler, çocuk ve ergen psikiyatristinden randevu bulmakta zorlandıklarını ve bulduklarında ise muayene ile değerlendirme süresinin kısa olduğunu belirtmişlerdir. ÖÖG olan bireylere genellikle DEHB'nin eşlik edebildiği ya da DEHB'nin ÖÖG'yi maskeleyebildiği; bu nedenle eşlik eden özellikler ve ayırıcı tanı süreçlerinin titizlikle yürütülmesi gerektiği vurgulanmıştır. Çocuk ve ergen psikiyatristleri, ÖÖG'nin tanılanmasında formal değerlendirme araçlarının yetersiz olduğunu ve genellikle klinik gözlem sonucuna göre karar verdiklerini, değerlendirme araçlarının ise bu kararı destekleyici bir rol üstlendiğini ifade etmişlerdir. Ayrıca, okul, RAM ve hastane arasında işbirliği yapılmaması nedeniyle tanılama sürecinin zorlaştığı yönünde de görüş bildirmişlerdir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk ve Ergen Psikiyatristleri, Öğrenme Güçlüğü, Öğrenme Güçlüğü ve Tanılama, Psikiyatri ve Öğrenme Güçlükleri.

İNGİLİZCE ÖZET VE ANAHTAR KELİMELER

Öztaş, M.Ç. (2025). Opinions and Recommendations of Child and Adolescent Psychiatrists on the Diagnosis of Individuals with Specific Learning Disabilities. Master's Thesis, Biruni University Institute of Postgraduate Education, Istanbul.

Child and adolescent psychiatrists are primarily responsible for the diagnosis of individuals at risk for SLD; early and accurate diagnosis of SLD ensures that diagnosed individuals benefit from early intervention. This study employed a phenomenological design, one of the qualitative research methods, to reveal the views of child and adolescent psychiatrists regarding the diagnostic processes of individuals with SLD. Within the scope of the study, data were collected through semi-structured interviews with 15 child and adolescent psychiatrists involved in the diagnostic process of individuals at risk for SLD. The findings revealed that individuals at risk for SLD are most often referred to hospitals by their teachers; in addition, families, teachers working in special education centers the child attends, and institutional staff may also refer the child. However, lack of knowledge among families and teachers, along with misguidance by institutional staff, complicates the diagnostic process. To facilitate this process, it is recommended that screening be conducted at the school level. Families stated that they had difficulty getting appointments with child and adolescent psychiatrists and that the examination and evaluation times were short when they did. It was emphasized that SLD is often accompanied by ADHD or that ADHD can mask the presence of SLD; therefore, the comorbid features and differential diagnosis processes must be carried out meticulously. Child and adolescent psychiatrists stated that formal assessment tools are inadequate in diagnosing SLD and that they generally make decisions based on clinical observation, with assessment tools playing a supportive role in their decision-making. Additionally, they reported that the lack of collaboration among schools, RAM, and hospitals complicates the diagnostic process.

Keywords: Child and Adolescent Psychiatrist, Learning Disability, Learning Disability and Diagnosis, Psychiatry and Learning Disabilities.

1.GİRİŞ

Araştırmanın bu bölümünde araştırmanın problem durumu, amacı, önemi, sınırlılıkları, tanımları ve kavramsal çerçeveye yer verilmiştir. Araştırmanın konusu, ilgili olan akademik çalışmalarla ilişkilendirilerek ele alınmıştır.

1.1. Problem Durumu

Milli Eğitim Bakanlığı (MEB) özel eğitim hizmetleri yönetmeliğinin 2. sayfasında (2018) özel eğitimin tanımı incelendiğinde “Bireysel ve gelişim özellikleriyle eğitim yeterlilikleri açısından akranlarından anlamlı düzeyde farklılık gösteren bireylerin eğitim ve sosyal ihtiyaçlarını karşılamak üzere geliştirilmiş eğitim programları ve özel olarak yetiştirilmiş personelle uygun ortamlarda sürdürülen eğitim” olarak tanımlanmaktadır. Eğitim faaliyetlerinin, özel gereksinimli bireylerin ihtiyaçları doğrultusunda planlanmasını sağlamak amacıyla MEB Özel Eğitim Hizmetleri Yönetmeliği’nde özel gereksinimli bireylerin farklı kategorilere ayrıldığı görülmektedir. Bu kategorilerden biri de özel öğrenme güçlüğüdür (ÖÖG). (Dikici-Sığırtmaç ve Deretarla-Gül, 2010). ÖÖG kavramı ilk kez Samuel Kirk tarafından 1963 yılında kullanılmıştır. Kirk, ÖÖG olan bireyleri gözlemleyerek normal ya da normalin üstünde zekâya sahip olmalarına rağmen, düşünme, anlama, okuma-yazma veya matematik becerilerinde zekâlarına kıyasla düşük başarı gösterdiklerini belirlemiştir (Kirk, 1963). ÖÖG, diğer akademik öğrenmelere ön koşul oluşturan, okuma, yazma ve aritmetik gibi akademik becerilerin öğrenilmesini ve kullanılmasını engelleyen nöro gelişimsel bir bozukluk olarak ifade edilmektedir (APA, 2013).

ÖÖG olan bireyler disleksi, disgrafi, diskalkuli olmak üzere 3 başlık altında sınıflandırılmaktadır. *Disleksi*, dil becerileri ile ilgili yetersizlikler ve okuma zorluğu olarak tanımlanmaktadır (Catts, 1989). *Disgrafi*, yazma alanında yaşanan zorluklar, *diskalkuliye* matematik alanında yaşanan zorluklar olarak adlandırılmaktadır. (Cortiella and Horowitz, 2014). Bireylerin bazıları sadece bir alanda problem yaşarken bazılarıysa her iki alanda da problem yaşayabilmektedir. Bu nedenle ÖÖG olan bireyler heterojen bir yapı sergilemektedir (Çakıroğlu, 2019).

ÖÖG olan bireylerin matematik alanında; sayıları yazmada, temel işlemleri yapmada, işlemsel adımları ve detayları hatırlamada, işlemleri uygun sırayla gerçekleştirmede, geçmişte öğrenilen bilgileri hatırlamada, tahtadan veya kitaptan deftere yazı aktarmada, deftere işlem yaparken sayfa düzenini takip etmede ve matematiksel terimlere ilişkin bilgi yetersizliği gibi çeşitli güçlükler yaşadıkları belirtilmektedir (Bryant and Hammill, 2000). Matematik güçlüğü olan bireyler basit sayı kavramlarını anlamakta güçlük çekerler, sayıları sezgisel olarak kavrayamazlar ve sayı gerçeğini ve prosedürlerini öğrenmede sorunlar yaşarlar. Doğru bir cevap uygulasalar veya doğru bir yöntem kullansalar bile bunu otomatik ve güven duymadan yapabilirler (Mayer and Alexander, 2011). Çok sayıda ülkede yapılan, okul çağı çocuklarını kapsayan araştırmalara göre matematik öğrenme güçlüğünün yaygınlık oranı %5-7'dir (Mutlu, 2020).

Akıcı okuma; kelimelerin hatasız bir şekilde okunmasını ifade eden doğruluk, yazılı dilin sözlü dile çevrilme hızını ifade eden hız ve okuma sürecinde vurgulara, tonlamalara ve anlam birimlerine dikkat edilmesini ifade eden prozodi olmak üzere üç bileşenden oluşmaktadır (Morra and Tracey, 2006). Okuma güçlüğü olan bireylerin genellikle okumanın çözümleme bileşeninde güçlükler yaşadıkları ve bu güçlüklerden kaynaklı olarak akıcı okuma ve okuduğunu anlama bileşenlerinde de güçlüklerle karşılaştıkları belirtilmektedir (Güldenoğlu ve ark., 2012). Bu bileşenleri herhangi birinde yaşanacak olan aksaklık okumanın akıcı bir şekilde sürdürülmesine engel olacağı gibi okuduğunu anlama açısından da sorun oluşturacaktır (Kulich, 2009).

Yazma güçlüğü; bireyin yaşı ve zekâsı göz önüne alındığında yazma becerilerinin beklenenin altında olması, yazılı dil üretimindeki zorluk, disgrafi olarak tanımlanmaktadır (Hamstra-Bletz and Blöte, 1993). Bu bireylerin okunaklı bir el yazısı yoktur. Öğretmeni tahtada yazılan bir yazıyı yazması için sınıf içinde görev verdiğinde oldukça zorlanırlar. Yazı konusunda yavaş oldukları için sınıf içerisinde de tembel bir çocuk olarak etiketlenirler. Okunaklı bir el yazısına sahip değildirler. Sınıf arkadaşları kısa bir süre içinde öğretmenleri tarafından verilen yazma görevini tamamlarken, o henüz yazması gerekenleri tamamlayamayabilir. Kendini yetersiz ve değersiz görmeye başlayan bu öğrencilerin kendilerine olan inancını günbegün kaybettiği bu sahneler her gün defalarca yaşanmaktadır (Çayır ve Balcı, 2023).

Son 10 yılda ÖÖG bulunan bireylerin sayısının logaritmik arttığı ifade edilmektedir (Çakıroğlu ve Melekoğlu, 2014). ABD'de 6-21 yaşlarına yönelik

sunulan özel eğitim hizmetlerinden faydalanan 6 milyon öğrencinin %38.6 oranındaki çoğunluğunu ÖÖG olan öğrenciler oluşturmaktadır (U.S. Department of Education, 2018). Türkiye’de ise bu oranla ilgili istatistiği MEB’in istatistiksel verilerinden ulaşılabilmektedir. Bu istatistiklere göre, Türkiye’de 2016-2017 eğitim-öğretim döneminde özel eğitim uygulamaları kapsamında eğitim öğretim gören 9253 ÖÖG tanıli öğrenci bulunmaktadır ve bu öğrencilerin kaynaştırma uygulamaları kapsamında eğitim alan tüm özel gereksinimli öğrenciler içerisindeki oranı ise %3,8’dir (MEB, 2017). ÖÖG’de cinsiyete göre değişmekle birlikte, yapılan farklı araştırmalarda, okuma, yazma ve anlatım bozukluğunun erkeklerde, aritmetik bozukluğununsa kızlarda daha yüksek oranda olduğu belirtilmiştir (İşeri ve Sarı, 2008).

Türkiye’de ÖÖG bulunan bireyler sınıf öğretmenleri, rehber öğretmen veya ailenin bir problem olduğuna dair gözlemleri üzerine tıbbi tanılama için öncelikle çocuk ve ergen psikiyatristine yönlendirilir. Ülkemizde ÖÖG tanısı çoğunlukla ikinci ve üçüncü sınıflarda konulmaktadır (Aslan, 2015). Erken tanı konulması, erken müdahale eğitimi açısından oldukça önemli görülmektedir. Tanının geç konulması bireyin erken müdahaleden ve özel eğitim hizmetinden geç yararlanmasına sebep olmaktadır. Geç tanılama özel eğitimin süresini uzatmakta, özel eğitim giderlerini arttırmakta, bireyin müdahaleden yüksek verim alamamasına sebep olmaktadır. Erken fark edilemeyen bireylerde okula devamsızlık, sosyal uyumsuzluk görülmektedir. Bu sebeple bireylerin yaşadıkları başarısızlık, öğrenilmiş çaresizlik olarak görülmekte ve olumsuz okul algısına neden olmaktadır (Aslan, 2015). ÖÖG’nin tanılamayla ilgili aksaklıkların ortaya koyulduğu çalışmalar incelendiğinde bu konuda yapılan çalışmaların oldukça sınırlı olduğu görülmüştür (Aksoy ve Şafak, 2020). Tanılama sürecini gerçekleştiren bir diğer kurum ise Rehberlik ve Araştırma Merkezidir (RAM). RAM’ın yaptığı tanılama işlemi “eğitsel tanılama” olarak adlandırılmaktadır. Hastane değerlendirmesinde hekimler tarafından tıbbi tanı alarak ÖÖG olduğu belirlenen birey, hastaneden düzenlenen sağlık raporunu RAM’a sunarak sürecin tamamlanmasını talep eder. RAM’da bulunan özel eğitim değerlendirme kurulu yapılan eğitsel değerlendirmeler ve sağlık raporu doğrultusunda öğrenci için resmi tedbir ve destek eğitim raporu düzenleyerek ÖÖG tanılama sürecini tamamlamış olur. Tanılamanın ardından kurul aynı zamanda öğrenciyi ilgi ve ihtiyaçları doğrultusunda uygun olarak eğitim programlarına yönlendirmektedir. Sonraki süreçte RAM’lar yönlendirilen eğitim programı süresi

dolduğunda izleme çalışmaları yapmaktadır. ÖÖG olan bireyler, bu süreci adım adım takip etmekte ve son olarak RAM tarafından uygun eğitim programlarına yönlendirilmektedir (Öğülmüş, 2021). Kuzgun'a (2019) göre RAM ve hastane arasında tanılama sürecinde etkileşim olmadığı ve tıbbi tanılama sürecinde yer alan hastane personelinin tanıya karşı tartışmaya kapalı olduğu ortaya çıkmıştır. Tiryakioğlu ve Avcıoğlu (2013), RAM ve sağlık kurumları arasında işbirliği problemlerinin yaşandığını belirtmişlerdir. Ülkelerdeki özel eğitim hizmet ve uygulamalarının yaygınlaştırılması o ülkenin ve toplumunun çağdaşlaşmasının bir belirtisidir. Dünyadaki çoğu ülkede çağdaşlık, o ülkede yaşayan bireylerin, sunulan tüm hizmetlerden aynı ölçüde ve ihtiyaçları doğrultusunda yararlanmaları esasına göre değerlendirilmektedir (Cavkaytar ve Diken, 2005). Bu bağlamda; Türkiye'de tanı almış ÖÖG olan bireylerin diğer özel gereksinimli bireyler içerisindeki oranına bakıldığında bu durum tanı sistemi gelişmiş ülkelerle karşılaştırıldığında, Aksoy ve Şafak'a (2020) göre Türkiye'de tanı alan bireylerin sayısının az olduğu görülmektedir bu da tanı sistemindeki bazı güçlüklerden kaynaklandığı düşünülmektedir. Tanılama süreciyle ilgili alanyazındaki çalışmaların sınırlı olduğu görülmektedir. Bu sınırlılığın çalışma sayısının artırılması gerektiğini göstermektedir. Aslan'a (2015) göre tanılama sürecinin hızlı ve işlevsel olmasının ÖÖG olan bireylere erken müdahale edilmesini sağlayacağı görülmektedir. Eğitsel ve tıbbi tanılama yapan kurumlar arasında etkileşim bozukluğu olduğu görülmektedir (Kuzgun, 2019). Cavkaytar ve Diken'e (2005) göre de ÖÖG olan bireylere verilen hizmetlerin etkin olması toplumumuzun çağdaşlaşması anlamına geleceği görüldüğünden bu araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

1.2. Amaç

Bu araştırmanın amacı, ÖÖG riski olan bireylerin tanılama süreçlerine ilişkin çocuk ve ergen psikiyatristlerinin görüş ve önerilerini belirlemektir. Bu amaç doğrultusunda aşağıdaki araştırma sorularına yanıt aranmıştır:

1. Çocuk ve ergen psikiyatristlerinin, ÖÖG riski olan bireylerin tanılanmasında izlenen fark edilme süreçlerine ilişkin görüş ve önerileri nelerdir?
2. Çocuk ve ergen psikiyatristlerinin, ÖÖG riski olan bireylerin tanılanmasında izlenen değerlendirme süreçlerine ilişkin görüş ve önerileri nelerdir?
3. Çocuk ve ergen psikiyatristlerinin, ÖÖG riski olan bireylerin tanılanmasında izlenen karar verme süreçlerine ilişkin görüş ve önerileri nelerdir?

1.3. Önem

Çocuk ve ergen psikiyatristleri ÖÖG riski olan bireylerin tanılmasında birinci dereceden sorumludur (Öğülmüş, 2021). Tanılama süreci tıbbi ve eğitsel tanılama süreci olarak ikiye ayrılmaktadır (Çakmak, 2017). Yapılmış olan araştırmaların da çoğunlukla eğitsel tanılama süreciyle ilgili olduğu görülmektedir. Çakmak'ın (2017) yapmış olduğu tez çalışmasında RAM'la hastane arasında işbirliği olmadığı sonucu ortaya çıkmıştır. RAM personeli, ÖÖG olan bireylerin tıbbi tanılama sürecinde hastaneyle iletişimleri olmadığını ve birbirlerinden görüş almadıklarını belirtmişlerdir. Kuzgun'un (2019) RAM'lardaki öğretmenlerin görüşlerini alarak eğitsel tanılama süreciyle ilgili yapmış olduğu tez çalışmasında Sağlık Bakanlığı ve MEB tarafından yapılan tanılama sürecinde tüm paydaşların ortaklığında Tıbbi ve Eğitsel Tanılama konusunda protokol hazırlanarak, gerekli iş birliği içerisinde ortak hareket edilmesi sağlanabilir önerisinde bulunmuştur. Bu araştırmalarda RAM personelleriyle görüşülerek eğitsel tanılama sürecinde ÖÖG riski olan bireylerin yaşadığı zorluklar belirlenmiştir. Bu araştırmalar sonucunda verilen bulgulara, önerilere ve sonuçlarına bakıldığında RAM, eğitim kurumları ve sağlık kurumları arasındaki işbirliğinin ve iletişimin yetersiz olması RAM personeliyle tıbbi tanılama yapan çocuk ve ergen psikiyatristleriyle aralarında iletişim kopukluğu olduğunu göstermektedir. Hastane ve RAM arasında iletişim kopukluğu olması tanılama hızı ve doğruluğunu etkileyecektir. Tanılama sürecinin gecikmesi erken müdahale imkânını kısıtlayacak, tanılamanın yanlış yapılması da bireyin tüm hayatını etkileyecektir. Bıçakcı ve Çakıroğlu (2023) yapmış oldukları araştırmada, bireylerin ÖÖG tanısı alması karşısında ailelerin bu durumu kabullenmekte zorlandığı görülmüştür. Ailelerden bazıları RAM'daki ve hastanedeki değerlendirme süresini yeterli, bazıları ise yetersiz bulduğu görülmüştür. Ailelerin bir kısmının ÖÖG konusunda RAM personelinden kendilerini bilgilendirmelerini istediği bulgusuna ulaşılmıştır. Ailelerin tıbbi değerlendirme için erken tarihte randevu bulamadığı ortaya çıkmıştır. Öğülmüş'ün (2021), ÖÖG tanılama sürecinde çocuk ve ergen psikiyatristleriyle görüştüğü çalışmada öğretmen ve ailelerin bilgisiz oldukları bunun da tanılama sürecinde çocuk ve ergen psikiyatristleri ve RAM personeli tarafından öykü almada güçlük yaşatacağı sonucunun göstergesidir. ÖÖG riski olan bireyin geçmiş yaşam öyküsü hakkında aile tarafından doğru bilgilendirmenin yapılmaması birey için yanlış tanı alması ya da tanı gecikmesi olarak dönüşüm sağlayabilecektir. Bunun da sonucu olarak bireyin tüm hayatının

etkileneceği aşikârdır. Eğitsel tanılama süreciyle ilgili araştırmalar olduğu ancak ÖÖG riski olan bireylerin tıbbi tanılama süreciyle ilgili araştırmanın sınırlı olduğu alanyazında görülmektedir. Çakmak (2017) ileriki araştırmalara yönelik yapılan önerilerde yer alan, tanılama sürecinde yer alan diğer paydaşların da (aile, öğretmen, çocuk ve ergen psikiyatristi, psikolog) görüşlerinin alındığı çalışmaların yapılması önerisinde bulunulmuştur. Yapılacak olan bu araştırma ÖÖG riski olan bireylerin tıbbi tanılama sürecine ilişkin gerekli bilgilendirmeyi yapacağı tanılama sürecinin hızlı ve işlevsel olmasına ilişkin çıkacak sonuçlara göre önerilerde bulunarak ÖÖG olan bireylere erken müdahale edilmesinin sağlanacağı düşünülmektedir. Eğitsel ve tıbbi tanılama sürecinin hızlı ve etkin olması ÖÖG olan bireylere sağlanacak özel eğitim hizmetlerinin işlevselliğine katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Alanyazında ÖÖG riski olan bireylerin tıbbi tanılama süreciyle ilgili araştırmaların az olduğu eğitsel tanılama süreciyle ilgili yapılan çalışmalarda çocuk ve ergen psikiyatristleriyle ilgili de çalışma yapılması gerektiği görüldüğünden bu çalışmanın da alanyazına katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu araştırma sonucunda, çocuk ve ergen psikiyatristlerinin görüşlerine dayanarak ailelerin ve öğretmenlerin tanılama sürecindeki rolleriyle ÖÖG hakkındaki bilgi düzeylerinin ortaya konulması; böylece tanılama sürecine ve ÖÖG'ye ilişkin sonuç ve öneriler sunulması hedeflenmektedir. Bu sayede tanılama sürecinin daha hızlı ve işlevsel hâle geleceği öngörülmekte olup, araştırmanın alanyazına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.4. Sınırlılıklar

1. Araştırma, sadece iki farklı ilde görev yapan çocuk ve ergen psikiyatristleriyle gerçekleşmiştir.
2. Araştırma, sayı azlığı ve ulaşmakta güçlük çekilmesi nedeniyle 15 çocuk ve ergen psikiyatristiyle gerçekleştirilmiştir.

1.5. Tanımlar

Özel Eğitim: Bireysel ve gelişim özellikleri ile eğitim yeterlilikleri açısından akranlarından anlamlı düzeyde farklılık gösteren bireylerin eğitim ve sosyal ihtiyaçlarını karşılamak üzere geliştirilmiş eğitim programları ve özel olarak yetiştirilmiş personelle uygun ortamlarda sürdürülen eğitim olarak tanımlanmaktadır (MEB, 2018).

Özel Gereksinimli Birey: Çeşitli problemler nedeniyle bireysel gelişim ve eğitim yeterlilikleri alanlarında normal gelişim gösteren akranlarından belirli düzeyde anlamlı farklılık yaşayan birey olarak tanımlanmaktadır (MEB, 2018).

Özel Öğrenme Güçlüğü Olan Birey: DSM-V’te ÖÖG; normal ya da normalin üstünde zekâ düzeyine sahip bireylerde okuma, yazma, konuşma, dinleme, mantık yürütme ve matematik becerilerinin kazanılmasında, uygulanmasında güçlüklerin belirgin olduğu nörobiyolojik bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır (APA, 2013).

Rehberlik ve Araştırma Merkezi (RAM): Türkiye’de özel eğitim gereksinimi olan bireylerin eğitsel değerlendirme süreçlerinden sorumlu birimler olarak tanımlanmaktadır (Kargın, 2007).

Tanımlama: Özel eğitim gereksinimi olan bireylerin gelişim alanlarındaki yeterlilikleri ve yetersiz yönlerinin, bireysel ilgi ve ihtiyaçlarının belirlenmesi amacıyla tıbbi, eğitsel ve sosyal alanlarda yapılan değerlendirmedir (MEB, 2018). Eğitsel ve tıbbi amaçla, bireyin tüm gelişim alanlarındaki özelliklerinin belirlenerek değerlendirilmesi sürecidir (Aksoy ve Şafak, 2020).

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB): DEHB, çocukluk döneminde başlayan ve etkileri ömür boyu süren, kendini dikkat eksikliği, dürtüsellik, hiperaktivite belirtileriyle gösteren ve akademik, sosyal ve psikiyatrik sorunlara yol açabilen nöropsikiyatrik bir bozukluktur (Arslantaş, 2020; DSM, 2013).

1.6. Kavramsal Çerçeve

1.6.1. Özel Gereksinimli Birey

Türkiye’de alanyazındaki tanımlar araştırıldığında özel eğitime ihtiyacı olan bireyi ilk kez 1971 yılında Özsoy tarafından şu şekilde tanımlanmıştır. “Bedensel, zihinsel, duygusal ve sosyal gelişimlerdeki özür ve üstün özellikleri yönünden eğitim-öğretim amaçlarını gerçekleştirmek için normal çocukların eğitim hizmetlerine ek olarak bir takım farklı özel hizmet ve önlemleri gerektiren çocuklara özel eğitime muhtaç çocuklar denir (Cavkaytar ve ark., 2014). Özel gereksinimli birey, “Bireysel ve gelişim özellikleriyle eğitim yeterlilikleri açısından akranlarından anlamlı düzeyde farklılık gösteren birey” olarak ifade edilir (MEB, 2018). Özel gereksinimli birey; doğum öncesi, doğum sırası ve doğum sonrasında, gelişim

sürecinde oluşan çeşitli sebeplerden dolayı; bilişsel, dil, hareket, fiziksel, sosyal ve duygusal gelişimlerinde ölçme araçlarıyla ölçülebilen düzeyde yetersizlik, yavaşlama, gerileme veya ileride olma sonucunda yaşlıtlarına göre farklı özellikler gösteren ve normal eğitim programlarından yararlanamayan, kısmen yararlanan veya yararlandığı halde destek programlarıyla eğitimlerini devam ettirebilen bireylerdir (Baykoç-Dönmez, 2015). Özel gereksinimli kelimesi “engeli olan”, “doğuştan ya da sonradan herhangi bir nedenle gerçekleşen duyusal, ruhsal, zihinsel, sosyal ve bedensel yeteneklerini kullanamayan toplumsal yaşama uyum sağlama ve günlük gereksinimlerini karşılama güçlükleri çeken kimse” olarak ifade edilmiştir (Törin, 2022). Farklı gelişim gösteren bireyleri tanımlamak için literatürde; “engelli”, “özürlü”, “özel gereksinimi olanlar”, “farklı gelişim gösterenler”, “gelişim farklılığı olanlar”, “öğrenme farklılığı olanlar” ve “özel eğitim gerektiren bireyler” gibi ifadeler kullanılmaktadır (Baykoç, 2011). Özel eğitim gerektiren bireyler genellikle şu gruplar altında toplanmaktadır: Zihinsel yetersizliği olan bireyler; görme yetersizliği olan bireyler; işitme yetersizliği olan bireyler; ortopedik yetersizliği olan bireyler; dil ve konuşma güçlüğü olan bireyler; ÖÖG olan bireyler; duygusal, davranışsal ve uyum güçlüğü olan bireyler; otizmlili bireyler; üstün zekâlı bireylerdir (Cavkaytar ve Diken, 2005). MEB Özel Eğitim Hizmetleri Yönetmeliği’ne (2018) göre özel eğitim gerektiren bireyler arasında ÖÖG yer almaktadır.

1.6.2. Özel Öğrenme Güçlüğü

ÖÖG, sözlü ve yazılı dili kullanma ve anlamada temel olan bir veya daha fazla psikolojik sürecin etkilenmesiyle ortaya çıkan okuma, yazma, konuşma, düşünme, dinleme ve matematiksel işlemler yapmadaki zorluklar olarak ifade edilmektedir. Okuma, yazma, matematik, bilgiyi işleme, bellek-bilişsel ve üstbilişsel stratejilerin kullanımı, görsel ve işitsel algı, dikkat, dili anlama ve kullanma becerilerinde yaşanan güçlüklerle karakterize olan ÖÖG, özel eğitime gereksinim duyan grupların en büyük kısmını oluşturmaktadır (Senate Labor and Human Resources Committee, 1997). ÖÖG, normal veya normalin üzerinde zekâ puanına sahip bireylerde görülen, genellikle yazılı ve sözlü dili anlayabilme ve kullanabilme becerisini etkileyen, nörolojik kökenli, okuma, dinleme, konuşma yazma, matematik alanlarında kendini gösteren ve ömür boyu süren güçlük olarak ifade edilmektedir (Fuchs et al., 2006). ÖÖG bulunan bireyler; okuma, yazma veya matematik alanlarından herhangi birinde zorluklar yaşarken yine aynı alanların

birinde üstün başarıya sahip olabilirler (Harwell and Jackson, 2008). ÖÖG; ortalama akademik başarının altında bir performans gösterme, kişinin kendi içinde gösterdiği akademik performans farklılıkları, bazı alanlarda düşük başarı gösterirken bazı alanlarda daha iyi bir performans göstermesi ve bilgiyi işlemlemede görülen problemler olarak tanımlanmaktadır (Şahin, 2010). Amerikan Psikiyatri Birliği, ÖÖG belirtilerini; gerekli müdahalelerde bulunulmasına rağmen, en az altı aydır devam eden, okuduğunu anlamada zorluk yaşama, yazmada ve yazılı anlatımda yavaş veya yanlış kelime okuma, akıl yürütmede sorun yaşama, sayı algısında ve hesaplamada, güçlük yaşama olarak sıralamıştır (APA, 2014). 2016 yılında ÖÖG Ulusal Birleşik Komitesi (NJCLD), ÖÖG tanımını daha önceki tanımları destekleyen bir şekilde yeniden tanımlanmıştır. Bu tanıma göre ÖÖG; kişinin heceleme, konuşma, okuma, yazma, hesaplama ve çıkarma becerilerini, hafızasını ve dikkatini, koordinasyonunu, duygusal ve sosyal becerileri etkileyen nörolojik bir durumdur (NJCLD, 2014).

1.6.3. Özel Öğrenme Güçlüğü'nün Nedenleri

ÖÖG'nin nedenleri arasında merkezi sinir sisteminde meydana gelen hasarlar olmakla birlikte, çevresel etmenler ve uyaran eksiklerinin de ÖÖG'ye sebep olduğu saptanmıştır. İkizlerle yapılan çalışmalar sonucunda genetik geçişli olduğu da düşünülmektedir (Kalaç, 2015). Genetik faktörlerin bireyin gelişimi ve fonksiyonel formuna etki ettiğini ve bu nedenden dolayı ÖÖG'nin bilişsel işlevlerini etkilemeye yol açtığı kabul edilmektedir (Asfuroğlu ve Fidan, 2016). ÖÖG olan bireylerin beyin yapılarında ve işlevlerinde ortaya çıkan nörolojik bozukluklar nedeniyle bilgileri edinme, saklama, işleme, gerektiğinde geri çağırma yetileri etkilenmektedir. Yapılan çeşitli araştırmalar sonucunda, aile fertleri ve yakın akrabalar arasında ÖÖG'nin DEHB'yle birlikte sıklıkta görüldüğünün belirlenmesi, genetik faktörlerin nedenler arasında yer aldığını göstermektedir (Cortiella and Horowitz, 2014). Özyürek'e (1981) göre ÖÖG'nin neden kaynaklandığını 4 kategoriye ayırmıştır:

Fizyolojik Faktörler: Doğum öncesi, sırası ve sonrası gelişen riskler ÖÖG'ye neden olabilmektedir.

Psikolojik Faktörler: Bireyin gelişimi sırasındaki, sıkıntılar, engellenmeler, anne babanın ayrılmış olması, duygularını net bir şekilde ifade etme fırsatı verilmemesi, güvenli ilişkiler kuramama öğrenmeyi etkileyebilmektedir.

Eğitsel Faktörler: Nitelsiz veya yetersiz eğitim öğretim ÖÖG'nin ortaya çıkmasına neden olabilir. Bireylerin öğrenememelerinin sebebi, öğretmenlerin öğretememesidir.

Böyle bir durum olduğunda öğretmenlerin öğrenmeyi etkileyen koşulları ya da faktörleri kontrol etmeye çalışmalı eğer gerekliyse bu konuda yetiştirilmelidir. Öğretmene öğrenmeyi etkileyen faktörleri kontrol etmesi öğretilmelidir. Ayrıca, öğretmenin öğretim yöntem tekniklerini geliştirme ve sınıf ortamını ve yönetimini kontrol etme becerilerini kazanmasına özen gösterilmelidir.

Sosyo-Kültürel Faktörler: Bireyin içinde yaşadığı çevrenin öğrenmeyi etkilediği bilinmekle birlikte bu ortam bireyde ÖÖG'nin yaşanmasına da neden olabilmektedir. Bu nedenlerden dolayı ÖÖG yaygınlığı hızla artmaktadır (USDE, 2018).

1.6.4. Özel Öğrenme Güçlüğü'nün Sıklığı Ve Yaygınlığı

ÖÖG'de yaygınlık oranına ilişkin araştırmalar incelendiğinde, DSM-V'e göre farklı dil ve kültüre sahip, okul çağındaki bireylerin %5 ile %15 oranında ÖÖG tanısı aldığı tespit edilmiştir (APA, 2013). Türkiye'de ÖÖG görülme sıklığına ilişkin net veriler standartlaştırılmış ölçme araçlarının bulunmamasından kaynaklı olarak tespit edilememiştir. ABD'de ÖÖG olan öğrenciler, özel gereksinimli bireylerin %33'ünü oluşturmaktadır (Demir ve Ceylan, 2024). ÖÖG kendi arasında 3'e ayrılmaktadır. Bu 3 türden biri olan okuma bozukluğunun yaygınlığı genellikle dillere göre de farklılık göstermektedir. Erkek bireylerde kızlara oranla daha fazla görülmekle beraber, son bulgular aradaki farkın çok olmadığı yönündedir (Semerci, 2013). Ülkemizde tüm özel gereksinimli öğrencilerin %3'ünü ÖÖG yaşayan öğrenciler oluşturmaktadır (Melekoğlu, 2018). Bununla beraber bu oranların çok yüksek olmasında yanlış tanılanmanın da etkisi olabileceği düşünülmektedir (Bender, 2016). Farklı kaynaklarda bu oran %3 ile %14 arasında değişmekte olduğu çok daha fazla bireyin matematik alanında ÖÖG yaşadığı, araştırmacılar tarafından ifade edilmektedir (Bird, 2021).

1.6.5. Özel Öğrenme Güçlüğü Olan Bireylerin Sınıflandırılması

ÖÖG; disleksi, diskalkuli ve disgrafi olarak üç türe ayrılmaktadır (Görgün ve Melekoğlu, 2019). *Disleksi*, genel anlamda okumak eyleminin doğru düzeyde gerçekleştirilememesi şeklinde ifade edilebilir. Terim anlamındaki ilk kullanımı Almanyalı bir doktorun beyinle ilgili rahatsızlık sonucunda okumayı unutmuş olan hastası aracılığıyla olmuştur (Guardiola, 2001). Okuma güçlükleri ÖÖG bulunan öğrenciler arasındaki sıklığının %60 ile %90 arasında değiştiği belirtilmektedir (Pierangelo and Giuliani, 2006). ÖÖG olan çocuklar en çok okumada problem

yaşamaktadır (Balıkçı ve Görgün, 2021). Disleksi, okuma güçlüğü sözcükleri doğru ve akıcı şekilde okuyamama, sözcüklerin harflerini doğru söylemede yaşanan güçlük ve okuduğunu anlamada yaşanan sorunlar olarak karşımıza çıkan nörolojik temelli bir okuma güçlüğü türüdür (Saraç, 2014). Sağlıklı bir IQ ve etkili eğitim koşullarına bakılmaksızın, fonolojik işlemedeki eksiklikler nedeniyle kelime tanıma, heceleme ve kod çözmede zorluklarla karakterizedir. Ayrıca, kelime dağarcığının ve arka plan bilgisinin gelişimini engelleyen okuma deneyiminin ve anlamanın azalması ile karakterizedir (Rahul and Ponniah, 2021). *Diskalkuli*, matematik alanında ÖÖG toplumunda ne ölçüde yaygın olduğu farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda farklı sonuçlara ulaşılmıştır. Yapılan bu araştırmaların farklı odak noktaları olsa da matematik öğrenme güçlüğü'nün nüfusun yaklaşık %6'sını etkilediği belirtilmiştir (Rotzer et al., 2008). Araştırmalar; diskalkulinin norobiyolojik, genetik ve çevresel faktörlerin etkisiyle ortaya çıkan, beyin temelli bir bozukluk olduğunu göstermektedir (Shalev, 2004). ÖÖG'den biri olan matematik öğrenme güçlüğü; sayı algısı bozukluğundan dolayı bireyin aritmetik işlemlerde, dört işlem problemlerinde, ölçmede ve diğer matematik alanlarında yaşadığı zorluklardır (Mutlu, 2016). Diskalkuli olan bireyler, sayıları rakam ve kelime olarak öğrenmede zorluk, sıra ile sayı sayma, parmak hesabı ile matematiksel işlem yapma, saati okumada güçlük, çok basamaklı problemleri çözme, sağ-sol karıştırma, düz bir çizgide yazıyı devam ettirme, matematiksel algoritmalarda zorlanma gibi belirtilerle hekime başvururlar (Cheng and Meyers, 2005). *Disgrafi*, yapılan araştırmalar sonucunda öğrencilerin %10 ile %34'lük bir oranının okul çalışmalarının gerektirdiği el yazısı yeterliliğine sahip olamadıklarını göstermektedir (Smits Engelsman et al., 2001). Disgrafi, yazma becerilerini etkileyen bir ÖÖG türüdür. Bu durum, bireylerin okunaklı ve düzgün yazamaması, kelimeleri doğru bir şekilde oluşturamaması ve yazılı ifadelerde problem yaşaması anlamına gelmektedir (Cook and Heinrich, 2015). Yazmak için gerekli olan motorik beceriye bağlı desenleri üretmedeki zorluk olarak da isimlendirilir (Mather, 2007). Heceleme ve dilbilgisinde zorluk yaşayan öğrenciler bir sözcüğü tekrar tekrar yazmakta, noktalama işaretlerini doğru yerlerde kullanamamakta ve yazım kurallarına dikkat etmemektedir (Laufer, 2000; Marone and Johnston, 2002).

1.6.6. Özel Öğrenme Güçlüğü Olan Bireylerin Özellikleri

ÖÖG olan bireylerin sosyal duygusal gelişimi akranlarından farklılık gösterebilmektedir (Urfalı-Dadandı ve Şahin, 2018). Bu bireylerin dil gelişimleri de etkilenmektedir (Çınar, 2023). ÖÖG olan bireylerin motor gelişimi akranlarından farklılık gösterebilmektedir (Aslan, 2015). ÖÖG'yi maskeleyebilen ve en çok eşlik eden tanı DEHB'dir (Kranzler et al., 2016). Bu bölümde bireylerin gelişim özellikleri ve DEHB incelenmiştir.

1.6.6.1. Özel Öğrenme Güçlüğü Olan Bireylerin Sosyal Duygusal Gelişimi. ÖÖG olan öğrenciler akademik, davranışsal ve sosyal problem yaşadıklarından kendilerini daha az kabul edilebilir olarak algılamakta ve benlik kavramları akranlarından daha düşük olabilmektedir (Bear et al., 2002; Elbaum and Vaughn, 2003). Sosyal duygusal gelişim olarak, ÖÖG olan bireylerde düşük benlik saygısı, öz yeterlilik hissinde zayıflık, sosyal ortamlardan geri çekilme ve bu ortamlarda çekingen davranışlar, grup çalışmalarına katılımda zorluklar gibi erken belirtiler göze çarpmaktadır (Steele, 2004). Yaşanan bu güçlükler bir yandan çocukların okulda başarılı olmasına engel oluşturur, öte yandan başarısızlıkların asıl nedeninin anlaşılmamasından dolayı, hem çocuk hem de aile başarısızlıktan sorumlu tutulur (Rea et al., 2002). Örgün öğretimde zorluk yaşayan, kendini akranlarından farklı hisseden, ebeveyn ve öğretmenleriyle ilişkileri bozulan çocukların kişilik gelişimlerinde de olumsuzluklar söz konusudur. (Erden ve ark., 2002). ÖÖG olan bireylerde duygusal problemler, düşük benlik saygısı, akran ilişkilerinde sorunlar, depresyon, anksiyete gibi içe vuruk belirtiler, davranım bozukluğu, gibi dışa vuruk belirtilerin, ileriki yaşantılarında topluma oranla daha sık görüldüğü belirtilmektedir (Kempe et al., 2011). ÖÖG olan bireylerin, tipik gelişim gösteren bireylerin ve kendisinin niyet, inanç, istek, duygu, bilgi ve davranışlarını anlayabilme olarak tanımlanan zihin kuramı becerilerinin, akranlarına göre daha yetersiz olduğu da bildirilmektedir (Özen, 2012). Akranlarıyla yakın ve memnun edici ilişki geliştiremeyen bireyler, hayatları boyunca önemli olacak sosyal becerileri öğrenme fırsatlarını kayırabilirler. Yetersiz akran ilişkilerinin ve sosyal beceri eksikliğinin, çocukların okul hakkında olumsuz algı geliştirmesine, okulu reddetmelerine ve yıl boyunca süren akademik başarı düşüklüğüne neden olduğu araştırmalarla da desteklenmektedir (Akçamete ve Ceber, 1999). Yapılan araştırmalar sonucunda ÖÖG yaşayan çocukların sosyal duygusal gelişim alanında; akranlarının altında

sosyal rekabet duygusuna sahip olma, düşünmeden hareket ettikleri için olaylar karşısında sabır gösterememe, değişikliğe uyum sağlamakta problem yaşama, engel karşısında ani tepki gösterme tepkiye bağlı olarak çabuk öfkelenme, yaşlılarıyla olumsuz ilişki içerisinde olma, iletişim bozukluğu yaşama, toplum içerisinde kendilerini anlatmakta zorluk yaşama gibi problemlere sahip oldukları ifade edilmektedir (Silver, 1992; Sharma, 2004; Tansley, 1981).

1.6.6.2. Özel Öğrenme Güçlüğü Olan Bireylerin Dil Gelişimi. ÖÖG olan bireyler dili ve konuşmayı tipik gelişim gösteren akranlarının geçtiği aynı basamaklardan geçerek öğrenirler. Fakat bu basamaklardan geçiş hızları tipik gelişim gösteren bireylere göre daha yavaştır. Bu sebeple ÖÖG olan bireylerin dil ve konuşma gelişimlerinde gecikmeler ortaya çıkar. Özellikle ÖÖG’li bireylerde dil ve konuşma gelişimlerinin ilk basamaklarda takılma durumları sık sık görülmektedir. Bunun yanı sıra öğrenmede problem yaşayan bireylerde her türlü dil ve konuşma güçlükleri daha sık gözlemlenmektedir (Özsoy ve ark., 1998). ÖÖG’li bireyler, sözel olmayan mesajları, mecaz ve yan anlam içeren sözcükleri anlamakta zorluk yaşamaktadırlar. Bu zorluk pragmatik dil becerilerinin normal gelişim gösteren yaşlılarına kıyasla oldukça yetersiz olduğu görülmektedir. ÖÖG’li bireylerin sözel dil becerilerinde yetersizliğin sebepleri arasında pragmatik becerilerdeki yetersizlik gösterilmemektedir. Bu yetersizliğe ek olarak etkisinin azımsanmayacak kadar fazla olduğu da düşünülmektedir (Cardillo et al., 2018). Disleksisi olan ve tipik gelişim gösteren yetişkinlerin pragmatik dil becerileri karşılaştırılmış ve disleksili kişinin pragmatik içeriği disleksi olmayanlar kadar verimli bir şekilde yorumlayamadığını belirtmiştir (Griffiths, 2007). Fonem yani ses, dil sisteminin en küçük ve en temel parçasıdır. Bir kelimeyi tanıyıp anlamak, beynin fonolojik modülünün kelimeyi fonemlerine ayırmasını gerektirir. Örneğin, s....ü....t....süt gibi. Konuşma dilinde bu proses otomatik gerçekleşirken okumada öğrenilerek gerçekleşir. Okuma alfabedeki harfleri yani görsel sembolleri, karşılığı olan sese dönüştürmektir. Disleksi tanısı alan bireyler, harfi sese dönüştürmekte güçlük çekmektedirler (Demir, 2005). Sentaks güçlükleri yaşarlar. Kendini ifade etme becerileri zayıftır. Dil gelişimi bir kısmında gecikmiştir (Özat, 2010). Konuşmada ve dil gelişiminde ortaya çıkan gecikme disleksinin en erken yordayıcısıdır ve özellikle alıcı dil becerileri etkilenmişse prognoz daha zayıftır (Snowling, 2012). Okul öncesi dönemde dil becerileriyle ilgili güçlükleri izlemenin ÖÖG’ye tanılama ve müdahale etmede akıllıca bir yol olacağını

belirtilmektedir çünkü erken dönemdeki dil problemleri sıklıkla ileriki dönemlerdeki okuma problemlerini işaret etmektedir (Aslan, 2015). Dilin morfolojisi, söz dizimi, cümleleri anlama, konuşma seslerini anlama, farkındalık, kelime anlama, sözel bellek ve konuşmanın üretilmesi daha sonraki yıllardaki ses ve sözcük tanıma ile ilişkilidir. Bu sorunlar okuma sorununun göstergeleridir (Doğan, 2012).

1.6.6.3. Özel Öğrenme Güçlüğü Olan Bireylerin Motor Gelişimi. ÖÖG yaşayan bireylerde motor yeterlilik becerilerinin gelişimi, bireysel farklılıklara ve uygun destekleyici eğitim programlarına bağlı olarak değişebilir (Kaplan, 2008). Motor öğrenme güçlüğü, bireylerin ince ve kaba motor becerilerinde güçlük yaşamasına neden olan bir durumdur. Bu durum, günlük aktivitelerde fiziksel koordinasyonun eksikliğiyle kendini göstermektedir (Hands and Larkin, 2006). Bireyler genellikle kalem tutma, düğme ilikleme veya spor aktivitelerine katılım gibi görevlerde zorlanırlar (Ploughman, 2008). ÖÖG'li bireyler akademik alanda yaşadıkları motor beceri kaynaklı; öğretmen sınıfa sesli okumayla bir metin yazdırırken ÖÖG'li bireyin bu metnin yazım hızına yetişememe, yazı yazarken çok bastırarak yazı yazdığı için çabuk yorulma, yazısını düzgün bir hat boyunca yazamama, harf şekilleri düzgün olmadığı ya da eksik yazdığı için ödevlerini doğru cevaplayamama şeklinde problemler yaşayabilmektedirler (Köse, 2018). Yapılan çalışmalar sonucunda, motor koordinasyon bozukluğunun bireyde yaşla paralellik gösterdiği ve ergenlik süresince motor güçlüklerin devam ettiği görülmüştür. Motor koordinasyon bozukluğu yaşayan öğrenciler el yazısı, sunum, teknoloji tasarım gibi becerilerde problem yaşarlar. Zekâ düzeylerinden beklenen performansın altında performans sergilerler (Snowling, 2005).

1.6.6.4. Özel Öğrenme Güçlüğü Ve DEHB. DEHB tanımı, dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik (hiperaktivite) ve dürtüsellik kavramları kullanılmaktadır (Häcker ve Stapf, 2004). DEHB terimi modern anlamda ilk olarak George Still tarafından 1902'de tanımlanmıştır. DEHB, beyindeki nöro gelişimsel bir hastalıktır. Bireyde başka tıbbi ya da psikiyatrik bir hastalığa bağlı olmaksızın dikkatini odaklama ve impuls kontrolünün akranlarına göre daha geride olması sonucunda, akademik ve sosyal fonksiyonlarda bozulmayla ortaya çıkan bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır (Bradley, 1937). DEHB demek fazla hareketlilik, bir an bile yerinde duramama, kıpır kıpır olma gibi durumlar ve bu durumlarla beraber odağını bazı alanlarda uzun

zaman boyunca sürdürememe, herhangi bir şeye konsantre olamama gibi net belirtileri olan bir durumdur. Abalı'ya (2018) göre DEHB halinin ana semptomları üçe ayrılabilir. Bunlar;

- İlk olarak kendini belli eden semptom hiperaktivitedir.
- İkinci olarak ana semptom olan dikkat eksikliği ve dikkat sorunudur.
- Son olaraksa dürtüselliştir.

Çocuklukta DEHB tanısı alanların %60-85'i ergenlik döneminde bozukluğun ölçütlerini karşılamaya, %60 kadarı erişkin hayatta semptomları göstermeye devam eder. Erişkinlerde DEHB'yle ilgili epidemiyolojik çalışmalar kısıtlı olmakla birlikte, erişkin dönemde görülme sıklığının %1-6 oranında olduğu tahmin edilmektedir. DEHB etyolojik açıdan çok etkenli bir hastalıktır. Genel olarak %50'sinin genetik, %50'sinin çevre ve yapısal etmenlerle oluştuğu bildirilmiştir (Dulcan, 1997; Garfinkel, 1990; Hoffman and DuPaul, 2001).

Dikkat eksikliği olan bireylerde genellikle detaylara dikkat etmekte zorlanma, günlük yaşam aktivitelerinde unutkanlık, kullanılan malzemeleri hor görme ve kaybetme, işlerini bitirememe ya da yarım bırakma görülür. İşlerin, bitirememelerinin sebebi zihinsel bir engel değildir. Çevredeki ilgisiz uyaranlar çocuğun dikkatinin kolayca dağılmasına sebep olur (Turgay, 2009). Erişkinlerde dikkat eksikliği ile ilgili yapılan çalışmada DEHB olgularının, polisle başının derde girme, trafik cezası alma, ev ya da iş kazası geçirme, adli problem yaşama, disiplin cezası alma, sınıf tekrarı yapma ve iş değişikliği yapma oranlarının diğer gruplardan yüksek olduğu belirtilmiştir (Belirgan, 2016).

Heterojen yapıya sahip olan ÖÖG, DEHB'yle en çok birlikte görülen bozuklukların başında gelmektedir. Yapılan araştırmalarda ÖÖG'nin, DEHB'ye eşlik etme oranının %70'lere kadar çıktığı bildirilmiştir (Karaman ve ark., 2006; Miranda et al., 2008; Rommelse et al., 2009). Altay ve Görker'in (2017) yaptığı çalışmada ÖÖG alt tiplerine göre eşlik eden psikiyatrik eş tanımlar incelendiğinde, en sık eş tanı olan DEHB, matematik bozukluğu bulunan grubunun %85,1'inde, matematik bozukluğu dışı olan grubun %73'ünde görülmüştür. Çalışmada ÖÖG olgularının %82,3'ünde DEHB eşlik etmekteydi. ÖÖG'yle en fazla komorbidlik gösteren ve üzerinde en fazla çalışılmış bozukluk DEHB'dir. Bu iki bozukluk arasındaki yüksek orandaki eş tanımların varlığının, bazı ortak (okuma sorunu gibi) sorunların her iki bozuklukta da görülme olasılığını yükselteceği ve benzer sorunlarla

karşımıza çıkabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Örneğin, DEHB'nin temel belirtileri içerisinde olmamakla birlikte, DEHB olan çocukların okuduğunu anlama veya dinlediğini kavrama becerilerinde güçlük yaşamalarından dolayı akademik alanda sorunlar yaşadıkları bildirilmektedir (Miller et al., 2013). DEHB, ÖÖG'yi maskeleyebildiği ve ayırt ediciliği zor olduğu için fark edilme sürecinde zorluk yaşanabilmektedir (Öğülmüş, 2021).

1.6.7. Özel Öğrenme Güçlüğü Olan Bireylerin Fark Edilme Süreci

ÖÖG ne kadar geç fark edilirse bireyin yaşayacağı sorunlar bir o kadar büyüyecek ve karmaşıklaşacaktır. Akademik yaşantıda eğitimciler uzmanlar değerlendirme sürecine başlamak için bireyin akademik anlamda yaşatlarından bir yıl geride olmasını bekleyebilmektedir. Bireyin yaşı ilerledikçe gösterdiği yetersizliklerin düzeleceğine dair düşünce ÖÖG'nin fark edilmesini geciktirmekte ve daha sonraki süreçlerde bireyin yaşatları ile arasındaki başarı farkının açılmasına sebep olabilir (Melekoğlu, 2021; Smith and Strick, 2010). Çocuk ve ergen psikiyatrisine gönderme öncesi süreçte sınıf öğretmenleri; sınıfın fiziksel yapısında uyarılama yapma, bireye verilen ödevlerde bireyin özellikleri doğrultusunda basitleştirmeye gitme, bireye akran desteği sağlama gibi sınıf içi uyarılama çalışmaları yaparak bireyin eğitimini genel eğitim ortamlarından sürdürmesini amaçlar (Kargın, 2007). Eğer birey ÖÖG gösteriyorsa öğretmen onu çok iyi gözlemlemeli ve davranışlarını kaydetmelidir. Bireyin problemine yönelik sınıf içi düzenlemeler yaparak destek olmalıdır. Okul öncesi öğretmeni eğitim müfredatında çocuğun uyumuna yönelik değişiklikler yapmalıdır (Doğan, 2012).

Türkiye'de ÖÖG yaşayan bireyler sınıf öğretmenleri, rehber öğretmen veya ailenin bir problem olduğuna dair gözlemleri üzerine öncelikle çocuk ve ergen psikiyatristine yönlendirilir. Ülkemizde ÖÖG tanısı genellikle ikinci ve üçüncü sınıflarda konmaktadır (Aslan, 2015). Erken tanı konulması ÖÖG çözümünde çok önemli rol oynamaktadır. Tanının geç konulmasının nedenleri; ailelerin sorunu görmezden gelmelerinden, nereden yardım alacağını bilmemelerinden, doktorlar ve rehberlik servisleri tarafından yanlış yönlendirilmelerinden kaynaklanmaktadır (Demir, 2005). Bireylerin farklı gelişimlerini tespit etmede ailelerin, okul öncesi eğitim veren kuruluşlarda çalışan eğitimcilerin, ilkökul birinci sınıf öğretmenlerin ve çocuk doktorlarının çok önemli rolleri ve sorumlulukları vardır (Sargın ve Akdan, 2016). Genellikle çocukların öğrenme yetersizlikleri ve yaşadıkları diğer problemler

ilk olarak okulda öğretmen tarafından gözlemlenir ve fark edilir. Ancak öğretmenler ÖÖG ve yetersizlikleri konusunda yeterli eğitim almadıklarından dolayı, derslerle ilgili sorun yaşayan her çocuğa ÖÖG tanısı koyabilirler. Bu durum çocuğun etiketlenmesine neden olur. Çocuk duyuşal etkenlerin de etkisiyle bir zaman sonra etiketinin gereğini yapacaktır. Bu olayın bir diğler boyutu velilerle olan kısmıdır. Veliler çocuklarındaki ÖÖG kendilerinin kusuruymuş gibi algılamaz bunu kabullenmezler. Bu durumda anne, baba ve öğretmen arasında sorunlar ve çatışmalar çıkabilir. Böylesi bir durumda arada kalan çocuk olur bu durum çocuğun ÖÖG'nin iyileştirilmesi ve yapılması gerekenlerin askıda kalmasına neden olur bu yüzden de bireylerin erken tanılanıp erken müdahale edilmesi gerekmektedir (Selçuk, 2002).

1.6.8. Özel Öğrenme Güçlüğü Olan Bireylerin Tanılama Süreci

Türkiye'de farklı yetersizlik grubunda bulunan öğrencileri ayırt etmeksizin hepsinin aynı ortamda eğitim alması 1950'li yılların başı itibariyle son bulmuş, her özel gereksinim grubu için farklı türde okullar açılmıştır. Türkiye'de yarım yüzyıldan beri özel eğitim ihtiyacı olan bireylerin tanılama ve yerleştirme süreçlerine ilişkin bir uygulama söz konusudur (Çitil, 2015). Türkiye'de tanılama süreciyle ilgili yasa ve yönetmelikler incelendiğinde, ÖÖG olan çocukların tanılanmasında diğler yetersizlik gruplarında uygulanan adımlarla aynı adımların uygulandığı görülmektedir. ÖÖG olan bireylerin tanılanmasında devlet ve araştırma hastanelerinde görev yapan çocuk ve ergen psikiyatristleri birinci derecede etkilidir. Bu süreç 2019 yılından itibaren Çocuklar İçin Özel Gereksinim Raporu (ÇÖZGER) yönetmeliği çerçevesinde yürütülmektedir. ÇÖZGER raporunun düzenlendiği sağlık kurulunda çocuk sağlığı ve hastalıkları, göz, kulak burun boğaz, çocuk cerrahisi, çocuk nörolojisi, çocuk ve ergen ruh sağlığı, fiziksel tıp ve rehabilitasyonla ortopedi ve travmatoloji gibi farklı alanlardan en az altı uzman yer almaktadır. Tıbbi tanıdan sonra, eğitsel tanı için RAM eğitsel tanılama ve değerlendirme işlemi yapılmaktadır (Öğülmüş, 2021).

1.6.8.1. Özel Öğrenme Güçlüğü Olan Bireylerin Tıbbi Tanılama Süreci.

Birçok tanı türünde olduğu gibi ÖÖG'de aile sağlığı merkezlerinde yapılan taramalarda risk altında oldukları tespit edilen bireyler, ayrıntılı değerlendirme için devlet hastanelerine yönlendirilmektedir (Sipal ve Bayhan, 2010). Özel eğitim gereksinimlerinin belirlenmesinde temel önceliklerden biri, tıbbi tedavi veya rehabilitasyona gereksinim duyan bireyleri belirlemek için tıbbi muayeneden

geçirmektir. Bir öğrencide yetersizlik olması durumunda akranlarına göre kendisinden bekleneni yerine getirememesi ve yaş sorumluluklarını yerine getirememesi bu öğrencinin yetersizliği olan bir öğrenci olduğunu gösterir. Her yetersiz öğrencinin ihtiyaçları değişebilir. Bu nedenle uzmanlar tarafından değerlendirilen öğrenci ihtiyaçlarına göre en uygun programlara yerleştirilir (Özsoy ve ark., 1998).

ÖÖG olan çocukların tıbbi tanılama sürecinden sonra ÇÖZGER yönetmeliğine uygun şekilde sağlık raporları çıkartılmaktadır. ÇÖZGER Yönetmeliği'ne (2019) göre sağlık raporları süreli veya sürekli olarak çıkartılmaktadır. Çıkarılan sağlık raporları bireyin 18 yaşını geçmesinden sonra geçersiz hale gelmektedir. Süreli olarak düzenlenen raporlarda, sürenin bitmesine altı aydan kısa bir süre kalması durumunda, çocuğa bakım veren kişinin talebi üzerine tekrar rapor verilebilir.

Raporlara itiraz sürecinde; raporlara, bakım veren kişi veya raporu talep eden kurum tarafından müdürlüğe itiraz edilir. Kişisel rapor itirazları, ilgisine teslim tarihinden itibaren otuz gün içerisinde yapılır. Süresinde yapılmayan itirazlar değerlendirilmez. Kurum itirazları gerekçe belirtilerek yazıyla yapılır. Kurum itirazlarında süre aranmaz. Rapora itiraz edilmesi hâlinde çocuk müdürlük tarafından yetkili en yakın farklı bir sağlık kuruluşuna ya da önceki raporu farklı sağlık kuruluşundan alınmışsa sürekli izleminin yapıldığı sağlık kuruluşuna gönderilir. İtiraz edilen raporla itiraz üzerine verilen rapordaki kararlar aynı yöndeysen rapor kesinleşir. Rapor sonuçlarının farklı olması ve itirazın devam etmesi hâlinde, müdürlük tarafından en yakın hakem hastaneye yönlendirilir. Hakem hastane tarafından verilen karar kesindir. İlk veya itiraza istinaden alınan ikinci rapor hakem hastaneden alınmış olsa dahi hakem hastane raporu olarak kabul edilmez. Süreli veya sürekli verilen raporlarla ilgili olarak kontrol muayeneleri dışında herhangi bir sebeple kurum tarafından yeni bir rapor istenmesi durumunda, ilgili kurumun gerekçeli yazısına istinaden müdürlük tarafından, bu maddenin birinci ve ikinci fıkralara göre işlem yürütülür. Hakem hastane kararıyla süresine itiraz edilmeyerek kesinleşen rapor hakkında aynı gereksinim alanıyla ilgili yeni rapor başvurusu en erken altı ay sonra kabul edilir (Sağlık Bakanlığı, 2019).

Yapılan çalışmalarda tıbbi tanılama yapan çocuk ve ergen psikiyatristlerinin öykü almada, ÖÖG'nin DEHB'yle ayırt etmede, öğretmenlerden bilgi almakta, izleme sürecinde ve öög bataryasına ulaşım imkânında zorluk yaşandığı görülmüştür

(Öğülmüş, 2021). Ailelerin ÖÖG'yle ilgili bilgisinin olmaması, tanıyı kabullenmekte zorluk yaşadıkları, hastanedeki değerlendirme süresinin yetersiz olduğu, randevu bulmakta zorluk yaşamaları tanılama süresini ve doğruluğunu etkilediği görülmüştür (Bıçakçı ve Çakıroğlu, 2023).

Bireylerin tıbbi tanılması yapıldıktan ve ÇÖZGER raporu çıktıktan sonra birey eğitsel tanılama için RAM'a başvurur (Öğülmüş, 2021).

1.6.8.2. Özel Öğrenme Güçlüğü Olan Bireylerin Eğitsel Tanılama Süreci.

Türkiye'de ÖÖG dâhil olmak üzere tüm özel gereksinimli bireylerin eğitsel tanılanması, uygun eğitim programına yönlendirilmesi ve bu öğrencilere yönelik uygun izleme çalışmalarının yapılması görevi MEB'e bağlı kuruluş olan RAM'lara verilmiştir (MEB, 2018). RAM, eğitsel değerlendirme ve tanılama işlemlerini RAM'larda kurulan özel eğitim değerlendirme kurulu tarafından yapılmaktadır. Özel Eğitim Hizmetleri Yönetmeliği'ne (2018) göre özel eğitim değerlendirme kurulunun şu kişilerden oluşmaktadır:

- RAM'ın Müdür Yardımcısı başkanlığında,
- Özel Eğitim Hizmetleri Bölüm Başkanı,
- En az bir rehberlik öğretmeni,
- En az bir özel eğitim öğretmeninden oluşur.

Bu kurula ilgili bireyin velisi veya kendisi üye olarak katılabilir. Gerektiğinde görüşlerine başvurulmak üzere ilgili kurum ve kuruluşlarının personellerinin kurula katılımı sağlanır.

Özel Eğitim Hizmetleri Yönetmeliği'ne (2018) göre özel eğitim değerlendirme kurulunun görevleri şu şekildedir:

- Bireylerin eğitsel değerlendirme ve tanılmasını yaparak özel eğitim ihtiyacına karar vermek,
- Eğitsel değerlendirme ve tanılması yapılan bireyler için Özel Eğitim Değerlendirme Kurulu Raporu düzenleyerek RAM müdürünün onayına sunmak,
- Bireyin eğitsel değerlendirme ve tanılmasına ilişkin bilgi ve belgelerin yer aldığı dosyayı incelemek,
- İtirazların değerlendirilmesi amacıyla yönlendirilen bireylerin yeniden eğitsel değerlendirme ve tanılmasını yapmak,

- Eğitsel değerlendirme ve tanılama sonucunu dikkate alarak birey için en az sınırlandırılmış eğitim ortamı ve özel eğitim hizmetine ilişkin öneride bulunmak,
- Ailenin eğitsel değerlendirme ve tanılama sürecine katılımını ve bilgilendirilmesini sağlamak,
- Ailelerin ihtiyaçları doğrultusunda rehberlik hizmetleri bölümüyle işbirliği içerisinde aile eğitim programları düzenlemek, diğer kurum ve kuruluşlarda düzenlenen aile eğitim programları hakkında aileyi bilgilendirmek,
- Eğitsel değerlendirme ve tanılama sonucu Özel Öğretim Kanunları kapsamında eğitim faaliyetlerini yürüten kurumlarda destek eğitim hizmeti alması uygun görülen öğrencilerin eğitim planlarını yapmak,
- Bakanlıkça tanılanan özel yetenekli öğrencileri Bilim Sanat Merkezlerine (BİLSEM) yönlendirmek,
- BİLSEM'e öğrenci alımı ile ilgili Bakanlıkça yayımlanan kılavuzda belirtilen takvim dışında genel zihinsel yetenek alanında özel eğitim değerlendirme kurulunca, görsel sanatlar ve müzik yetenek alanlarında İl tanılama komisyonunca tanılama yapılan öğrencileri destek eğitim odalarına yönlendirmek olarak ifade edilmektedir.

RAM'larda yapılan eğitsel tanılama sürecinde öğretmenlerin bilgi düzeyinin yetersiz olduğu, okul tarafından gönderilen evraklarda problem yaşandığı, uygulamaların yetersiz olduğu, öğretmenlerin kendini yetersiz bulduğu, personel yetersizliği ve iş yükünün fazla olduğu görülmüştür (Öğülmüş, 2021). ÖÖG riskiyle RAM'a başvuru her gün artmaktadır. Bu artışla beraber eğitsel tanılama sürecinde problemler yaşanmaktadır. Tıbbi tanı ve eğitsel tanı uyumsuzluğu yaşandığı; kurumlar arası işbirliği olmadığı; öğretmenlerin ve ailelerin fark edilme sürecinde bilgi eksikliği olduğu; değerlendirme ortamları ve materyallerin yetersiz olduğu; RAM personeli ve değerlendirme araçlarının yetersiz kaldığı görülmüştür (Çakmak, 2017). Öğretmenlerin; bilgi eksikliği olduğu, kullanılan testlerin uygulanmasında yetersiz oldukları görülmüştür. ÖÖG'yle ilgili formal değerlendirme aracı olmadığı, değerlendirme sonuçlarının testöre göre değişebileceği görülmüştür (Kuzgun, 2019).

1.6.9. Özel Öğrenme Güçlüğü Olan Bireylerin Değerlendirme Araçları

İlkokul çağında sınıf öğretmeni ya da ailesi tarafından fark edilen birey ÖÖG şüphesiyle yaşadığı bölgenin bağlı olduğu RAM'a başvurur. Daha sonra öğrencinin eğitsel performansı ve zekâ bölümü puanının ölçülmesi amacıyla formal ve informal değerlendirme araçlarıyla değerlendirmeler yapılır (Öğülmüş, 2021).

ÖÖG tanılama sürecinde Börkan ve ark. (2017) çalışmalarında RAM'larda kullanılan değerlendirme araçları şu şekilde belirtmişlerdir:

- WISC-R
- Wechsler Sözel Olmayan Yetenek Testi
- Bender Gestalt Görsel Motor Algılama Testi
- Peabody Resim Kelime Testi
- Kaufman Kısa Zekâ Testi
- Denver 2 Gelişimsel Tarama Envanteri
- Ankara Gelişimsel Tarama Envanteri
- Kelime Söyleyiş Testi
- Kent E.G.Y
- Beier Cümle Tamamlama
- Temel Kabiliyetler Testi 7-11
- Stanford Binet Zekâ Testi
- Leiter Uluslararası Performans Testi
- Gessel Gelişim Figürleri Testi

ÖÖG tanılama sürecinde Kemer ve Çakan'a (2021) göre RAM'larda kullanılan değerlendirme araçları şu şekildedir:

- WISC-R
- Stanford Binet Zekâ Ölçeği
- Leiter Uluslararası Zekâ Ölçeği
- Gessel Gelişim Figürleri Testi

Türkiye'de Öğülmüş'ün (2021) yaptığı araştırmaya göre ÖÖG riski olan bireylerin tanılanmasında çocuk ve ergen psikiyatristleri aşağıdaki ölçme araçlarını kullandıklarını belirlenmiştir. Bu değerlendirme araçları şunlardır:

- WISC-R
- ÖÖG Bataryası
- WISC-IV

- Turgay DEHB ölçeği
- Çocuk Davranışı Kontrol Listesi

Bu değerlendirme araçları dışında okuma ve yazma çalışması yapan ÖÖG riski olan bireylerin defterlerine bakan ve test kullanmadıklarını belirten çocuk ve ergen psikiyatristleri de olmuştur.

ABD’de yapılan araştırmada ÖÖG olan bireylerin tanılanmasında toplam 302 değerlendirme aracı kullanıldığı belirtilmiştir. Bu değerlendirme araçları şunlardır:

- Zekâ testleri
- Genel başarı testleri
- Tarama testleri
- Görsel-motor testler
- İşitsel algı-dil testleri
- Okuma, yazma, matematik testler
- Sosyal uyum ve kişilik testleri
- Yaratıcılık testleri
- Mesleğe yöneltme testleri
- Diğer testler olarak belirtilmiştir.

ÖÖG tanılama sürecinde gereksinimlerin saptanmasına yönelik olarak farklı alanlarda değerlendirme yapılmasını sağlayan testler uygulanmaktadır. Bunlar Harwell’a (2008) göre şu şekildedir:

- WISC–R Zekâ Testi,
- Standford – Binet Zekâ Testi,
- Bender Gestalt Görsel Motor Algı Testi,
- Frostig Gelişimsel Görsel Algı Testi,
- Peabody Resim Kelime Testi,
- WRAT Geniş Kapsamlı Başarı Testi,
- Goodenough – İnsan Çiz Testi,
- Harris Laterelleşme Testi,
- Head Kendi Bedeninde Sağ – Sol Tayini Testi,
- Gesell gelişim Figürleri Testi,
- GISD Sayı Dizisi Testi, Hata analizleri Akademik Başarı

Değerlendirmesi.

1.6.10. Özel Öğrenme Güçlüğü Olan Bireylerin Aileleri

ÖÖG'nin tanılanması diğer özel gereksinimli bireylere göre daha geç olmaktadır. Bunun altında bulunan farklı nedenler bulunabilmekle birlikte, en temel nedenin ÖÖG'nin akademik nedenlerle bağlantılı olmasıdır (Yıldız, 2019). ÖÖG olan çocuklarla en fazla ilgilenen bireylerin çoğunlukla ebeveynler olması, ebeveynlerin engelli çocuklarının yaşadığı zorluklarla sıklıkla karşılaşmalarına ve bu zorluklardan etkilenmelerine neden olabilmektedir (Bumin ve ark., 2008). Hiçbir aile çocuğunun bir problemi bulunduğunu kabul etmek istememektedir. Her aile için çocuk mükemmel evlattır ve zihinsel ya da genetik bir problemi yoktur. Bu nedenle aileler çocuklarının bir problemi olduğuna inanmakta zorlanırlar. ÖÖG olan çocuğun ailesinin sorunu kabullenmemesi çok yaygın bir durumdur. Aile bireylerinin bu durumu kabullenmesinde büyük duygusal problemler ortaya çıkabilmektedir. Bu problemlerin en büyüğü, kendini suçlayan ebeveyn durumudur. Kendilerini suçlamayı seçen aileler, çocuklarının durumunu kabul etmeyebilir ve durumu karmaşıklatabilmektedirler. Ailelerin bu süreçte attıkları en önemli adımlar kendilerini suçlamayı bırakıp durumu kabullenmeleri ve çocuklarının sorunlarının temeline odaklanmalarıdır (Doksat, 2014).

Özel gereksinimli çocukları olan ailelerle gerçekleştirilen çalışmada aile tepkilerini modeller yoluyla açıklanmaktadır. Aşama modeline göre aile çeşitli süreçlerden geçerek uyum noktasına gelmektedir. Bu modelde birinci aşamada aile inkâr, şok, depresyon ve keder; ikincisinde suçluluk, kızgınlık, utanma, kaygı gibi duygular; üçüncüsünde çözüm arayışları, uyum sağlama ve kabullenme durumları olmaktadır (Akkök, 2003). ÖÖG olan bireylerin ailelerinin içinden geçtiği süreç çok üzücü olabilir. Aileler, ÖÖG tanısı konulduktan sonra genellikle durumu kabullenmekte zorlanırlar ancak çocuğu erken kabullenmenin ve aile tarafından desteklenmenin iyileşme sürecine yardımcı olabileceğini unutulmamalıdır (Atalay, 2013).

Akranları tarafından etiketlenme ve dışlanma kaygısı çocuklar için yıpratıcı hale gelebilmektedir (Yavuz ve Durualp, 2023). Toplumun, özel gereksinimli bireylerin ve ailelerini ötekileştirmesi ve sosyal olarak dışlaması sonucunda aileler, psikososyal açıdan da toplumla bütünleşmede sorunlar yaşamaktadırlar (Akbulut, 2012; Demirbilek, 2013; Hannon, 2007). Özel gereksinimli bireylerin ailelerinin, çocuklarına yönelik olarak çevreden gelen tepkilerden kaçınmak için toplum içinde

yer almaktan kaçındıkları bilimsel çalışmalarla ortaya konulmuştur (Aktürk, 2012; Özbulut ve Özgür-Sayar, 2009).

1.6.11. İlgili Araştırmalar

ÖÖG olan bireylerin tanılanma süreciyle ilgili araştırmalarla alanyazında genelde eğitsel tanılama süreciyle ilgili araştırmalar olduğu görülmüştür. Alanyazında tıbbi tanılama süreciyle ilgili çok araştırma olmadığı görülmüştür. Yapılan tez çalışmalarında verilen önerilerdeyse bireyin tıbbi tanılama süreci ve çocuk ergen psikiyatristleriyle ilgili çalışma önerilerinde bulunulmuştur.

Lagae (2008) yaptığı araştırmada ÖÖG hakkında alanyazınla ilgili inceleme yapılmış bir makaledir. Makalede öykü alma, okul performansı ve nöropsikolojik testlere vurgu yapılmıştır. Çalışmada erken teşhisin okul öncesi dönemde yapılan dil ve bilişsel testlerle mümkün olacağı ifade edilmiştir. ÖÖG'yle ilgili kesin bir tedavi bulunmadığını belirtmekle birlikte, erken müdahale ve bireyselleştirilmiş eğitim programları çocukların akademik başarılarını artırabilir. Disleksi için fonolojik farkındalık eğitimleri, bilgisayar destekli okuma programları ve öğretmen destekli müdahaleler etkilidir. Diskalkuli içinse sayısal farkındalık eğitimleri ve problem çözme becerilerini geliştiren programlar önerilmektedir. Çocuk doktorlarının ÖÖG yaşayan çocukların teşhisinde ve yönlendirilmesinde önemli bir rol oynar. Aile öyküsünü değerlendirmek, gelişimsel gecikmeleri belirlemek ve gerekli durumlarda uzman yönlendirmesi yapmak doktorların sorumluluğundadır. Ayrıca bilimsel temelli olmayan ve maliyetli alternatif tedavilere karşı bilinçlendirmek de tıbbi profesyonellerin görevleri arasındadır. Araştırmanın sonucunda ÖÖG artık erken teşhis edilebilmekte ve daha ciddiye alınmaktadır. Genetik ve nörobilim alanındaki gelişmeler, tanı ve tedavi süreçlerini daha iyi yapılandırmaya yardımcı olmaktadır. Her çocuğun ÖÖG farklıdır, bu nedenle bireyselleştirilmiş ve uzun vadeli takip planları gereklidir. ÖÖG başa çıkmada en iyi sonuçlar, aile, okul, tıp uzmanları ve psikologlar arasındaki işbirliğiyle elde edilir.

Kenyon et al. (2013) yaptığı araştırmada ÖÖG yaşayan bireylerin tanılama süreciyle ilgili görüşlerini araştırmışlardır. Araştırmada nitel araştırma yöntemlerinden fenomenoloji deseni kullanılmıştır. Araştırmaya 8 ÖÖG tanısı olan birey katılım sağlamıştır. Araştırma sonucunda katılımcılar okulda tanı aldıklarından okulda tanılandığını söylemek istemediklerini belirtmişlerdir. Özellikle ergenlik döneminde kabulle ilgili problem yaşandığı görülmüştür. Katılımcılar özellikle

etiketlenme temasına vurguda bulunmuşlardır. Katılımcılar çevresi tarafından farklı hissettiklerini de belirtmişlerdir.

Pham ve Riviere (2015) yaptığı araştırmanın amacı ÖÖG ve DEHB tanılama süreçlerindeki güncel gelişmeleri incelemek ve DSM-V’te yapılan değişikliklerin bu süreçlere etkisini değerlendirmektir. Bu makale, derleme türünde bir çalışma olup ÖÖG ve DEHB’yle ilgili mevcut literatürü inceleyerek tanılama süreçleri ve DSM-V değişiklikleri hakkında kapsamlı bir analiz sunmaktadır. Araştırmanın sonucunda ÖÖG ve DEHB ortak nöropsikolojik ve genetik faktörlere sahip oldukları için birlikte görülme oranı yüksektir. DSM-V’teki güncellemeler, tanı kriterlerini genişletilmiş ancak uygulamada hala bazı belirsizlikler bulunmaktadır. Tanı süreçlerinde eğitimciler, psikiyatristler ve psikologlar arasındaki iş birliğinin önemine vurgu yapılmıştır.

Çakmak’ın (2017) RAM’larda ÖÖG olan bireylerin değerlendirme ve tanılama süreciyle ilgili yaptığı tezin amacı, ÖÖG olan bireylerin fark edilme ve eğitsel tanılama süreçlerine ilişkin RAM personellerinin görüş ve önerilerinin alınmasıdır. Araştırmada nitel araştırma yöntemlerinden fenomenoloji deseni kullanılmıştır. Araştırma toplam 12 katılımcıyla yarı yapılandırılmış görüşmeler yapılarak gerçekleştirilmiştir. Araştırma sonucunda şu sonuçlara ulaşılmıştır: ÖÖG riskiyle RAM’a başvurunun her gün arttığı bu artışla beraber eğitsel tanılama sürecinde problemler yaşandığı; tıbbi ve eğitsel tanı uyumsuzluğu yaşandığı; kurumlar arası işbirliği olmadığı; öğretmenlerin ve ailelerin fark edilme sürecinde bilgi eksikliği olduğu; değerlendirme ortamları ve materyallerin yetersiz olduğu; RAM personeli ve değerlendirme araçlarının yetersiz kaldığı sonucuna ulaşılmıştır. İleriki araştırmalara yönelik tanılama sürecinde yer alan diğer paydaşların da (aileler, öğretmenler, doktorlar) görüşlerinin aldığı çalışmaların yapılması önerilmiştir.

Tercan’ın (2018) tanılama öncesinde ÖÖG riski olan bireylerin gelişim özellikleriyle ilgili ailelerinden görüş alarak yaptığı araştırmanın amacı, ÖÖG çocukları olan annelerinin, tanılama öncesinde çocuklarının gelişim özelliklerine ilişkin görüşlerinin alınmasıdır. Araştırmada 15 anneyle görüşülmüştür. Araştırmada nitel araştırma yöntemlerinden görüşme tekniği kullanılmıştır. Araştırmanın verileri yarı yapılandırılmış görüşme tekniğiyle toplanmıştır. Anneler çocuklarının okul öncesi dönemde iletişim problemleri olduğu, arkadaş ilişkilerinde problemler olduğu, motor becerilerde problem yaşadıkları, öz bakım ve bilişsel becerilerde de güçlük yaşadıkları, erken tanılama ve erken müdahalenin önemli olduğunu belirtmişlerdir.

Kuzgun'un (2019) RAM'ların tanılama süreciyle ilgili yaptığı çalışmanın amacı RAM personelin ÖÖG olan bireylerin tanılama sürecinde karşılaştıkları zorluklarla ilgili görüşleri alınmasıdır. Çalışmada nitel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Araştırmaya 30 RAM personeli katılmıştır. Araştırmada "Yarı Yapılandırılmış Görüşme" kullanılmıştır. Araştırmacı çalışmayı betimsel olarak analiz etmiştir. Bu araştırma sonucunda öğretmenlerin; bilgi eksikliği olduğu, kullanılan testlerin uygulanmasında yetersiz oldukları görülmüştür. ÖÖG'yle ilgili formal değerlendirme aracı olmadığı, değerlendirme sonuçlarının testöre göre değişebileceği görülmüştür. Verilen önerilerdeyse tanılama sürecinde yer alan diğer paydaşların da (aileler, öğretmenler, doktorlar) görüşlerinin aldığı çalışmaların gerçekleştirilmesi var olan duruma bütüncül bir bakış açısı ile bakılmasını sağlayabilir önerisi verilmiştir.

Öğülmüş'ün (2021) ÖÖG tıbbi tanılama süreciyle ilgili yaptığı çalışmanın amacı ÖÖG olan çocukların tanılama sürecinin çocuk ve ergen psikiyatristleri görüşlerine göre değerlendirilmesidir. Araştırmada nitel araştırma yöntemlerinden fenomenoloji deseni kullanılmıştır. Araştırma verileri yarı yapılandırılmış görüşme tekniğiyle toplanmıştır. Araştırmaya 17 çocuk ve ergen psikiyatristi katılım göstermiştir. Araştırma sonucunda ÖÖG tanılama sürecinde çoğunlukla klinik muayeneye göre karar verildiği, bu süreçte ÖÖG riski bulunan çocukla ilgili öykü almada güçlük yaşandığı, bu nedenle aileler ve öğretmenlerden daha kapsamlı bilgiye ihtiyaç görüldüğü sonuçlarına ulaşılmıştır. Araştırma sonucunda verilen önerilerdeyse; aileler ve öğretmenlerin, ÖÖG tıbbi tanılama sürecindeki rol ve sorumlulukları hakkında bilgilendirilmeleri, araştırmacıların farklı özel gereksinim gruplarının tıbbi tanılama sürecini ele almaları ve ÖÖG tanılama sürecinde kullanılabilecek farklı değerlendirme araçlarının geliştirilmesine yönelik çalışmalar yapmaları ve son olarak hastanelerde görev alan psikologların nicelik yönünden artırılması önerileri geliştirilmiştir.

Öğülmüş'ün (2021) ÖÖG eğitsel tanılama süreciyle ilgili yaptığı araştırmanın amacı RAM'da yürütülen eğitsel tanılama sürecinde ÖÖG olan çocukların yaşadıkları sorunları belirlemektir. Araştırma, nitel araştırma yöntemlerinden olgubilim modeli kullanılmış, veriler yarı yapılandırılmış görüşme tekniğiyle toplanmıştır. Çalışmaya RAM'da görev yapan 8 özel eğitim öğretmeni katılım sağlamıştır. Çalışma sonucunda RAM'larda yapılan eğitsel tanılama sürecinde öğretmenlerin bilgi düzeyinin yetersiz olduğu, okul tarafından gönderilen evraklarda

problem yaşandığı, uygulamaların yetersiz olduğu, öğretmenlerin kendini yetersiz bulduğu, personel yetersizliği ve iş yükünün fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Anthony et al. (2023) yaptığı araştırmanın amacı ebeveynlerinin ÖÖG tanısına ilişkin bakış açılarını inceleyen mevcut literatürün niceliğini ve metodolojik özelliklerini kapsamlandırmak, temel bulguları sentezlemek ve mevcut literatürdeki boşlukları vurgulamaktır. Ocak 2013 ile Mart 2023 arasındaki dönem için sistematik bir tarama yapıldı. Yedi ülkede 1796 ebeveyni temsil eden yirmi üç makale veri ayıklama işlemine tabi tutulmuştur. Genel olarak, ebeveynler değerlendirmeye giden sürecin özellikle stresli olduğunu, birçok ebeveynin, çocuklarının okuluyla iletişime geçtiklerinde endişelerinin ciddiye alınmadığını bildirdi ve ebeveynlere sadece “bekleyip görmeleri” söylendiği veya çocuklarının sadece daha fazla zamana ihtiyacı olduğu söylendiği sonucu ortaya çıkmıştır. Uzun bekleme süreleri ve çocuğun ilk değerlendirme sırasında tanı konulmaması veya yanlış tanı konması gibi noktalara vurgu yapılmıştır. Değerlendirmeye yönelik başvuruların tanıyı geciktirdiği ve bu durumun müdahaleye erişimi etkilediği, birçok ebeveynin bireylerin daha erken teşhis edilmesi gerektiği sonucuna ulaşılmıştır. ABD’de ebeveynler, testlere erişim için okul sisteminde uzun gecikmelerle veya yüksek maliyetlerle karşı karşıya kaldıklarını bildirdi. Avustralya’da yapılan çalışmalarda, ebeveynler tanıya giden net bir yol olmadığını ve finansal desteğe çok az erişim olması nedeniyle özel eğitime geçmenin kaçınılmaz olarak yüksek maliyetler doğurduğunu düşünmüşlerdir. Okullar tarafından finanse edilen değerlendirmelerin dışında, ebeveynler özel değerlendirmelerin yüksek maliyeti hakkında olumsuz görüş bildirdiler. Araştırmada testlerin finanse edilebildiği ABD’deki ebeveynlerin testlere karşı güvensizliklerini belirtmişlerdir.

Bıçakcı ve Çakıroğlu’nun (2023) yaptığı ÖÖG Tanılı Çocuğu Olan Ailelerin Görüşleri ve Deneyimlerini alarak tanılama sürecinin keşfini anlatan araştırmada nitel araştırma yöntemlerinden fenomenoloji deseni kullanılmıştır. Araştırmanın amacı ÖÖG tanılı çocuğu olan ailelerin ÖÖG olan bireylerin tanılama süreçlerine ilişkin görüşlerini ve deneyimlerini belirlemektir. Araştırma’da 8 aileden veri toplanmıştır. Veriler yarı yapılandırılmış görüşme tekniği ve kişisel bilgi formuyla toplanmış olup içerik analizi yapılmıştır. Araştırma’da ailelerin ÖÖG’yle ilgili bilgisinin olmaması, tanıyı kabullenmekte zorluk yaşadıkları, hastanedeki değerlendirme süresinin yetersiz olduğu, randevu bulmakta zorluk yaşamaları tanılama süresini ve doğruluğunu etkilediği sonuçlarına ulaşılmıştır. Araştırmada yer

alan önerideyse öğretmenler, çocuk ve ruh sağlığı hastalıkları uzmanlarının katılımıyla araştırma yapılabileceği belirtilmiştir.

Kaya ve Koca'nın (2023) yapmış olduğu ÖÖG olan bireylerin tanılama süreçleriyle ilgili araştırmanın amacı tanılama süreçlerinin nasıl gerçekleştirildiğiyle ilgili yapılan araştırmaların incelendiği makaleleri ele almaktır. Bu araştırma ulusal ve uluslararası yayımlanmış makalelerden sentez yapılarak derleme makalesi şeklinde hazırlanmıştır. Tanılama süreciyle ilgili 11 yabancı, 7 yerli toplamda 18 makale incelenmiş olup bu makalelerin sentezi gerçekleştirilmiştir. Bu sentezin sonucunda ÖÖG'yle ilgili yapılan tanımlar yeterli ancak ÖÖG'nin tanılanması için yapılan çalışmaların yetersizliği mevcuttur. ÖÖG'nin en büyük belirtisinin akademik başarısızlık olduğu görülmüştür. Akademik başarısızlıkla ÖÖG ayırımının yapılması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır. Doğru tanılama yapılması için bireyin çevresi aktif rol oynaması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır. Bireyin tanısında farklı etmenlerinde yer alabileceği bunların ayırımının iyi yapılması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır.

Bıçakcı ve Çakıroğlu'nun (2024) ÖÖG olan bireyin eğitsel değerlendirme sürecinde sınıf öğretmenlerinin görüşlerini aldığı çalışmanın amacı ÖÖG tanımlı öğrencilerle çalışma tecrübesine sahip sınıf öğretmenlerinin ÖÖG olan öğrencilerin eğitsel değerlendirme ve tanılama süreçlerine ilişkin görüşlerinin belirlemesidir. Araştırmada nitel araştırma yöntemlerinden fenomenoloji deseni kullanılmıştır. Araştırmaya ÖÖG olan bireylerle çalışan 10 sınıf öğretmeni katılım sağlamıştır. Veriler yarı yapılandırılmış görüşme ve kişisel bilgi formu aracılığıyla toplanmıştır. Araştırma verileri içerik analizi tekniğiyle analiz edilmiştir. Araştırmanın sonucunda bazı sınıf öğretmenlerinin, ÖÖG tanısı alan öğrencilerin tipik gelişim gösteren öğrencilerle aynı eğitim öğretim ortamında olmasına olanak sağlayan kaynaştırma bütünleştirme uygulamaları eğitimine olumlu bakmadığını ortaya çıkarmıştır. Sınıf öğretmenlerinin görüşlerine göre, ÖÖG riski olan öğrencilerin ailelerinin, etiketlenme kaygısı yaşadığı ve çocuklarının gelecekte bu tanıyla karşılaşmasından endişe duyduğu tespit edilmiştir. Ayrıca sınıf öğretmenlerinin bazılarının, ÖÖG tanısı alan öğrencilere karşı yaklaşımlarını pozitif olarak değiştirdiği ve öğrenciye destek olduğu sonucu çıkmıştır.

2.YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın yöntemine ilişkin bilgiler verilmiştir. Bu bölümde araştırma modeli, çalışma grubu, veri toplama aracının geliştirilmesi, veri toplama süreci ve verilerin analizi süreci açıklanmıştır.

2.1. Araştırma Modeli

ÖÖG riski olan bireylerin tanılama süreçlerine ilişkin çocuk ve ergen psikiyatristlerinin görüş ve önerilerinin belirlenmesine yönelik yapılan bu araştırma nitel araştırma yöntemlerine dayalı olan bir fenomenoloji çalışmasıdır.

Nitel araştırma; gözlem, görüşme ve doküman analizi gibi farklı nitel veri oluşturma yöntemlerinin kullanıldığı, bakış açılarının, algıların ve olayların doğal ortamda gerçekçi ve bütüncül biçimde ortaya konmasına yönelik nitel bir sürecin izlendiği araştırmadır (Yıldırım ve Şimşek, 2016). Bu yöntemin beş farklı deseni bulunmaktadır. Bu desenler; anlatı, etnografi, kuram oluşturma, durum çalışması ve fenomenolojidir (Creswell, 2017). Bu desenlerden fenomenoloji kişilerin belirli bir yaşam deneyimine yükledikleri anlamı onların bakış açısıyla ortaya koyar (Yılmaz ve Şahin, 2016). Bu araştırmada çocuk ve ergen psikiyatristlerinin ÖÖG riski olan bireylerin tanılama sürecinde olumlu ve olumsuz deneyimlerini aktararak görüş ve önerilerinden yola çıkarak ÖÖG riski olan bireylerin daha işlevsel, hızlı bir biçimde tanılanıp yapılması gereken uyarlama ve eğitimleri alabilmesi amacıyla fenomenoloji deseni kullanılmıştır.

2.2. Katılımcılar

Bu araştırmada yer alan katılımcıların belirlenmesinde amaçlı örnekleme çeşitlerinden ölçüt örnekleme kullanılmıştır. Amaçlı örnekleme çalışmanın amacına bağlı olarak bilgi açısından zengin durumların seçilerek derinlemesine araştırma yapılmasını sağlar (Büyüköztürk ve ark., 2018). Ölçüt örnekleme, önceden belirlenmiş ölçütü karşılayan bütün durumlara göre yapılan çalışmadır. Araştırmacı ölçütü belirler ya da daha önceden hazırlanmış ölçütler listesi kullanılabilir (Marshall and Rossman, 2014). Araştırmacı çocuk ve ergen psikiyatristlerinin yoğunluğu sebebiyle farklı hastanelerden çocuk ve ergen psikiyatristleriyle görüşme yaparak

araştırmayı gerçekleştirmiştir. Araştırmacı iki farklı ilde bulunan gönüllü çocuk ve ergen psikiyatristleriyle görüşme gerçekleştirmiştir. Katılımcıların araştırmada isimleri yer almamaktadır. Katılımcıların isimleri anonim (K1,K2...) şekilde belirtilmiştir. Katılımcılar aşağıdaki ölçütlere göre belirlenmiştir:

- Çocuk ve ergen psikiyatristi olmak,
- Özel, devlet veya vakıf hastanesinde çalışıyor olmak,
- ÇÖZGER, Durum Bildirir Sağlık Raporlarından (Tek Hekim veya Üç Hekim) birini çıkaran hastanede çalışıyor olmak,
- Aktif olarak ÖÖG tanılama sürecinde rol almak.

Araştırmanın katılımcılarıyla 2024/86-112 karar numaralı etik kurul izni alındıktan sonra, araştırmacı tarafından çocuk ve ergen psikiyatristleri hastanede ziyaret edilerek araştırmanın amacı ve gönüllük esasına dayandığı anlatılmıştır. Gönüllü olan çocuk ve ergen psikiyatristleriyle görüşme gerçekleştirilmiştir. Gönüllü çocuk ve ergen psikiyatristleriyle görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Görüşmeye katılan psikiyatristler, isteyen meslektaşlarının da araştırmaya katılabilmesi için araştırmacının iletişim bilgilerini paylaşılabileceklerini belirtmişlerdir. “Araştırmaya katılmakta gönüllü olan psikiyatristlere telefon üzerinden bilgilendirme mesajı gönderilmiştir. Bilgilendirilen çocuk ve ergen psikiyatristleriyle randevulaşıp görev yapmakta oldukları hastanede yüz yüze görüşme gerçekleştirilmiştir. Görüşmeye katılan psikiyatristler görüşmeden önce (EK-1) gönüllü katılımcı formunu ve yarı yapılandırılmış görüşme sorularının başında yer alan bilgi formunu (EK-2) doldurmuşlardır. Araştırmacı görüşme sorularının son durumunu alması ve araştırmacının görüşmeye hazırlık süreci açısından veri sağlaması için 1 pilot görüşme gerçekleştirilmiştir. Araştırmacı pilot görüşme haricinde 15 çocuk ve ergen psikiyatristiyle yüz yüze görüşme gerçekleştirilmiştir. Görüşmeler Iphone 15 markalı telefonla ses kaydı alınarak kaydedilmiştir ve transkripti yapılarak word dosyasına aktarılmıştır.

Nicel araştırmalarda kullanılan yöntemlerin sınırları ve yönergeleri daha net olmakla birlikte nitel araştırmalarda kullanılan yöntem ve teknikler hakkında bir standart olmadığı bilinen bir gerçektir (Akman-Dömbekci ve Erişen,2022). Bazı durumlarda araştırmacıların evrene ulaşmaları kolay olmayabilir. Evrenin büyüklüğü, çalışılacak alanların geniş olması ve araştırmacının evrenin tamamına ulaşacak zaman ve imkânlarının olmaması gibi etkenlerle evrene erişim sınırlı düzeyde

olabilmektedir (Baltacı, 2018). Örneklem seçiminde Bertaux (1981) tarafından yapılan araştırmada 15 görüşmecinin kabul edilebilir olduğuna vurgu yapılmıştır. Mason (2010) tarafından yapılan araştırmada doktora tezleri üzerinden bir değerlendirme yapılmış ve tezlerin %80'i Bertaux'un yaklaşıma uygun olduğu belirtilmiştir. Nitel araştırmalarda, görüşmecilerin aynı yorumları tekrar etmeye başlaması, araştırmanın artık veri doygunluğuna ulaşıldığı anlamına gelmektedir. Nitel araştırmalarda doygunluk yaklaşımı veri toplama veya analizinin sonlandırılması için bir ölçüt olarak kullanılmaktadır (Baltacı, 2018). Bu araştırmada ÖÖG riski olan bireylerin tanılanmasında görev yapmakta olan çocuk ve ergen psikiyatristlerinin fazla zamanlarının olmaması hekimlere ulaşma imkânını zorlaştırmıştır. Görüşülmek istenen çocuk ve ergen psikiyatristlerinin çoğu zamanlarının olmadığını ve çok yoğun olduklarını ifade ederek görüşmeyi reddetmişlerdir. Araştırmacı çocuk ve ergen psikiyatristlerine ulaşma imkânı, hekimlerin zamanlarının olmaması, görüşmelerin veri doygunluğuna ulaşması ve Bertaux'a göre de 15 sayısının görüşme için yeterli sayılması nedeniyle katılımcı sayısı 15'te sonlandırılmıştır.

Görüşme yapılan çocuk ve ergen psikiyatristlerine yarı yapılandırılmış görüşme formunun başında yer alan bilgi formu doldurtulmuş ve bilgi formundan elde edilen katılımcı özellikleri Tablo 2.1.'de verilmiştir.

Tablo 2.1. Katılımcı Özellikleri

Katılımcılar	Cinsiyet	Mesleki Deneyim	Alan Deneyimi	ÖÖG Hizmet İçi Eğitim Alma Durumu
K1	Kadın	10 yıl	10 yıl	Evet
K2	Kadın	10 yıl	10 yıl	Evet
K3	Kadın	6 yıl	9 ay	Hayır
K4	Kadın	3 yıl	1 yıl	Hayır
K5	Kadın	10 yıl	10 yıl	Hayır
K6	Kadın	12 yıl	11 yıl	Hayır
K7	Erkek	10 yıl	10 yıl	Hayır
K8	Kadın	6 yıl	2 yıl	Hayır
K9	Erkek	6 yıl	6 yıl	Hayır
K10	Kadın	7 yıl	7 yıl	Hayır
K11	Kadın	23 yıl	21 yıl	Hayır
K12	Kadın	13 yıl	13 yıl	Hayır
K13	Kadın	8 yıl	6 yıl	Hayır
K14	Kadın	5 yıl	1 yıl	Hayır
K15	Kadın	10 yıl	10 yıl	Hayır

Tablo 2.1. incelendiğinde 13 kadın, 2 erkek çocuk ve ergen psikiyatristiyle olmak üzere toplam 15 görüşme gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların hepsi ÖÖG riski olan bireylerin tanılanmasında aktif olarak görev yapmaktadır. Katılımcılar devlet hastanesi bünyesinde çalışmakta olup ÇÖZGER ve Durum Bildirir Sağlık Raporu çıkarabilmektedir. En uzun mesleki çocuk ve ergen psikiyatrisi alan deneyim süresi K11'e, en az mesleki deneyimse K4'e aittir. Çocuk ve ergen psikiyatristlerinden K1 ve K2 ÖÖG'yle ilgili hizmet içi eğitim aldıklarını belirtmişlerdir. Diğer çocuk ve ergen psikiyatristleri ÖÖG'yle ilgili hizmet içi eğitim almadıklarını belirtmişlerdir.

2.3. Araştırmacı

Araştırmacı, Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Özel Eğitim Öğretmenliği lisans mezunudur. 4 yıldır MEB'e bağlı RAM'da öğretmen olarak görev yapmaktadır. Ayrıca Artvin Çoruh Üniversitesi Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık lisans bölümü kayıtlı öğrencisidir. Araştırmacı Biruni Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Özel Eğitim Anabilim Dalında yüksek lisans eğitimini sürdürmektedir.

2.4. Verilerin Toplanması

Bu araştırmada, ÖÖG riski olan bireylerin tanılanmasında çocuk ve ergen psikiyatristlerinin görüş ve önerilerini almak amacıyla araştırmacı tarafından yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Görüşme, bireylerin kişisel deneyimleri ışığında yer alan hislerin, algılarını ve değerlerini keşfedebilmek ve anlamlandırmak için kullanılan güçlü bir yöntem olarak gösterilmektedir. Araştırmalarda görüşme tekniğinin kullanılmasının nedeni, araştırılan konuyla ilgili bakış açılarının keşfedilmesi ve derinliğine ulaşılmasına yönelik istektir (Braun and Clarke, 2013). Görüşme, araştırmaya dâhil edilen bireylerin bir konu ya da durum hakkında duygu ve düşüncelerinin anlaşılması etkinliğidir (Karataş, 2017). Bunun sonucunda, farklı araştırma teknikleriyle derinine inilmesi mümkün olmayan birçok farklı bilgiyi görüşme tekniği kullanarak keşfetmek ve ortaya koymak mümkün olmaktadır (Karahana ve ark., 2022). Görüşmeler soruların önceden hazırlanma şekline göre yapılandırılmış, yarı yapılandırılmış ve yapılandırılmamış olarak üçe ayrılmaktadır (Karacabey, 2019)

Yapılandırılmış görüşme, tamamen standardize edilmiş soruları, sorma sıraları önceden belirlenmiş, görüşülen her kişiye aynı soruların, aynı sırayla sorulduğu görüşmelerdir (Briggs, 1986). *Yarı yapılandırılmış görüşme*, araştırmacı tarafından açık uçlu soruların belirli plan ve sistematik olarak görüşülen kişiye sorulmasıyla gerçekleşmektedir. Yarı yapılandırılmış görüşme, görüşmecilerin sorulara içtenlikle cevap vermesi, değerlendirmesi ve yorumlanması beklenmektedir. Kapalı uçlu sorular sormak yerine cevapların açık uçlu olması farklı kavramlar ve temalar arasında ilişki kurmasını sağlayabilecektir. Böylece araştırmadan zengin ve çeşitli verilerin toplanması amaçlanmaktadır (Uslu ve Demir, 2023). *Yapılandırılmamış görüşmeleri* diğerlerinden ayrı tutan en önemli özellik sınırlandırılmamış olmasıdır. Ayrıca her tür veriyi toplamak için önü açık ve geniş bir uygulama alanına sahip olduğu söylenebilir. Yapılandırılmamış görüşmeler etnografik görüşme olarak da adlandırılmaktadır (Punch, 2005). Araştırmada ÖÖG riski olan bireylerin tanılanmasında alanda görev yapmakta olan çocuk ve ergen psikiyatristlerinden farklı, zengin ve çeşitli veriler toplanması amacıyla yarı yapılandırılmış görüşmeden yararlanılmıştır.

2.4.1. Görüşme Sorularının Oluşturulması

Araştırmacı görüşme sorularının hazırlanmasında alanyazın taraması yapmıştır. Araştırmacı alanyazın taraması yaparken “öğrenme güçlüğü, çocuk ve ergen psikiyatristi, tıbbi tanılama, eğitsel değerlendirme” gibi bazı anahtar kelimeleri kullanmıştır. Araştırmacı alanyazın taramasında Anthony et al. (2023); Bıçakçı ve Çakıroğlu (2023); Çakmak (2017); Kaya ve Koca (2023); Kenyon et al. (2013); Kuzgun (2019); Lagae (2008); Öğülmüş (2021); Pham ve Riviere (2015); Tercan (2018) gibi araştırmalara erişmiştir. Araştırmacı tanılama süreciyle ilgili bu ve ÖÖG’yle ilgili birçok farklı araştırmaya dayanarak araştırma sorularını hazırlamaya başlamıştır.

Bu araştırmada, nitel araştırma yöntemlerinden biri olan yarı yapılandırılmış görüşme tekniği doğrultusunda alanyazına dayanarak ve alanda görev yapan 1 özel eğitim öğretmeni, RAM’daki eğitsel tanılama sürecinde görev yapan 1 özel eğitim öğretmeni, ÖÖG riski olan bireylerin hastanede testlerini gerçekleştiren 1 psikologdan destek alınarak 11 görüşme sorusu hazırlanmıştır. Görüşme sorularının uygunluğu özel eğitim alanında doktora derecesine sahip 1 uzman ve ölçme değerlendirme alanında doktora derecesine sahip 1 uzman görüşü alınarak incelenmiş ve değerlendirilmiştir. Araştırmacı, danışmanından ve uzmanlardan gelen dönütler doğrultusunda gerekli düzenlemeleri yaparak yarı yapılandırılmış görüşme formunda yer alan 11 adet görüşme sorusunun son halini oluşturmuştur.

Araştırmacı ÖÖG riski olan bireylerin çocuk ve ergen psikiyatristleri tarafından tanılanmasıyla ilgili ana başlıklar oluşturmuştur. Fark edilme, değerlendirme ve karar verme süreci olmak üzere 3 ana başlık ortaya çıkmıştır. Araştırmacı bu 3 ana başlık altında yer alan soruları oluşturmuştur. Bu 3 ana başlık dışında görüşmeciy tanılama süreciyle ilgili çocuk ve ergen psikiyatristlerinin başka eklemek istediği bir görüş varsa onu öğrenmek amacıyla görüşmeye eklemek istediğiyle ilgili soru da sormuştur. Araştırmacı sorunun benzerliğine, araştırmacının amacı ve alanyazına göre ÖÖG riski olan bireylerin tanılanmasında çocuk ve ergen psikiyatristlerinin görüş ve önerileri adlı tez çalışmasının yarı yapılandırılmış görüşme sorularını hazırlamıştır. Araştırma soruları alanda görev yapan 1 özel eğitim öğretmeni, RAM’da eğitsel tanılama yapan 1 özel eğitim öğretmenli, tıbbi tanılamada test görevi yapan 1 psikolog, araştırmacı ve danışman tarafından gözden geçirilmiş olup anlaşılabilir, amacına yönelik olmasına ve açıklayıcı yanıtları teşvik etmesine dikkat edilmiştir.

2.4.2. Pilot Görüşmenin Yapılması

Pilot görüşme, görüşme sorularının son durumunu alması ve araştırmacının görüşmeye hazırlık süreci açısından veri sağlaması için gerçekleştirilmiştir. Pilot görüşme, soruların açıklığı, kapsamı, amacına uygunluğunu, anlaşılabilirliği ve araştırmacının görüşme becerisini geliştirmek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Pilot görüşme, ÖÖG riski olan bireylerin tanınmasında aktif görev yapmakta olan 1 kadın çocuk ve ergen psikiyatristiyle gerçekleştirilmiştir. Görüşme gönüllük esasına dayanarak yüz yüze gerçekleştirilmiştir. Çocuk ve ergen psikiyatristlerinin yoğun olması nedeniyle pilot görüşme 1 çocuk ve ergen psikiyatristiyle gerçekleştirilebilmiştir. Pilot görüşmeye katılan katılımcıya ilişkin özellikler tablo 2.2.'de verilmiştir.



Tablo 2.2. Pilot Görüşmeci Özellikleri

Katılımcı	Cinsiyet	Mesleki Deneyim	Alan Deneyimi	ÖÖG Hizmet İçi Eğitim Alma Durumu	Görüşme Süresi
P1	Kadın	11 ay	5 ay	Hayır	14 dakika 43 sn.

Görüşmeye katılan P1 gönüllü katılımcı formunu doldurarak gönüllü olduğunu belirtmiştir. Görüşmeye katılan P1 yarı yapılandırılmış görüşme formunun başında yer alan katılımcı bilgileri kısmını doldurmuştur. P1, 11 aylık mesleki deneyimini olduğunu ve 5 aydır çocuk ve ergen psikiyatristi alan deneyimi olduğunu belirtmiştir. P1, ÖÖG'yle ilgili asistanlık eğitimi dışında herhangi bir hizmet içi eğitim almadığını belirtmiştir. Görüşme 14 dakika 43 saniye sürmüştür. Gerçekleştirilen pilot görüşme sonrasında danışman onayıyla veri toplama sürecine geçilmiştir.

2.4.3. Görüşme İlkeleri

Görüşme sürecinin amacına ulaşabilmesi ve verimli olabilmesi amacıyla araştırmacı dinleyici olmalı, katılımcıyı rahatlatarak destekleyici ve cesaret verici baş sallamaları, gülümsemeleri ve sözlü ifadeleri kullanılmalıdır. Katılımcı durakladığında görüşmeci daha fazla ayrıntı veya açıklama isteyebilir (DeMarrais, 2004). Araştırmacı, katılımcıların sorulara verdikleri yanıtları dinlerken onların hikâyelerinin önemli olduğunu hissettirirler (Işık ve Semerci, 2019). Araştırmacı görüşme esnasında görüşme yapılan bireye soru sorulurken kendi teori, inanç ve varsayımlarına dayalı olarak yönlendirici sorular yöneltmemelidir (DeMarrais, 2004; Qu and Dumay, 2011). Araştırmacı bu ilkelere dikkat ederek sorularını sormuştur. Anlaşılmayan soruları katılımcıya yönlendirme yapılmadan açıklanarak sorulmaya çalışılmıştır. Görüşme sırasında cevap verilmeyen veya cevap verilmek istenmeyen sorular atlanılmış bir sonraki soruya geçilmiştir.

2.4.4. Etik İlkeler

Araştırma öncesinde, sırasında ve sonrasında Biruni Üniversitesi etik kurul izni alınırken uyulması istenen etik ilkelere dikkat edilerek gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın bu etik ilkeler doğrultusunda gerçekleştirilebilmesi için Biruni Üniversitesi Etik Kurulu'ndan araştırma izni alınmıştır. Araştırmada katılımcıların gönüllük esası gerektiğinden gönüllü katılımcı formu hazırlanmıştır.

2.4.5. Gönüllü Katılımcı Formu

Araştırma gönüllük esasına dayanarak gerçekleştirilmiştir. Bu nedenle Gönüllü Katılımcı Formu (Ek-1) hazırlanmıştır. Gönüllü katılımcı formunda araştırmanın amacı, verilerin nasıl toplanacağı, sonuçların nerede kullanılacağı, nasıl rapor edileceği, kim tarafından yapıldığı, danışmanın kim olduğu, hangi üniversitede gerçekleştirildiği belirtilmiştir. Araştırmacı, katılımcılara görüşme sırasında rahatsızlık hissetmeleri halinde görüşmeyi bırakabilecekleri ve cevaplamak istemediği soruları geçebileceklerini belirtmiştir. Araştırmacı katılımcılara araştırmada kendi isimlerinin kullanılmayacağı anonim (K1,K2...) isimler kullanılacağını belirtmiştir. Araştırmaya katılan gönüllü katılımcıların görüşme sürecinin de ses kaydıyla kayıt altına alınacağı belirtilmiştir. Kayıt altına alınan ses kayıtlarının beş yılsonunda imha edileceği belirtilmiştir. Araştırmayı kabul eden katılımcılar gönüllü katılımcı formunu görüşme öncesinde imzalamıştır.

2.4.6. Araştırmacı Günlüğü

Nitel araştırmalarda çok önemli bir yer tutan araştırmacı günlüğü yazımı, araştırma sürecinin başından sonuna kadar verilerin ve kodların analiz edilmesinde yardımcı araç niteliğindedir (Charmaz, 2006; Neuman, 2007). Araştırma soruları hazırlanmadan önce, hazırlanırken ve görüşme sırasında araştırmanın takip edilebilmesi, danışmanla sürecin paylaşılabilmesi, sürecin daha analitik şekilde ilerlemesi, sürecin izlenebilmesi amacıyla araştırmacı araştırma süreciyle ilgili yaşadıklarını, gözlemlerini ve deneyimlerini bir deftere not alarak düzenli olarak günlük tutmuştur. Araştırmacı günlüğü veriler hakkında düşünmeyi, yeni fikirleri üretmeyi, kategoriler arasındaki bağlantıları bulabilmeyi, veri toplama ve analizi sürecinde bağlantı kurmayı ve araştırmaları inşa etmeyi sağlamaktadır (Charmaz, 2006). Araştırmacı günlüğü el ile tutulmuş olup 15 sayfa tutmuştur.

2.4.7. Veri Toplama Süreci

Araştırmacı görüşme yapılmadan önce arkadaşı aracılığıyla ÖÖG riski olan bireylerin tanınmasında aktif görev yapmakta olan hastanenin çocuk ve ergen psikiyatristlerine ulaşım sağlamıştır. Araştırmacı çocuk ve ergen psikiyatristlerine gerekli etik kurul izni alındığı ve araştırmayla ilgili görüşme yapılması gerektiğini ve bu görüşme sırasında ses kaydı alınması gerektiğini belirtmiştir. Gönüllü olan 4 çocuk ve ergen psikiyatristiyle gönüllü katılımcı formu imzalatılarak yüz yüze

görüşme gerçekleştirilmiştir. Görüşmeler çocuk ve ergen psikiyatristlerinin odasında gerçekleştirilmiştir. Görüşme yapılan çocuk ve ergen psikiyatristleri başka bir hastanede görev yapan arkadaşlarına araştırmayla ilgili bilgi verebileceklerini araştırmayı kabul etmeleri halinde telefon numaralarını araştırmacıyla paylaşabileceklerini belirtmişlerdir. Aradan 3 gün geçtikten sonra çocuk ve ergen psikiyatristi araştırmacıya telefon mesajı üzerinden ulaşım sağlamış olup başka bir hastanede yer alan çocuk ve ergen psikiyatristinin telefon numarasını paylaşmıştır. Araştırmacı, numarası alınan çocuk ve ergen psikiyatristini önce mesaj atmış daha sonrasındaysa aramıştır. Aranan çocuk ve ergen psikiyatristine araştırma anlatılmış ve uygun bir tarihte randevu oluşturulmuştur. Aynı gün içerisinde aynı hastanede görev yapmakta olan 2 çocuk ve ergen psikiyatristine gönüllü katılımcı formu imzalatıldıktan sonra görüşme gerçekleştirilmiştir. Görüşme yapılan çocuk ve ergen psikiyatristleri aynı hastanede görev yapan çocuk ve ergen psikiyatristlerine araştırmayla ilgili bilgi verebilecekleri gönüllü ve izni olmaları halinde numaralarının paylaşabileceklerini belirtmişlerdir. Aradan 2 gün geçtikten sonra çocuk ve ergen psikiyatristi telefon mesajı üzerinden iletişim sağlamış olup araştırmayı kabul eden çocuk ve ergen psikiyatristinin telefon numarasının paylaşımını sağlamıştır. Araştırmacı, araştırmayı açıklayarak ve gönüllük esasına dayandığını bildirmiştir. Araştırmayı kabul eden çocuk ve ergen psikiyatristiyle randevu sağlanmıştır. Araştırmacı randevu saatinde çocuk ve ergen psikiyatristine “Gönüllü Katılımcı Formu” imzalatıldıktan sonra görüşmeyi gerçekleştirmiştir. Görüşmecisi aracılığıyla aynı gün ve hastanede görev yapmakta olan 4 çocuk ve ergen psikiyatristiyle daha görüşme gerçekleştirilmiştir. Görüşme yapılan çocuk ve ergen psikiyatristleri aracılığıyla yine izinleri ve gönüllülükleri alınarak telefon numaraları araştırmacıyla paylaşılmış olup 5 farklı hastanede görev yapmakta olan çocuk ve ergen psikiyatristiyle görüşme sağlanmıştır. Toplamda 15 çocuk ve ergen psikiyatristi araştırmaya gönüllü katılım sağlamıştır. Katılımcıların 13’ ü kadın, 2’ si erkek çocuk ve ergen psikiyatristidir. Katılım sağlayan çocuk ve ergen psikiyatristleri hastane adlarının paylaşılmamasını istemişlerdir. Hastane isimleri A, B, C hastanesi adı altında kodlanarak paylaşılacaktır. Görüşme öncesinde görüşme formunda yer alan katılımcı bilgi formları çocuk ve ergen psikiyatristlerine doldurtulmuştur. Görüşme öncesinde sorular hakkında bilgi edinmek isteyen katılımcılara görüşme soruları gösterilmiştir. Çocuk ve ergen psikiyatristleri cevaplamak istemediği soruların yerine diğer sorularla görüşme devam etmiştir. Araştırmacı görüşme öncesinde ve sırasında;

görüşme sürecinin amacına ulaşabilmesi ve verimli olabilmesi amacıyla katılımcıyı rahatlatarak destekleyici ve cesaret verici biçimde, katılımcıların sorulara verdikleri yanıtları dinlerken onların hikâyelerinin önemli olduğunu hissettirerek, anlaşılmayan soruları katılımcıya yönlendirme yapılmadan açıklanarak görüşmeyi gerçekleştirmiştir.

Araştırmanın verileri 19.09.2024 -13.01.2025 tarihleri arasında toplam 15 görüşme yapılarak toplanmıştır. 15 çocuk ve ergen psikiyatristiyle gerçekleştirilen görüşmelerin sırası, ortamı, tarihi, süresi ve hastane tablo 2.3.'de yer almaktadır.



Tablo 2.3. Görüşme Verileri Tablosu

Katılımcı	Tarih	Süre	Hastane
K1	19.09.2024	18 dakika 55 saniye	H1
K2	19.09.2024	15 dakika 2 saniye	H1
K3	20.09.2024	8 dakika 49 saniye	H1
K4	20.09.2024	7 dakika 51 saniye	H1
K5	02.10.2024	19 dakika 57 saniye	H2
K6	17.10.2024	12 dakika 7 saniye	H2
K7	17.10.2024	52 dakika 19 saniye	H2
K8	22.10.2024	21 dakika 29 saniye	H2
K9	22.10.2024	11 dakika 47 saniye	H2
K10	22.10.2024	21 dakika 37 saniye	H2
K11	22.10.2024	16 dakika 9 saniye	H3
K12	02.01.2025	19 dakika	H4
K13	03.01.2024	24 dakika 34 saniye	H5
K14	07.01.2024	36 dakika 43 saniye	H6
K15	13.01.2024	28 dakika 47 saniye	H7
Toplam Süre: 5 saat 14 dakika 7 saniye			

Tablo 2.3.'e bakıldığında çocuk ve ergen psikiyatristleriyle yapılan görüşmelerin en kısıası 7 dakika 51 saniye, en uzununu ise 52 dakika 19 saniye sürmüştür. Görüşmeler H1 hastanesinde 4; H2 hastanesinde 6; H3, H4, H5, H6 ve H7 hastanelerinde 1'er çocuk ve ergen psikiyatristiyle toplam 7 farklı hastanede görüşme gerçekleştirilmiştir. Çocuk ve ergen psikiyatristleriyle yapılan görüşmelerin toplam süresi 5 saat 14 dakika 7 saniye sürmüştür.

2.5. Verilerin Analizi

Bu araştırmada nitel araştırma desenine uygun olarak elde edilen veriler, sistematik bir şekilde analiz edilmiştir. Nitel veri analizi; araştırmacının topladığı verilerden anlamlı ve bütüncül sonuçlar çıkarabilmesini sağlamak amacıyla yürütülen sınıflandırma, yorumlama ve açıklama sürecidir (Çelik ve ark., 2020). Bu süreçte veride neyin temsil edildiği açıklanmakta, alanla ilgili yapı ve süreçler keşfedilerek tanımlanmaktadır. Araştırmacı, bu analiz sürecinde sürekli olarak somut veri seti ile soyut kavramlar arasında gidip gelmiş; hem tümevarımsal hem de tündengelimsel akıl yürütme tekniklerinden yararlanmıştır (Corbin and Strauss, 2008; Glaser, 1965; Maxwell, 2013; Merriam, 2009).

Veri analiz sürecinde, nitel araştırmalarda yaygın olarak kullanılan Miles ve Huberman'ın (1994) geliştirdiği nitel veri analiz modeli temel alınmıştır. Bu model, verilerin yapılandırılmasını ve analiz sürecinin aşamalar hâlinde ilerlemesini kolaylaştırması sebebiyle tercih edilmiştir. Analiz, sadece metin odaklı değil, aynı zamanda görselleştirme, kodlama ve kategorilendirme süreçleriyle desteklenerek

daha bütüncül bir yaklaşımla yürütülmüştür. Bu kapsamda içerik analizi yöntemi kullanılmış, nitel veriler sistematik bir şekilde incelenerek tekrar eden örüntüler, anlamlı kavramlar ve temalar ortaya çıkarılmıştır (Krippendorff, 2018; Neuendorf, 2017).

2.5.1. Verilerin Toplanması, Yedeklenmesi Ve Dökümü

Araştırma kapsamında yapılan görüşmeler, katılımcıların yazılı onamları alınarak kayıt altına alınmıştır. Ses kayıtları Apple iPhone 15 cihazının “Sesli Notlar” uygulaması kullanılarak gerçekleştirilmiş, her görüşme kodlanarak farklı klasörlerde bilgisayar ortamına yedeklenmiştir. Bu sayede analiz sürecinde veri karışıklığına karşı önlem alınmıştır.

Yedeklenen ses kayıtları, otomatik deşifre aracı olan Transkriptor kullanılarak metin hâline getirilmiştir. Transkriptor, ses ve video kayıtlarını yazılı metne dönüştürmek için kullanılan otomatik deşifre uygulamasıdır. Bu tür uygulamalar, özellikle nitel araştırmalarda görüşme ve odak grup verilerinin analiz edilmesini kolaylaştırmak amacıyla yaygın olarak kullanılmaktadır (Bailey, 2008). Otomatik transkripsiyon sürecinde katılımcıların ifadeleri değiştirilmemiş, yalnızca noktalama işaretleri düzenlenmiştir. Elde edilen dökümler, doğruluğun teyit edilmesi amacıyla araştırmacı tarafından tekrar dinlenmiştir.

2.5.2. Verilerin Kodlanması Ve Temaların Oluşturulması

Elde edilen dökümler, her bir görüşme sorusuna göre düzenlenerek bir Word dosyasında toplanmış ve ardından nitel veri analiz yazılımı olan NVivo programına aktarılmıştır. NVivo, araştırmacıların büyük hacimli metin, ses ve görsel verileri analiz etmelerine olanak tanıyan, kapsamlı bir nitel analiz yazılımıdır (Bazeley and Jackson, 2013; Silver and Lewins, 2014). NVivo aracılığıyla katılımcı yanıtları ve araştırmacı günlüğünden elde edilen tekrar eden kelimeler ve kavramlar dikkate alınarak önce kodlar oluşturulmuştur. Bu süreçte araştırmacı tarafından sistematik bir şekilde bir kodlama anahtarı (EK-4) hazırlanmıştır. Kodlama anahtarı; her kodun tanımını, kapsamını, örnek alıntıları ve kategori ilişkilerini içerecek şekilde yapılandırılmıştır. Bu doküman, kodlama sürecinin tutarlılığını ve şeffaflığını sağlamak adına temel bir rehber olarak kullanılmıştır. Araştırmacı ardından kategoriler ve son olarak temalar oluşturulmuştur. Kodlama işlemleri tamamlandıktan sonra, elde edilen temalar araştırmacı tarafından danışman görüşü

alınarak gözden geçirilmiş ve son hali verilmiştir. Bu süreç sonucunda veriler dört ana temada toplanmıştır:

- Fark Edilme Süreci: 6 alt tema
- Değerlendirme Süreci: 6 alt tema
- Karar Verme Süreci: 3 alt tema
- Görüşmeye Eklenen Konular: 1 alt tema

Her temaya bağlı olarak ilgili kategoriler oluşturulmuş ve bu kategoriler içerik analizine uygun şekilde yapılandırılmıştır.

2.5.3. Gözlemciler Arası Güvenirliğin Sağlanması

Nitel araştırmalarda güvenirliliğin sağlanabilmesi için verilerin %10 ila %25’lik kısmının farklı bir araştırmacı tarafından yeniden kodlanması önerilmektedir (Miles and Huberman, 1994). Bu doğrultuda, analiz tamamlandıktan sonra kodlaması yapılmış görüşme dökümlerinin %20’si, özel eğitim alanında uzman bir kişiye anonimleştirilerek iletilmiştir. Uzmandan, araştırmacı tarafından hazırlanan kodlama anahtarına (EK-4) göre verileri yeniden kodlaması istenmiştir. Kodlamalarda aynı kodun kullanılması “görüş birliği”, farklı kodların kullanılması ise “görüş ayrılığı” olarak kodlayıcı güvenirliliği formu (EK-5) kullanılarak değerlendirilmiştir. Kodlama güvenirliliği, şu formül kullanılarak hesaplanmıştır: $\text{görüş birliği} / (\text{görüş birliği} + \text{görüş ayrılığı}) \times 100$ formülü kullanılarak bulunmuştur. Bu formüle göre hesaplanan güvenirlilik oranı %90 bulunmuş ve bu oran, önerilen minimum düzey olan %80’in (Miles and Huberman, 1994) oldukça üzerinde yer almıştır. Bu durum, yapılan kodlamaların güvenirliliğini ve tutarlılığını göstermektedir.

Araştırmacı ve özel eğitim alanında uzman, görüş ayrılığı olan kodlar üzerinde tam bir anlaşmaya varmak için çalışmış ve anlamsal olarak benzer kodlar birleştirilmiştir. Alt tema ve temalar incelenerek tekrar düzenlenmiştir.

3.BULGULAR VE YORUM

Bu bölümde, araştırma kapsamında elde edilen verilerin analizi sonucunda ortaya çıkan bulgular sunulmaktadır. Bu araştırmada Huberman ve Miles'in nitel veri analizi yöntemi kullanılmıştır. Analiz sonucunda veriler sayısallaştırılıp frekans değerleriyle tablolar halinde gösterilmiştir. Görüşmeye katılım sağlayan çocuk ve ergen psikiyatristleri bazı sorulara birden fazla cevap verdiğiinden veya o soruya görüşmede cevap vermediğinden bazı tema, kategori ve kodlara verilen cevap sayısının birden fazla olmasına veya hiç olmamasına sebep olmuştur. Bulgular, görüşmedeki alıntılarla desteklenmiş; alıntılar tırnak içinde ve italik olarak, ilgili görüşmecinin anonim adı yazılarak belirtilmiştir. Buna göre 15 çocuk ve ergen psikiyatrisiyle yapılan görüşmelerden yüzdeler dilime ulaşılmıştır. Fark edilme sürecinde 5, değerlendirme sürecinde 6, karar verme sürecinde 3 alt temaya ayrılmıştır. Görüşmenin sonundaysa çocuk ve ergen psikiyatristlerinin görüşmeye eklemek istediği konular sorulmuştur. Görüşmeye eklemek istediği konularsa 1 alt tema ve kategorilere ayrılarak açıklanmıştır. Alt tema ve kategoriler tabloyla gösterilmiştir. Bu kodlara göre fark edilme, karar verme, değerlendirme süreci ve görüşmeye eklenen konularla ilgili görüşler olmak üzere 4 temaya ayrılmıştır. Fark edilme süreci teması; yönlendirme süreci, fark edilme sürecinde dikkat edilmesi gereken hususlar, aile, öğretmenler, fark edilme sürecine ait öneriler olmak üzere 5 alt temaya ayrılmıştır. Değerlendirme süreci teması; değerlendirme aşamaları, değerlendirme araçları, fiziki şartlar, tanılama zaman aralığı, rapor süresi, değerlendirme sürecine ait öneriler olmak üzere 6 alt temaya ayrılmıştır. Karar verme süreci teması; okul ve RAM formlarının karar verme sürecine etkisi, test sonucu ve klinik gözlem uyumsuzluğu, karar verme süreci öneri olmak üzere 3 alt temaya ayrılmıştır. Görüşmeye eklenen konular temasıysa ÖÖG tanılanmasıyla ilgili ek görüş ve öneriler olmak üzere 1 alt temaya ayrılmıştır. Bulgulara ait yorumlar alanyazınla desteklenerek her temanın sonunda yorumlaştırılmıştır. Tablo 3.1. araştırmada ulaşılan temaları, alt temaları ve kategorileri göstermektedir.

Tablo 3.1 Fark Edilme Süreci Teması Alt Tema Ve Kategoriler

Tema	Alt Tema	Kategori
Fark Edilme Süreci	Yönlendirme Süreci	Hastaneye Yönlendirme Randevu Alma Süreci Fark Edilme Yaş Aralığı
	Fark Edilme Sürecinde Dikkat Edilmesi Gereken Hususlar	Eşlik Eden Ve Ayırt Edici Tanı Çevresel Faktörler
	Aile	Ailenin Bilgi Yetersizliği Ailenin Etiketlenme Ve Önüne Çıkma Şüphesi
	Öğretmen	Öğretmenlerin Farkındalık Ve Bilgi Yetersizliği
	Çocuk Ve Ergen Psikiyatristlerinin Fark Edilme Süreci Önerileri	Erken Tanılama Tarama Hekim Sayısı Ve Alt Üniteler Aile Eğitimleri Öğretmen Eğitimleri Aile Danışmanı

3.1. Fark Edilme Süreci

Fark edilme süreci; yönlendirme süreci, fark edilme sürecinde dikkat edilmesi gereken hususlar, aile, öğretmenler, çocuk ve ergen psikiyatristlerinin fark edilme sürecine ilişkin önerileri olmak üzere 5 alt temaya ayrılmıştır.

3.1.1. Yönlendirme Süreci

Yönlendirme sürecine ilişkin görüşler alt teması; hastaneye yönlendirme süreci, randevu alma süreci, fark edilme yaş aralığı olmak üzere 3 kategoriye ayrılmıştır.

3.1.1.1. Hastaneye Yönlendirme. Çocuk ve ergen psikiyatristleri ÖÖG riski olan bireylerin genellikle okuldaki öğretmenler tarafından yönlendirildiği, bilinçli

ailelerin de bireydeki riski fark edip başvurabildikleri ya da özel eğitim merkezlerinin yönlendirmesiyle çocuk ve ergen psikiyatristlerine başvurduklarını belirtmişlerdir. Tablo 3.2.'de frekans dağılımı verilmiştir. Aynı cevapları veren katılımcılar farklı kodlara da isimleri yazılmıştır. Bazı katılımcılar bununla ilgili görüş bildirmediğinden listeye dâhil edilememiştir.



Tablo 3.2. Hastaneye Yönlendirme Kategorisi

Alt Tema	Kategori	Kod	Katılımcılar	f
Yönlendirme Süreci	Hastaneye Yönlendirme	Öğretmen Yönlendirme	K4, K5, K6, K7, K8, K9, K10, K11, K12, K13, K14, K15	12
		Aile Yönlendirme	K14, K15	2
		Özel Eğitim Merkezi Ve Yönlendirme	K12, K15	2
Toplam:				16

3.1.1.1.A Öğretmen Yönlendirme. Çocuk ve ergen psikiyatristleriyle yapılan görüşmede katılımcıların %80'i ÖÖG riski olan bireylerin yönlendirmesini genellikle okuldaki öğretmenleri tarafından yapıldığını belirtmişlerdir. Katılımcıların görüşleri şu şekildedir:

K9, “ÖÖG’yle ilgili tabii ki ilk çocukların durumunu genelde okuldaki öğretmenleri fark ediyorlar.”

K13, “ÖÖG’yi genel olarak öğretmenler fark ediyorlar. Dolayısıyla yönlendirme de yapıyorlar. Belki aileler bazen gecikebiliyor, öyle söyleyeyim. Aileler özellikle çocuk ergen psikiyatrisine başvuru konusunda gecikebiliyor.”

3.1.1.1.B. Aile Yönlendirme. Çocuk ve ergen psikiyatristlerinin %13.33’ü ÖÖG riski olan bireylerin çocuk ve ergen psikiyatrisine ailesinin risk duymasıyla başvurduklarını belirtmişlerdir. Bununla ilgili katılımcılardan K14 yönlendirmenin genellikle okul tarafından yapıldığı ancak sosyal medyayı takip eden ailelerinde başvuruda bulunabildiği görüşünü şu şekilde ifade etmiştir:

“Okul yönlendirmesiyle çok fazla gelen hasta var. Onun dışında aileler Instagram’dan, internetten, videolardan görmüş olabiliyorlar. B’yle p’yi karıştırıyor, d’yi karıştırıyor ya da harfleri öğrenemedi gibi sorunlarla gelebiliyorlar.”

Katılımcılardan K15, sosyo-kültürel eğitim düzeyi yüksek veya ÖÖG’yle ilgili bilgileri sosyal medyadan gören ailelerin başvuruda bulunabildiği görüşünü şu şekilde ifade etmiştir:

“Bazen de tabii ki eğer ailenin sosyo-kültürel düzeyi yüksekse, eğitim düzeyi yüksekse ve bu konuyla ilgili bir işte bir yerden bilgi aldıysa, işte Instagram’da

gördüyse ya da televizyondan gördüyse, benim çocuğumda disleksi olabilir mi acaba diye soran, sorgulayan aileler oluyor.”

3.1.1.1.C. Özel Eğitim Merkezi Ve Kurum Yönlendirme. Çocuk ve ergen psikiyatristlerinden %13.33’ü ÖÖG riski olan bireylerin özel eğitim merkezleri tarafından yönlendirilebildiğini belirtmişlerdir. Bununla ilgili katılımcılardan K15 görüşünü şu şekilde ifade etmiştir:

“Bir özel eğitim merkezine aile giderse çocuk çok geride kalmışsa öyle bir yönlendirmeye geliyor.”

Katılımcılardan K12, ailelerin yanlış kurumlara gittiği ve bu kurumlar tarafından yönlendirme yapıldığı görüşünü şu şekilde ifade etmiştir:

“Aileler önce yanlış kurumlara gidiyorlar. Özel kurumlar tarafından çok fazla getirilen aile oluyor. O yüzden adımlar tersten izlenebiliyor.”

3.1.1.2. Randevu Alma Süreci. Çocuk ve ergen psikiyatristlerinin %46.67’si ÖÖG riskiyle yönlendirilen bireylerin çocuk ve ergen psikiyatristi bölümüne çok zor randevu bulduklarını hastanede tanılama sürecinin geç başladığıyla ilgili görüşlerini belirtmişlerdir. Tablo 3.3.’de görüş bildiren katılımcılar belirtilmiştir.

Tablo 3.3. Randevu Alma Süreci Kategorisi

Alt Tema	Kategori	Katılımcılar	f
Yönlendirme Süreci	Randevu Alma Süreci	K1, K3, K4, K7, K8, K9, K12	7
Toplam:			7

Hastaneye randevu alma süreciyle ilgili çocuk ve ergen psikiyatristleri görüşünü şu şekilde belirtmiştir:

K1, “*Fark edildikten sonra çocuk ve ergen psikiyatrisine ulaşmak, randevu almak, o süreçleri tamamlamak, sonrasında RAM’la ilgili süreçleri tamamlamak bunlar biraz uzuyor. O uzadığı için de bu anlamda bir zorluk var.*”

K3, “*Yani zaten çocuk psikiyatriye genel olarak randevu bulmak çok zor. Hastaların en çok şikâyetçi olduğu nokta bu. Yani aylar sürebiliyor bir randevu bulabilme. Biz de randevusuz bakmamız çok mümkün değil zaten. Değerlendirme uzun süren bir şey. O konuda bir gecikme olabilir.*”

K4, “*Hastaneye başvururken çok kolay randevu bulamıyorlar. Bu yüzden de bazen süreç uzuyor. Maalesef hastalarda sık sık bundan bahsediyor.*”

K7, “*Yaklaşık 1 milyon kişilik bir şehirde tek çocuk psikiyatristi olarak çalıştım uzunca bir süre ve burada tespit edilmesinde yaşanan sorunlardan birincisi aslında ilgili hekime ulaşmakla ilgili güçlüklerdi. Çocuk ve ergen psikiyatristi sayısı son 10 yılda neredeyse logaritmik arttı. Eskisi kadar zorluk yaşanmıyor bununla ilgili ama hekime ulaşmak ve değerlendirmelerde tek bir değerlendirme yeterli olmadığı için paralel bilgi kaynaklarından bilgi almak, psikometrik incelemeler yapmak vs. hastaların tekrar tekrar randevu almaları zorlaşıyor. Zorlaştıkça süreç uzayabiliyor. Dolayısıyla hem bir çocuğun alması gereken eğitimi alması için bir gecikme söz konusu olabiliyor ve mağduriyet yaşanabiliyor. Belki öğretmenlerin yönlendirirken, yani hastalar randevu almakta zorlanıyorlar az önce belirttiğim gibi. Yine belki bu Sağlık Bakanlığı tarafından çözülmesi gereken bir problem.*”

K8, “*Ailenin yönlendirmesine rağmen öğretmenin yönlendirmesine rağmen ailenin durumu ciddiye almaması olabilir veya bir hastaneden randevu bulamaması olabilir. Yani randevu alma süreçleriyle ilgili zorluklar yaşayabilir aileler.*”

Katılımcılardan K9, kırsalda çocuk ve ergen psikiyatristi hizmetine ulaşmanın zor olduğunu şu şekilde ifade etmiştir:

“Kırsal’da. Oralara gelen, köyden gelen hasta ve hasta yakınlarıyla ilgili de bunların bu hizmete erişmesiyle ilgili güçlükler oluyor.”

3.1.1.3. Fark Edilme Yaş Aralığı. ÖÖG riski olan bireylerin yönlendirilmesine ilişkin çocuk ve ergen psikiyatristleri genellikle ilkökul 1. ve 2. sınıf dönemlerinde fark edilip çocuk ve ergen psikiyatrisi bölümüne yönlendirildiği ancak bazen fark edilme yaşları geciken bireyler olduğu ve bu süreçte okul öncesi döneminde de erken tanılama yapılabileceği görüşleri belirtilmiştir. Katılımcılardan K8 görüşünü şu şekilde belirtmiştir:

“Birinci sınıf tabii ki en çok bize başvuran grup diyeyim. Sınıf arkadaşlarından geride kalma durumu. Birinci sınıfın ikinci dönem başı ya da birinci sınıfın sonu. O dönemlerde ilgili alakalılar erkenden gelebiliyorlar. Bazen de ne yazık ki ikinci, üçüncü sınıfa geçti hala sorunlar yaşıyorlar deyip daha geç başvuran da olabiliyor.”

Katılımcılardan K15 görüşünü şu şekilde ifade etmiştir:

“Genelde Türkiye’de ÖÖG’yle ilgili bize geliş zamanı çocukların 1. ve 2. sınıf süreçlerinde çok oluyor. Bazen anaokulu süreçlerinde olabiliyor. Ters yazma ya da öğretmen anaokulu öğretmeni bu çocuk ters yazıyor, renkleri sayıları tam öğrenemedi, bir öğrenme güçlüğü olmasın gibi çok nadir çok az sayıda başvuru oluyor ama oluyor o şekilde de başvuru. Genelde 1. sınıf ve 2. sınıf düzeyindeyken çok sık başvuru oluyor. O da nasıl oluyor? Okumayı öğrenmede bir gecikme. Yani okuyamama, ders başarısında, akranları gibi ilerleyememe durumu söz konusu oluyor. O zaman da doğal olarak öğretmen, bu çocuğun öğrenmesinde bir güçlük var. Öğrenmede ve anlamada zorluk yaşıyor. Bunu bir doktora götürün, öğrenme güçlüğü olmasın diye gönderiyorlar. Ya da dikkatinde dağınıklık var gibi bir şikâyetle geliyor.”

Katılımcılardan K5 ve K12 (%13.33) ilkökul döneminin geç olduğu daha erken tanı koyulup erken müdahale yapılması gerektiği görüşünü şu şekilde belirtmişlerdir:

K5, *“Fark edilme süreci aslında daha fazla tanınırsa, özellikle bizim ülkemizdeki uygulamada daha çok ilkökul döneminde bu ortaya çıkıyor ve tanınabiliyor. Ama uluslararası yayınlarda, sözü geçen daha farklı makalelerde deniyor ki bunlar daha erken dönemde de aslında risk grubu tespiti yapılabilir hatta tespit de edilebilir ve o çocukların öğrenme biçimi saptanarak onlara daha uygun,*

fayda sağlayabilecek olan öğrenme şekilleri belirlenerek o çocukları daha uygun yönlendirilebilir deniyor. Belki bununla ilgili bir çalışma yapılabilir, daha erken döneme taşınabilir.’’

K12, “Her şeyden önce genelde geç kalındığını düşünüyorum. Başvuru süreci çok uzamış çocuklar olabiliyor. Başvuru sürecinde mesela şu an 72 aylık başlıyor çoğu çocuk. Aslında ÖÖG riski olan çocukların çok daha önce değerlendirmeye ve takibe alınması lazım ama mevcut sistemde 1. sınıfın 2. döneminde okuma yazmayı öğrenmemesiyle oysaki anaokulu süreci geçirmeyen bir sürü çocuk var. Orada çok fazla kayıp yaşıyoruz. Tanının DSM’ye göre konulması için çocuğun 3 yıl yoğun eğitim alması da öğrenememesi lazım. Bizim ÖÖG dediğimiz vakaların hepsi böyle değil ama bu vakaları ayırt etmek için önce eğitim alması gereken kitlenin eğitim almasında sorun yaşıyoruz.”

3.1.2. Fark Edilme Sürecinde Dikkat Edilmesi Gereken Hususlar

Çocuk ve ergen psikiyatristleri ÖÖG riski bulunan bireylerin fark edilip tanılanırken; eşlik eden ve ayırt edici tanılarının olabileceği bunlara dikkat edilmesi gerekiyorsa tedavisinin yapılması gerektiği, ayrıca bu bireylerin çevresel faktörlerden dolayı da öğrenmede problem yaşayabileceği görüşlerini belirtmişlerdir. Tablo 3.4.’de bu kategorilerle ilgili görüş bildiren katılımcılar gösterilmiştir.

Tablo 3.4. Fark Edilme Sürecinde Dikkat Edilmesi Gereken Hususlar Alt Tema Ve Kategoriler

Alt Tema	Kategori	Katılımcılar	f
Fark Edilme Sürecinde Dikkat Edilmesi Gereken Hususlar	Eşlik Eden Ve Ayırt Edici Tanı	K1, K2, K3, K4, K5, K6, K7, K8, K9, K10, K11, K12, K13, K14, K15	15
	Çevresel Faktörler	K7, K9, K15	3
Toplam:			18

3.1.2.1. Eşlik Eden Ve Ayırt Edici Tanı. Çocuk ve ergen psikiyatristlerinin%100'ü ÖÖG riski olan bireylerin öncelikle eşlik eden ve ayırt edici tanı ayrımının yapılması gerektiğini özellikle DEHB tanısının ÖÖG olan bireylerde olabileceği bunun takibinin iyi bir şekilde yapıldıktan sonra ÖÖG tedavi ve eğitime başlanması gerektiğini vurgulamışlardır. Katılımcıların görüşleri şu şekildedir:

K7, “Bazen de eşlik eden DEHB varsa bazı ÖÖG belirtileri bunda da görülebildiği için yani eşlik ettiyse eğer gözden kaçabiliyor veya çok ön planda olan dikkat eksikliği semptomlarıysa gözden kaçabiliyor.”

K15, “Hemen bir ÖÖG tanısı konmuyor. Takip ve ayırıcı tanıların yapılması gerekiyor. Çünkü ÖÖG tanısının koyulması bir takip süreci gerektiren bir tanı. Hemencecik bir görüşte ya da iki görüşte ÖÖG tanısı konulmuyor. Konulamıyor.”

“Genelde şu olabiliyor ÖÖG’yle ilgili çok sık DEHB’le karışabiliyor ya da DEHB tanısı ÖÖG zannedilebiliyor aileler tarafından. Ya da eşlik edebiliyor öğrenme güçlüğünde. Çünkü %50 komorbid bir durum bunlar. Yani ÖÖG olan bir kişi de muhtemelen %50'ye yakın oranda DEHB vardır. Biz zaten birlikte tedavi etmeye çalışıyoruz. Varsa mutlaka dikkat eksikliğinin tedavisini uygulamamız gerekiyor. Çünkü ICD diyor ki 6 ay gerekli girişim ve desteğe rağmen çocuğun öğrenmesinde ilerleme olmuyorsa ÖÖG tanısı koyabilirsiniz diyor. Yani ortama 2. sınıfın 1. dönemine kadar bu çocuğa biz destek sunmamız gerekiyor ve takip etmemiz gerekiyor. O yüzden tanı koyarken de çok acele etmemek gerekiyor.”

3.1.2.2. Çevresel Faktörler. Çocuk ve ergen psikiyatristlerinin %20'si ÖÖG riski olan bireylerin tanılanmasında çevresel faktörler ve uyaran eksikliğinin önemli

olduğunu öncelikle bunlarla ilgili önlem alınması ve düzeltilmesi gerektiğini daha sonrasında tanı koyulması gerektiğini belirtmişlerdir.

Bununla ilgili K9, okula devam etmeyen ve kırsal bölgelerde yaşayan bireylerin ÖÖG tanısının tespit edilmesinde sorun yaşandığı görüşünü şu şekilde ifade etmiştir:

“Bu çocukların, kırsalda yaşayan çocukların okula devamıyla ilgili problemler oluyor. Dolayısıyla zaten okula devam etmedikleri için de mevcut yaşanan sorun tespit edilememiş oluyor. Yani bir çocuk 8-9 yaşında ama hala okuma yazma öğrenmemiş çünkü okula devam etmemiş. Hani sonuçta zorunlu bir eğitim süresi var ama kırsalda bu şeyin uygulanmasıyla ilgili büyük sorunlar yaşanıyor. Burada da okul idarecilerine sorumluluk düşüyor yine.”

Katılımcılardan K15, bireye ilk görüşmede tanı verilmemesi gerektiği bireyin belki okula devamsız olabileceği, erken başlayabileceğini ifade etmiştir. Bireyin öncelikle bu faktörlerinin düzeltilip takip edilmesi gerektiği daha sonrasında gerekirse tanının koyulması gerektiği görüşünü şu şekilde belirtmiştir:

“Hemen bir görüşmede hiçbir şey çıkmadıysa ya da hekim bir şey söylemediyse, bir takip edelim dediyse takip sürecini mutlaka korumak ve devam etmek gerekiyor. O zaman daha doğru tanı konuluyor çünkü. Diğer türlü hemen ilk görüşmede bu öğrenme güçlüğü yanlış tanı da olabiliyor. Çünkü bazen çocuklar okula erken başladığı için, okula alışamadığı için ya da düzenli okulla gitmediği için ya da bazı sadece küçük desteklerle desteklendiğinde bu öğrenme sürecindeki problem düzelebiliyor.”

Katılımcılardan K7 görüşünü şu şekilde ifade etmiştir:

“Örneğin, ilk dönem, ilkokula başladı birinci sınıfa, daha önce bir ana sınıfına gitmemiş, belki donuk zihinsel kapasiteye sahip, yeterli sosyo akademik desteklenmemiş, bir yoksulluğu olan bir çocuk, yani zaten ÖÖG’nin tanı kriterlerinde de 6 aylık bir ihtiyaçların önü tedaviye yanıt vermedikten sonra müdahaleleri, eğitimsel müdahaleleri yanıt vermedikten sonra deniyor. Ama okul açıldıktan 2. 3. sonraki aylarda bize ÖÖG belirtileri olduğu sebebiyle bazen öğretmenler tarafından ama sıklıkla aile tarafından getirilebiliyor. Burada erken ve yanlış tanılama olabildiğini düşünüyorum.”

3.1.3. Aile

ÖÖG riski olan bireylerin tanılanmasında çocuk ve ergen psikiyatristleri ailelerin rolünün çok fazla olduğunu belirtmişlerdir. Ailelerin ÖÖG'yle ilgili bilgi sahibi olmayabildiği, durumu çok ciddiye almayabildiği, etiketlenme ve ileride önüne çıkma şüphesi nedeniyle tanılama da problemler yaşayabildiklerini belirtmişlerdir. Tablo 3.5.'de görüş bildiren katılımcılar belirtilmiştir:



Tablo 3.5. Aile Alt Tema Ve Kategoriler

Alt Tema	Kategori	Katılımcılar	f
Aile	Ailenin Bilgi Yetersizliği	K1, K4, K5, K6, K8, K10, K11, K12, K13, K15	10
	Ailenin Etiketlenme Ve Önüne Çıkma Şüphesi	K7, K11, K12, K13, K14	5
Toplam:			15

3.1.3.1.Ailenin Bilgi Yetersizliği. Çocuk ve ergen psikiyatristlerinin %66.67'si ÖÖG'nin sadece disleksi olarak bilindiği ÖÖG'yle ilgili bilgileri tam anlamıyla bilmedikleri, okuldan çocuk ve ergen psikiyatristi hekimine yönlendirilirken neden yönlendirildiklerini bilmeden gitmeleri bu durumun fark edilme sürecinin uzamasına sebep olduğu görüşünü bildirmişlerdir. Bununla ilgili K5 görüşünü şu şekilde ifade etmiştir:

“İlk aşamada ailelerin tabii ki bir şeyi fark edebilmeleri için önce bilgi sahibi olmaları gerekiyor. Çünkü böyle bir tanı, yani hep disleksi diye biliniyor. Yani aslında çok popüler bir terim. Ama ne olduğu, içeriği ne kadar biliniyor, orası soru işaretli.”

Katılımcılardan K8, ailelerin bilgi yetersizliği yüzünden durumu ciddiye almayabildikleri görüşünü şu şekilde ifade etmiştir:

“Bir diğer durumda ailenin yönlendirmesine rağmen öğretmenin yönlendirmesine rağmen ailenin durumu ciddiye almaması olabilir.”

Katılımcılardan K13, ailelerin çocuk ve ergen psikiyatristine yönlendirildiği ancak ne için geldiklerine dair bir bilgilerinin olmadığı görüşünü şu şekilde ifade etmiştir:

“Öğretmenler işte doğrudan bir hekime başvurun diyor, yönlendiriliyor ama bazen ne için başvurduklarını bile bilemeyebiliyorlar.”

Katılımcılardan K15, ailelerin ÖÖG'yle ilgili farkındalığı olmadığı bu nedenle DEHB tanısını veya tedavisini ailelere uygulatamadığı, ailelerin ilaç kullanmaya karşı önyargılı olduğu görüşünü şu şekilde ifade etmiştir:

“Aileler bir kere geliyor, ondan sonra hemen tanı ne, ya da ne yapacağım gibi kısmı oluyor. İkincisi, DEHB tanısını veya tedavisini biz ailelere

uygulatamıyoruz. Yani devamlılık konusunda sorun yaşıyoruz. Çünkü ben bir hastayı gördüğümde ayırıcı tanı sürecinde bazen şu oluyor, dikkat eksikliği ve öğrenme güçlüğü'nün bazı belirtileri ortak. İkisi de öğrenme alanında güçlük yaratıyor. İkisi de akranlarından geri kalma yaratıyor. İkisi de okuma alanında zorluk yaratıyor. İkisi de okurken eksik okuma, yanlış okuma, satır atlama gibi belirtiler alan kısmında benzer belirtiler gösterebiliyor. O yüzden ben bu hastaya doğal olarak eğer dikkat belirtilerinde dikkat eksikliği varsa, hiperaktivite de eşlik ediyorsa ilaç tedavisi uygulayıp takip etmem gerekiyor ve buna göre çocuğun akademik başarısını artırmadığını görmem gerekiyor. Ama aileler birincisi ilaç kullanmak istemiyorlar, ilaca karşı bir direnç söz konusu oluyor. Bir yaşadığım sorun bu. İkincisi aileler ilaç tedavisine başladıktan sonra yan etki nedeniyle ilacı bırakıyor ve bir daha bize gelmiyor. Ya da çevrenin olumsuz söylemlerine, ilacın çocuğa zarar vereceği ya da gelecekte önüne çıkacağı tarzındaki endişeler ve kaygılar nedeniyle bize gelmiyor. İkincisi yaşadığımız zorluk ise genelde hani ilaç tedavisini başladıktan sonra bir çocuğun geride kalmışlığı var ya bir ders desteğinin sağlanması gerekiyor. Çocuk ilerliyor mu ilerlemiyor mu onu görmek lazım hani o bireysel bir destekle belli bir süre en azından ama o bireysel desteği çocuk ne okuldan alabiliyor ne de aile kendi maddi durumu kurtaramadığı için sağlayamadığından dolayı çocuk zaten geride kalmış oluyor. Ben ilaç veriyorum ama o geride kaldığı eksiklik kapatılmadığı için çocuğun ders notları düşüklüğü devam ediyor. Öyle olunca da aile hocam siz ilaç verdiniz bir işe yaramadı. İşte hala aynı durumdayız diye şey olabiliyor. O yüzden birazcık o konularda zorluk yaşıyoruz.”

3.1.3.2. Ailenin Etiketlenme Ve Önüne Çıkma Şüphesi. Çocuk ve ergen psikiyatristlerinden %33.33'ü ailelerin ÖÖG tanısı alırsa etiketlenmekten korktuğu, bir psikiyatri girişi varsa ileride karşısına çıkacak şüphesi nedeniyle fark edilme sürecinde gecikme olduğu görüşlerini şu şekilde ifade etmiştir:

K11, “Şimdi burada aslında en ciddi sıkıntı ailelerin bu tanıyı çok bilmiyor olması ve bunu bir zekâ geriliği gibi algılıyor olmaları. O yüzden de çoğu zaman çok aileler farkında olmuyor. Yani ailelerin tanımaması, bazı öğretmenlerin tanımaması, tanı alınca bunun bir gerilik gibi algılanıp çocuğu etiketleyeceğinden korktukları için ailelerin başvuruda gecikmeleri olarak düşünüyorum.”

K12, “Saptanan çocukları da ailelerin getirmesi konusunda sorun olabiliyor. Dediğim gibi rapor sürecinden korkuyorlar, etiketlenmekten korkuyorlar. Bunların

daha sıkı takibi, eğitim tedbiri olmayan çocuklarda da eğer bir şey saptandıysa bunun takip edilmesiyle ilgili bir şeyler yapılması gerektiğini düşünüyorum”

K13, *“Aileler biraz özel eğitim engelli raporu vs. alırsak sıkıntı olur çocuğa diye biraz daha bekliyorlar.”*

K14, *“Türkiye’de şöyle bir algı var. Psikiyatriye gitmek ya da sistemde psikiyatriyle ilgili bir giriş olduğunda ilerleyen dönemlerde mesleği nihayetinde bir zorluk olacağını düşünüyorlar. Oraya hangi tanı girerse girsin, öğrenme bozukluğu veya şizofreni fark etmez bir psikiyatri girişi varsa ileride karşısına çıkacak gibi bir algı var.”*

Çocuk ve ergen psikiyatristlerinden K7, ailelerin etiketlenme ve önüne çıkma şüphesi yaşadıklarını ancak çocuk ve ergen psikiyatristlerinin bu süreçle ilgili yeterli bilgi sahibi olamadıkları için yeterli açıklama yapamadıklarını belirttiği görüşünü şu şekilde belirtmiştir:

K7, *“Aileye bunu açıklamak bir öğrenme güçlüğü olduğunu açıkladım diyelim. Bir ÇÖZGER raporu, özel gereksinim raporu falan diye bunu açıklayıp işte raporun daha sonraki süreçte karşısında ne gibi bir şekillerde karşısına çıkma olasılığı olduğu veya işte vay benim çocuk kaynaştırma öğrencisi oldu. Hani bu kaynaştırma öğrencisi olmaktan ne anlıyorlar? Okulda nasıl bir süreç bekliyor çocukları? Hani bununla ilgili yeterli bilgi sahibi olmadığımız gibi çok yeterli bir açıklama da yapamıyoruz.”*

3.1.4. Öğretmen

Öğretmenler ile ilgili görüşler alt teması öğretmenlerin farkındalık ve bilgi yetersizliği kategorisine ayrılmıştır.

3.1.4.1. Öğretmenlerin Farkındalık Ve Bilgi Yetersizliği. ÖÖG riski olan bireylerin tanınmasında görev yapan çocuk ve ergen psikiyatristlerinin %33.33’ü öğretmenlerin ÖÖG’yle ilgili farkındalık ve bilgi birikimin fark edilme aşaması için çok önemli olduğu ancak öğretmenlerin farkındalık ve bilgisinin yetersiz olduğu bundan kaynaklı bireylerin fark edilme süreçlerinin gecikebildiği ve velilerin yanlış yönlendirmeyle çocuk ve ergen psikiyatrisine başvuruda bulunabildiği görüşünü belirtmişlerdir. Tablo 3.6.’da görüş bildiren katılımcılar belirtilmiştir:

Tablo 3.6. Öğretmenlerin Farkındalık Ve Bilgi Yetersizliği Kategorisi

Alt Tema	Kategori	Katılımcılar	f
Öğretmen	Öğretmenlerin Farkındalık Ve Bilgi Yetersizliği	K6, K8, K9, K10, K11	5
Toplam:			5

Katılımcılar görüşlerini şu şekilde ifade etmiştir:

K8, “Eğer öğretmen konuyla ilgili bir farkındalığı yoksa ya da aileyi yeteri kadar uygun şekilde yönlendiremediyse o zaman aileler de aileyle geç baş vurabiliyorlar.”

K9, “Bu konuda öğretmenlerin farkındalık düzeylerinin ve bilgi birikimlerinin çok da olması gerektiği gibi olduğunu düşünmüyorum. Öğrenme güçlüğüyle ilgili en başta hence ilkokul öğretmenlerine yeterli ve nitelikli bir eğitimi verilmesi gerekiyor.”

K11, “Öğretmenler fark edip yönlendirebiliyorlar. Bu konuda da öğretmenlerin hepsi çok deneyimli değil. Bir kısmı sebeplerle açıklayıp aslında normal öğrenir gibi bazen geçiştirebiliyorlar ve geciktirebiliyorlar süreci.”

Katılımcılardan K6, öğretmenlerin ÖÖG’yi fark edemeyebildiğini ve farklı şekilde yönlendirme yapabildikleri görüşünü şu şekilde ifade etmiştir:

“Bazen öğretmenler bunu fark edemeyebiliyorlar ve farklı öğrendiğini gözlemleyemedikleri için çocukların yönlendirmeleri daha farklı olabiliyor.”

3.1.5. Çocuk ve Ergen Psikiyatristlerinin Fark Edilme Sürecine İlişkin Önerileri

Çocuk ve ergen psikiyatristleri ÖÖG riski bulunan bireylerin fark edilme sürecine yönelik önerileri 6 kategoriye ayrılmıştır. Tablo 3.7.’de görüş bildiren katılımcılar belirtilmiştir.

Tablo 3.7. Fark Edilme Süreci Öneriler Alt Tema Ve Kategoriler

Alt Tema	Kategori	Katılımcılar	f
Çocuk ve Ergen Psikiyatristlerinin Fark Edilme Sürecine İlişkin Önerileri	Erken Tanılama	K5, K12	2
	Tarama	K6, K12, K13, K14	4
	Hekim Sayısı ve Alt Üniteler	K3, K4, K7	3
	Aile Eğitimleri	K1, K5, K6, K8, K10, K13, K15	7
	Öğretmen Eğitimleri	K1, K8, K9, K10, K11, K13	6
	Aile Danışmanı Atanması	K4	1
Toplam:			23

3.1.5.1. Erken Tanılama. Çocuk ve ergen psikiyatristlerinin %13.33'ü fark edilme sürecinin genellikle ilkökul döneminde olduğu ancak daha erken dönemde fark edilme sürecinin yapıp buna göre müdahale edilmesi gerektiğini görüşlerini belirtmişlerdir.

Katılımcılardan K5 ve K12 görüşlerini şu şekilde ifade etmiştir:

K5, “*Fark edilme süreci aslında daha fazla tanınırsa, özellikle bizim ülkemizdeki uygulamada daha çok ilkökul döneminde bu ortaya çıkıyor ve tanınabiliyor ama uluslararası yayınlarda, sözü geçen daha farklı makalelerde deniyor ki bunlar daha erken dönemde de aslında risk grubu tespiti yapılabilir hatta tespit de edilebilir ve o çocukların öğrenme biçimi saptanarak onlara daha uygun, fayda sağlayabilecek olan öğrenme şekilleri belirlenerek o çocukları daha uygun yönlendirilebilir deniyor. Belki bununla ilgili bir çalışma yapılabilir, daha erken döneme taşınabilir.*”

K12, “*Başvuru yaşı çok geç oluyor. Erken dönemde de sistemli bir yaklaşım yok. Devlet nezdinde ÖÖG riski olan çocuklara uygulanan bir program bilmiyorum ben şu an. Pilot çalışma varsa bile.*”

3.1.5.2. Tarama. Çocuk ve ergen psikiyatristlerinin %26.67'si fark edilme süreci için okullarda tarama yapılmasının ÖÖG riski olan bireyleri daha çabuk

belirleyip buna göre gerekli eğitimleri alması için iyi olabileceği görüşlerini bildirmişlerdir.

Katılımcılardan K12 ve K13 görüşünü şu şekilde ifade etmiştir:

K12, *“Yani rehberliklerin tarama yapması. Özellikle ilk üç sınıfta, beşinci sınıftaki çocuk okuma yazma bilmeden geliyor. Sistem sebebiyle sınıfı geçmiş. O çok büyük bir kayıp. Hani toplumsal olarak da, ekonomik olarak da yani daha sıkı tarama programları.”*

K13, *“Birinci sınıflarda belki ikinci döneminde en azından tarama programları gibi bir şeyler olabilir yani okullarda.”*

Katılımcılardan K6, erken yaşlarda okulda taramalar yapılırsa çocuğun gelecek hayatı için daha olumlu sonuçlanacağı görüşünü şu şekilde ifade etmiştir:

“Belki bir tarama yapılabilir gibi düşünüyorum. Bence okullarda yapılabilir bu. Yani çocuğun becerileriyle, akademik becerileri arasında uyumsuzluk görüldüğünde belki ayrıntılı değerlendirmenin yapılması gerektiğine dair bir durum oluşabilir. Çünkü gerçekten çocuğun adaptif becerileri çok iyi oluyor. Konuştuğunda içerik çok iyi olabiliyor ama bir türlü okumayı öğrenememiş oluyor ve bu da sonrasında çocuk için ekstra başka zorluklara sebep olabiliyor. Hani tanılamasının erken olması çocuğun hayatı içinde daha olumlu sonuçlanıyor.”

Katılımcılardan K14, ÖÖG riski olan bireylere okullarda tarama yapıp daha sonrasında RAM’a yönlendirilmesi RAM aracılığıyla çocuk ve ergen psikiyatrisine gönderilmesi görüşünü şu şekilde ifade etmiştir:

“Yani şöyle belki okul direkt psikiyatriye yönlendiriyor. Onun yerine okulda böyle bir genel tarama yapıp mesela her sınıfta öğretmen, şu şu kişiler okuma yazmayı zor öğrendiği gibi onları mesela psikiyatriye yönlendirmek değil de belki bir ara basamak RAM’a yönlendirilip öyle bize gelebilir çünkü veliye bir kâğıt verdiğinizde psikiyatriden randevu al dediğinizde psikiyatriden randevu almak çok zor bir süreç yani MHRS'den randevu bulabilmek hani en azından hastalar o şekilde söylüyor ne kadar zor bilmiyorum tabi ama hastaların söylediği o şekilde onun yerine mesela bazı bu ihtiyacı olan hastaları yani öğretmenler tespit etse sonra direkt RAM'a gönderirse yani RAM'dan randevu alınsa RAM değerlendirirse ve öyle çocuk psikiyatrisine gelse RAM dolayısıyla direkt bir şekilde belki sistemden randevuyla nasıl olur bilmiyorum ama o şekilde olsa daha kolay olabilir belki.”

3.1.5.3. Hekim Sayısı Ve Alt Üniteler. Çocuk ve ergen psikiyatristlerinin %20'si, hekim sayısının az olduğu ve bu sebeple ailelerin randevu bulmakta zorlandığı bu sürecin önüne hekim sayısının artırılarak ya da çocuk ve ergen psikiyatristi bölümünde alt üniteler kurularak çözülebileceği görüşünü ifade etmişlerdir. Katılımcılar görüşünü şu şekilde ifade etmiştir:

K3, *“Öneri olarak aklıma sadece hekim sayısının artması geliyor. Çünkü şu an çocuk psikiyatri doktor sayısı baya az ülkemizde. En büyük sorun o. O yüzden özellikle çocuk psikiyatri de randevu almak daha zor.”*

K4, *“Daha fazla meslek elemanı olsa psikiyatrist, psikolog gibi süreç daha hızlı ilerleyebilir.”*

Katılımcılardan K7; okul, RAM, çocuk ve ergen psikiyatristi işbirliğinin artırılarak çocuk ve ergen psikiyatristinde alt üniteler kurulması gerektiği ancak bunun çocuk ve ergen psikiyatristi hekim sayısının azlığından zor olduğu görüşünü şu şekilde ifade etmiştir:

“Yine okullar, RAM ve çocuk psikiyatristleri arasında bir iş birliğinin daha da arttırılabilmesi kıymetli. Bu noktada belki bizim çocuk psikiyatristi açısından bakıldığınızda nörogelişimsel bozukluklar dediğimiz, DEHB, öğrenme güçlüğü, konuşma bozukluğu vs. gibi aslında RAM’la en çok iletişim halinde kaldığımız hastalıkların ya da psikiyatrik durumların bir alt dal olmasa bile ayrı bir branşlaşma veya bununla ilgili alt üniteler kurulmasının faydalı olacağını düşünüyorum. Belki bununla ilgili de ayrı alt üniteler kurulabilir ama henüz çok erken yani yeterli sayıda çocuk psikiyatrisine sahip değiliz.”

3.1.5.4. Aile Eğitimleri. Çocuk ve ergen psikiyatristlerinin %46.67'si ailelerin ÖÖG'yle ilgili bilgisinin yetersiz olduğunu bu durumun bireyin fark edilmesinde gecikme yaşattığını bununla ilgili ailelere bilgilendirici eğitimler verilmesi gerektiği görüşünü bildirmişlerdir. Katılımcılar görüşlerini şu şekilde ifade etmiştir:

K1, *“Okulda ya da aileler tarafından ÖÖG'yle ilgili çok bilgi sahibi olunmadığı için fark edilmesi biraz uzun sürebiliyor. O gruptaki velilere okul çapında bir eğitimler düzenlenebilir.”*

K5, *“Anaokullarında bir takım belirtilerin varlığına dair, yani o çocuklar okuma yazmayı henüz sökmemiş oluyorlar ama yine de onları o dönemde en azından risk grubunu tespit edebilecek bir takım belirtiler olabiliyor. Ailelerin belki bunun*

farkındalığı, böyle bir konseptin varlığı, disleksi olabileceği, hangi belirtiler olursa bundan şüphelenilebileceğine dair belki ailelere bilgilendirme yapılabilir.”

K13, *“Öğretmenler işte doğrudan bir hekime başvurun diyor, yönlendiriliyor ama bazen ne için başvurduklarını bile bilemeyebiliyorlar. Bu anlamda belki ellerine yine öğretmenin ne için başvurmasını istediğiyle ilgili bir soru, ailelerin düzgün bir şekilde bilgilendirilmesi uygun olabilir.”*

3.1.5.5. Öğretmen Eğitimleri. Çocuk ve ergen psikiyatristlerinin %40'ı öğretmenlerin ÖÖG riski olan bireyleri okulda tespit edebilme adına bilgisinin ve farkındalığının yetersiz olduğu bu durumun bireyin fark edilmesinde gecikme yaşattığını hastaneye yönlendirme yaparken farklı tanı şüphesiyle yönlendirebildiği bu sebeple öğretmenlere bilgilendirici eğitimler verilmesi gerektiği görüşünü bildirmişlerdir. Katılımcıların görüşleri şu şekildedir:

K8, *“Öğretmenlere konuyla ilgili eğitimler veriliyor ama MEB tarafından o konuda çok emin değilim. Eğer verilmiyorsa hani öğretmenleri bu konuda bilgilendirici sunumlar olabilir. Hangi noktalarda bir ÖÖG'den şüphelenmeliler ve aileleri yönlendirmeliler? Böyle bir önerim olabilir.”*

K9, *“Bu konuda öğretmenlerin farkındalık düzeylerinin ve bilgi birikimlerinin çok da olması gerektiği gibi olduğunu düşünmüyorum. ÖÖG'yle ilgili en başta bence ilköğretim öğretmenlerine yeterli ve nitelikli bir eğitim verilmesi gerekiyor.”*

K11, *“Öğretmenlerin, özellikle ilköğretim öğretmenlerinin bu konuda eğitim almaları lazım. Yani hepsi çok deneyimli değiller. Onlar için belki hizmet içi eğitimlerini özellikle bu staj dönemi, yani okul açılmadan önceki dönemi deniyor ama birkaç tane çalışmalar oluyor ya kendi aralarında. Seminer dönemlerinde. Seminer dönemlerinde bu konunun gündeme gelmesinin iyi olacağını düşünüyorum.”*

3.1.5.6 Aile Danışmanı. Çocuk ve ergen psikiyatristlerinden K4 (%6.67) ailelerin sürecini takip edecek, onlar yardımcı olabilecek bir danışman olması önerisinde bulunmuştur:

K4, *“Bunun dışında da ailelerin sürecini takip edecek, onlar yardımcı olabilecek bir danışman olsa bizim için de onlar için de kolay olur. Çünkü uyguladığımız tedaviyi aileler anlayamayabiliyor ya da sürdürmekte zorlanıyorlar. Onları takip edecek birinin olması iyi olabilirdi.”*

Alanyazına bakıldığında, Ögülmüş'ün (2021) çalışmasında, ÖÖG riski taşıyan bireylerin çoğunlukla ilkokul döneminde sınıf öğretmeni ya da aile bireyleri tarafından fark edilerek RAM'a yönlendirildiği ve buradan da tıbbi tanı sürecine geçildiği belirtilmiştir. Benzer şekilde Aslan (2015), ÖÖG riski olan bireylerin öğretmen, rehber öğretmen veya aile tarafından gözlemlenen akademik ve davranışsal sorunlar doğrultusunda öncelikle çocuk ve ergen psikiyatri birimlerine yönlendirildiklerini ifade etmektedir. Bu bulgular, DSM-V'te (APA, 2013) tanımlandığı üzere özgül öğrenme bozukluklarının tanılmasında eğitimciler ve ebeveynlerin ilk gözlemciler olarak kritik bir rol üstlendikleri yaklaşımıyla örtüşmektedir. DSM-V, tanılama sürecinde akademik performansta en az altı ay süren belirgin güçlüklerin öğretmen ya da bakım verenler tarafından fark edilmesini ve bu gözlemlerin klinik değerlendirmeye desteklenmesini önermektedir. Yurt dışı araştırmalar da bu yaklaşımı desteklemektedir. Örneğin Kanada'da yapılan bir araştırmada, ÖÖG riski taşıyan öğrencilerin %68'inin sınıf öğretmeni tarafından ilk kez fark edildiği ve tanılama sürecinin çoğunlukla öğretmen gözlemlerine dayanarak başlatıldığı bildirilmiştir (Snowling and Hulme, 2012). İngiltere'de yürütülen başka bir çalışmada ise okul psikolojik danışmanlarının, öğretmen geri bildirimlerini temel alarak çocukları özel eğitim değerlendirmesine yönlendirdikleri ortaya konmuştur (Norbury et al., 2016). Bu araştırmanın bulguları da alanyazındaki bilgilerle büyük ölçüde örtüşmektedir. Çocuk ve ergen psikiyatristleriyle yapılan görüşmelerde katılımcıların %80'i, ÖÖG riski taşıyan bireylerin çoğunlukla sınıf öğretmenleri tarafından fark edilerek çocuk ve ergen psikiyatri birimlerine yönlendirildiğini ifade etmiştir. Örneğin K9, "ÖÖG'yle ilgili tabii ki ilk çocukların durumunu genelde okuldaki öğretmenleri fark ediyorlar" ifadesiyle bu süreci vurgulamıştır. Bunun yanı sıra, bazı ailelerin çocuğun yaşadığı güçlükleri sosyal medya veya dijital kaynaklar aracılığıyla fark ederek doğrudan başvuru yaptığı da katılımcılar tarafından belirtilmiştir. Katılımcılardan K15, sosyo-kültürel düzeyi yüksek ailelerin, "Benim çocuğumda disleksi olabilir mi?" diyerek başvurduğunu ifade etmiştir. Bununla birlikte, bu çalışmanın bulguları, alanyazındaki mevcut yönlendirme kanallarına ek olarak özel eğitim merkezleri ve özel kurumların da tanı sürecine yönlendirme aşamasında aktif rol üstlenebildiğini göstermektedir. Katılımcılardan K15, bir özel eğitim merkezine başvuran ailelerin, çocuğun gelişimsel olarak geride kaldığı fark edildiğinde çocuk ve ergen psikiyatriye yönlendirildiğini belirtmiştir. Ayrıca K12, bazı ailelerin ilk etapta yanlış kurumlara başvurduğunu ve bu kurumlar tarafından

çocukların psikiyatrik değerlendirmeye yönlendirildiğini ifade etmiştir. Bu bulgular, tanı sürecinin yalnızca öğretmen ve aile gözlemleriyle sınırlı kalmadığını, aynı zamanda özel kurumların da tanıya giden yolda önemli bir aracı işlevi görebildiğini ortaya koymaktadır.

ÖÖG riski taşıyan bireylerin çocuk ve ergen psikiyatri birimlerinden randevu alma süreçleriyle ilgili olarak Türkiye’de yapılmış sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bıçakcı ve Çakıroğlu’nun (2023) gerçekleştirdiği araştırmada, katılımcıların yalnızca %25’inin çocuk ve ergen psikiyatri servislerinden randevu alma sürecine ilişkin görüş belirttikleri tespit edilmiştir. Bu çalışmanın bulgularına göre, aileler hastane personelinin randevu planlamasında daha düzenli ve etkili bir sistem kurması gerektiğini vurgulamıştır. Özellikle erken tarihler için randevu alınamaması, personelin geç tarihli randevular vermesi ve bu nedenle ailelerle sağlık personeli arasında yaşanan iletişim problemleri dikkat çeken diğer bulgular arasında yer almaktadır. Benzer şekilde, Öğülmüş’ün (2021) çalışmasında da ÖÖG tanısı almış çocukların ailelerinin çocuk ve ergen psikiyatri kliniklerinden randevu alma konusunda ciddi güçlükler yaşadığı belirtilmiştir. Bu araştırmanın bulguları da söz konusu literatürü desteklemektedir. Katılımcı çocuk ve ergen psikiyatristlerinin %46.67’si, ÖÖG riskiyle yönlendirilen bireylerin ilgili birimlerden randevu alma sürecinde ciddi zorluklar yaşadığını belirtmiştir. Örneğin K1, *“Fark edildikten sonra çocuk ve ergen psikiyatrisine ulaşmak, randevu almak, o süreçleri tamamlamak... bunlar biraz uzuyor”* diyerek tanı sürecinde yaşanan gecikmelere dikkat çekmiştir. Benzer şekilde K3, *“Aylar sürebiliyor bir randevu bulabilme... biz de randevusuz bakmamız çok mümkün değil zaten”* diyerek sistemsal problemleri işaret etmiştir. K7 ise *kırsal bölgelerde çalışan tek çocuk psikiyatristi olarak uzun süre görev yaptığını ve tekrar randevu alma zorunluluğunun süreci daha da uzattığını vurgulamıştır.* Ayrıca K9, *kırsal bölgelerden gelen çocukların bu hizmete erişimde büyük güçlükler yaşadığını ifade etmiştir.* Yurt dışı tıp literatürü de benzer sorunlara işaret etmektedir. Örneğin, ABD’de yapılan bir çalışmada, ÖÖG veya DEHB gibi tanılar için çocuk psikiyatristine ulaşma süresinin ortalama 7 ila 12 hafta arasında değiştiği, bu sürenin özellikle düşük gelirli veya kırsal bölgelerde daha da uzadığı saptanmıştır (Zima et al., 2005). Aynı şekilde Kanada’da yapılan bir araştırmada, çocuk ve ergen ruh sağlığı hizmetlerine yönlendirilen bireylerin %40’ından fazlasının ilk değerlendirme için altı haftadan uzun süre beklemek zorunda kaldığı belirtilmiştir (Garland et al., 2003). Bu veriler yalnızca Türkiye’de değil, gelişmiş ülkelerde dahi çocuk ve ergen

psikiyatri hizmetlerine erişimde ciddi zaman kısıtlarının yaşandığını ortaya koymaktadır. Türkiye örneğinde ise bu durum, çocukların tanı ve destek hizmetlerine geç ulaşmasına ve eğitimsel müdahale sürecinin gecikmesine neden olabilmektedir. Dolayısıyla tanı ve müdahale sürecinin sekteye uğramaması için çocuk ve ergen psikiyatri hizmetlerinin daha erişilebilir, hızlı ve aile odaklı bir şekilde yeniden yapılandırılması gerekmektedir.

Alanyazına göre, çocuklarda ÖÖG belirtileri genellikle ilkökul döneminde fark edilmekte ve tanılanmaktadır. Selçuk (2002), çocuklardaki öğrenme güçlüklerinin çoğunlukla ilkökulda öğretmenler tarafından fark edildiğini vurgulamıştır. Benzer şekilde Girli (2014), ÖÖG tanısının sıklıkla ilkökul ikinci ve üçüncü sınıfta konduğunu belirtmiştir. Bu bulgular doğrultusunda, yürütülen araştırmanın nitel verileri de ÖÖG riski taşıyan bireylerin genellikle ilkökul çağında fark edildiğini ortaya koymakta ve alanyazınla örtüşmektedir. Katılımcı çocuk ve ergen psikiyatristlerinin büyük bir kısmı, tanı sürecinin çoğunlukla ilkökul 1. ve 2. sınıf dönemlerinde başlatıldığını ifade etmiştir. *Örneğin K8, “Birinci sınıfın ikinci dönem başı ya da birinci sınıfın sonu... O dönemlerde ilgili alakalıları erkenden gelebiliyorlar”* sözleriyle bu gözlemini dile getirmiştir. *K15 ise, öğretmenlerin özellikle okuma öğrenmedeki gecikmelere bağlı olarak çocukları yönlendirdiklerini, ancak okul öncesi dönemde de nadiren başvuru gerçekleştiğini belirtmiştir.* Diğer yandan, DSM-V (APA, 2013), özgül öğrenme bozukluğunun yalnızca akademik alanlarla sınırlı olmadığını; bu bireylerde erken çocukluk döneminden itibaren dil gelişimi, psikomotor beceriler, dikkat ve yürütücü işlevler gibi alanlarda da belirti gözlemlenebileceğini vurgulamaktadır. Bu bağlamda, Deniz, Hamarta ve Akdeniz (2015) tarafından yapılan çalışmada da, okul öncesi dönemde ÖÖG riski taşıyan bireylerin sosyal duygusal davranış problemleri, dil ve konuşma gelişimi ile bilişsel zorluklar gibi alanlarda sinyaller verdiği belirtilmiştir. Ancak araştırma bulguları, bu erken belirtilerin çoğu zaman göz ardı edildiğini ve tanının yalnızca akademik başarısızlık üzerine yapılandırıldığını göstermektedir. Katılımcıların bazıları da (örneğin K5 ve K12), mevcut tanılamanın genellikle geç yapıldığını ve bu nedenle erken müdahale fırsatlarının kaçırıldığını belirtmiştir. *K5, “Daha erken dönemde risk grubu tespiti yapılabilir... çocukların öğrenme biçimi saptanarak onlara uygun yönlendirme yapılabilir”* şeklinde erken tanılama sistemine işaret ederken; *K12, “Genelde geç kalındığını düşünüyorum... çok daha önce değerlendirmeye ve takibe alınması lazım”* ifadeleriyle erken döneme dikkat çekmiştir. Uluslararası literatür de

erken tanının önemini vurgulamaktadır. Örneğin Kanada’da yapılan bir çalışmada, öğrenme güçlüğü olan çocukların büyük çoğunluğunun okul öncesi dönemde çeşitli gelişimsel gecikmeler gösterdiği ve bu bireylerin ilkokul çağından önce sistematik gözlem ve değerlendirmeye alınması durumunda daha etkili müdahaleler yapılabildiği rapor edilmiştir (Landerl and Moll, 2010). ABD’de gerçekleştirilen başka bir çalışmada ise, ÖÖG riski taşıyan çocukların erken tanı almadığında akademik geriliklerin ileriki yıllarda psikolojik sorunlarla birleşerek daha karmaşık hale geldiği saptanmıştır (Shaywitz et al., 2008). Sonuç olarak, bu araştırma bulguları ulusal ve uluslararası literatürle tutarlıdır. Katılımcıların deneyimleri, ÖÖG tanısının genellikle ilkokul döneminde konduğunu, ancak birçok bireyde belirtilerin okul öncesi dönemde başladığını göstermektedir. Tanının yalnızca okuma, yazma ve matematik gibi akademik alanlara odaklanarak konulması, erken müdahale fırsatlarının kaçırılmasına neden olmaktadır. Bu durum, Aslan’ın (2015) da belirttiği gibi tanı sürecindeki gecikmenin özel eğitim hizmetlerinin başlamasında aksamalara yol açtığını ve sürecin maliyetini artırdığını göstermektedir. Ayrıca Melekoğlu’na (2021) göre, bireyin yaşının ilerlemesiyle birlikte sorunların kendiliğinden geçeceği yönündeki yanlış inançlar da tanının daha da gecikmesine ve bireyin yaşlılarıyla arasındaki farkın derinleşmesine neden olmaktadır. Bu nedenle, DSM-5’te tanımlanan ölçütler ve alan yazındaki bulgular doğrultusunda, ÖÖG tanı sürecinin daha erken ve çok boyutlu bir değerlendirmeye dayalı olarak yapılandırılması gerekmektedir.

Bu çalışmada elde edilen bulgular, ÖÖG tanı sürecinde dikkat edilmesi gereken başlıca unsurlardan birinin DEHB gibi eş tanıların değerlendirilmesi olduğunu ve bunun yanında çevresel faktörlerin tanı sürecinde göz ardı edilmemesi gerektiğini göstermiştir. Çocuk ve ergen psikiyatristlerinin tamamı (%100), ÖÖG tanısı konulmadan önce eşlik eden ve ayırt edici tanıların, özellikle DEHB’nin detaylı biçimde ele alınması gerektiğini vurgulamıştır. Katılımcıların “tanıda acele edilmemeli” ve “önce dikkat eksikliği değerlendirilmeli” yönündeki görüşleri, DSM-V’in (APA, 2013) önerdiği şekilde dikkatli ve bütüncül bir klinik değerlendirme yapılması gerekliliğiyle örtüşmektedir. Karaman ve ark. (2016), ÖÖG ile DEHB’nin %70’e varan oranlarda birlikte görülebildiğini belirtmektedir. Bu yüksek komorbidite, çalışmada da vurgulandığı gibi belirtilerin maskeleyesine ve tanı sürecinin karmaşıklaşmasına neden olabilmektedir. Katılımcılardan *K7’nin “Eşlik eden DEHB varsa ÖÖG belirtileri gözden kaçabiliyor”* ifadesi ile *K15’in “ÖÖG*

tanısı koymadan önce dikkat eksikliği varsa bunun tedavi edilmesi gerekir” vurgusu, Willcutt ve arkadaşlarının (2010) %45-60 oranında DEHB belirtilerinin ÖÖG ile birlikte görüldüğü yönündeki meta-analiz bulgularını desteklemektedir. Aynı şekilde Czamara ve arkadaşlarının (2013) Avrupa merkezli araştırması, DEHB ile birlikte görülen ÖÖG vakalarının daha karmaşık ve uzun vadeli müdahaleler gerektirdiğini ortaya koymaktadır. Bununla birlikte, araştırmanın bir diğer önemli bulgusu, çevresel faktörlerin ÖÖG tanı sürecindeki rolüne yönelik farkındalıktır. Katılımcıların %20’si, özellikle düşük uyaranlı çevre, eğitim erişimi sorunları ve okula devamsızlık gibi etkenlerin tanılama sürecini etkileyebileceğini belirtmiştir. Özyürek (2001), ÖÖG’nin yalnızca sosyoekonomik yoksunlukla açıklanamayacağını, ancak nitelikli olmayan öğretim süreçlerinin öğrenme güçlüğüne tetikleyici rol oynayabileceğini ifade etmiştir. Bu görüş, K7’nin *“donuk zihinsel kapasiteye sahip, yeterli sosyoakademik desteklenmemiş, yoksulluğu olan bir çocuk”* örneğiyle ve K9’un *kırsal bölgelerde okula devam sorunu yaşayan çocuklarda tanı koymanın zorluklarına dikkat çeken ifadeleriyle* doğrudan örtüşmektedir. Sürücü ve Gündoğdu (2008), ebeveyn tutumlarının, beklenti yönetiminin ve sosyal çevredeki etiketleyici ifadelerin okuma bozukluğu üzerinde ciddi psikososyal etkileri olduğunu belirtmektedir. Çalışma kapsamında, K15’in *“çocuğun okula erken başlaması, devamsızlık gibi nedenlerle ÖÖG sanılan durumların aslında çevresel eksiklikler olabileceği”* yönündeki açıklamaları da, bu bağlamda önemli bir destekleyici bulgudur. DSM-V (APA, 2013), tanı koyarken bireyin yaşına ve eğitsel geçmişine göre beklenen başarı düzeyine ulaşamamasını esas alırken, bu başarısızlığın yalnızca kültürel, ekonomik ya da çevresel nedenlerle açıklanamayacağını belirtir. Bu doğrultuda, DSM-V çevresel etkenlerin dışlanması gerektiğini, müdahalelere rağmen güçlükler devam ediyorsa tanı sürecinin ilerletilmesi gerektiğini vurgular. Fletcher ve ark. (2018) ile Fuchs and Fuchs (2006) tarafından geliştirilen çok aşamalı tanı modelleri de öğretim kalitesi, müdahale süreçleri ve çevresel koşullar iyileştirilmeden tanı konulmaması gerektiğini savunmaktadır. Bu araştırmada yer alan psikiyatristler de benzer biçimde, çevresel nedenlerden kaynaklanabilecek akademik sorunların doğrudan patolojik bir bozukluk olarak tanımlanmaması gerektiğini ve bu nedenle tanıdan önce uygun pedagojik ve psikososyal müdahalelerin uygulanmasının gerekli olduğunu ifade etmişlerdir. Katılımcıların açıklamaları, çevresel ve bireysel etkenlerin birbirinden ayrıştırılmasının tanısal doğruluk ve müdahale planlaması açısından ne kadar önemli olduğunu bir kez daha

ortaya koymaktadır. Sonuç olarak, bu çalışmanın bulguları, ÖÖG tanı sürecinde DEHB gibi eş tanıların kapsamlı değerlendirilmesinin yanı sıra çevresel koşulların etkisinin göz önünde bulundurulması gerektiğini göstermektedir. Tanıdan önce gerçekleştirilecek sistematik bir izlem süreci, müdahalelere verilen yanıtın değerlendirilmesi ve çevresel uyaranların düzenlenmesi, hem yanlış tanı riskini azaltacak hem de bireye özgü etkili müdahale planlarının geliştirilmesini mümkün kılacaktır.

Bu araştırmanın bulguları, ÖÖG tanılama sürecinde yalnızca bireysel ve bilişsel faktörlerin değil, ailelerin bilgi düzeyi, tutumları ve duygusal yaklaşımlarının da belirleyici rol oynadığını ortaya koymuştur. Katılımcı çocuk ve ergen psikiyatristlerinin büyük çoğunluğu, ailelerin ÖÖG hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığını (%66,67) ve bu bilgi eksikliğinin tanının fark edilmesini geciktirdiğini belirtmiştir. Bu bulgu, Salman ve Özdemir'in (2016) ailelerin ÖÖG'ye ilişkin bilgi eksikliğinin çocukların hem okulda hem de evde çeşitli zorluklar yaşamasına neden olduğunu ifade ettikleri görüşle örtüşmektedir. *K5'in, "Ailelerin bir şeyi fark edebilmeleri için önce bilgi sahibi olmaları gerekiyor... Ama içeriği ne kadar biliniyor, orası soru işareti"* şeklindeki ifadesi, Özyürek'in (2001) ÖÖG'nin yalnızca disleksi olarak bilinmesinin yetersiz olduğunu belirten görüşüyle paralellik göstermektedir. *Katılımcı K13'ün, ailelerin çocuk ve ergen psikiyatristine yönlendirildiklerinde ne için geldiklerini bilmediklerini belirtmesi* de tanı sürecinde karşılaşılan iletişim kopukluğuna işaret etmektedir. Tanrıverdi'nin (2023) belirttiği gibi, aileler çoğu zaman çocuklarının yaşadığı zorlukları tembellik, kuralsızlık ya da zihinsel yetersizlik gibi yanlış nedenlere bağlayabilmektedir. Bu durum, araştırma bulgularında da kendini göstermektedir. *K8, ailelerin öğretmenin yönlendirmesine rağmen durumu ciddiye almadığını belirtmiş, K15 ise ailelerin DEHB tanısına ve özellikle ilaç tedavisine karşı ciddi direnç gösterdiğini ifade etmiştir.* Bu bulgular, Doksat'ın (2014) ailelerin gelişimsel farklılıkları kabullenme sürecinde zorlandıkları ve bu nedenle tanı sürecinin karmaşıklaştığı yönündeki tespitleriyle tutarlıdır. Ayrıca, araştırmada ailelerin ÖÖG tanısı aldıktan sonra çocuklarının "etiketlenme" riskiyle karşı karşıya kalabileceği korkusunun da tanılama sürecini olumsuz etkilediği belirlenmiştir (%33,33). Katılımcılardan *K11'in "Zekâ geriliği gibi algılıyorlar... o yüzden başvuruda gecikme yaşanıyor"* ifadesi, Ögülmüş'ün (2021) ailelerin etiketlenme endişesi nedeniyle tanıya mesafeli durduklarını gösteren bulgularıyla doğrudan örtüşmektedir. *K13 ve K14'ün "özel eğitim raporu alırsak ileride sorun*

olur” ya da “psikiyatriye giriş yapıldığı takdirde meslek hayatında engel olur” gibi aile algılarına dikkat çekmesi, Hornstra ve ark. (2010) ile Trainor (2010)’un uluslararası bağlamda ortaya koyduğu etiketlenme korkusuna benzer tutumları yansıtmaktadır. Çarpıcı bir diğer bulgu ise, çocuk ve ergen psikiyatristlerinin bir kısmının bu aile kaygılarını yeterince anlamadığı veya etkili şekilde yönetemediğidir. Katılımcı K7’nin, *“biz de yeterli bilgi sahibi değiliz, aileye yeterli açıklama yapamıyoruz”* ifadesi, uzman-aile iletişiminde yaşanan boşluklara işaret etmektedir. Bu durum, sadece tanılama sürecinin uzamasına değil, aynı zamanda aile-uzman ilişkisinin zayıflamasına da neden olabilmektedir. Tüm bu bulgular, hem ulusal hem de uluslararası literatürle örtüşmektedir ve ÖÖG tanı sürecinde ailenin bilinçli, destekleyici ve iş birliğine açık olması gerektiğini ortaya koymaktadır. Tanı sürecine yönelik önyargıların kırılması, ailelerin damgalanma kaygısının azaltılması ve uzmanların bu konuda daha etkin bir bilgilendirme ve yönlendirme rolü üstlenmesi gerekmektedir. Bu bağlamda, ailelerin tanı ve tedavi süreçlerinde daha bilinçli ve aktif rol alabilmeleri için hedefe yönelik, bilimsel temelli psikoeğitim programlarının geliştirilmesi önerilmektedir.

Öğretmenlerin ÖÖG konusunda yetersiz bilgiye sahip olmaları, tanılama sürecinde önemli sorunlara yol açabilmektedir. Alanyazında, öğretmenlerin bu konudaki eğitim eksiklikleri nedeniyle sınıf içinde derslerle ilgili sorun yaşayan her öğrenciyi ÖÖG riski taşıyan birey olarak değerlendirme eğiliminde oldukları ve bunun da çocuğun yanlış yönlendirilmesine ve etiketlenmesine neden olabileceği belirtilmiştir (Selçuk, 2002). Altun ve Uzuner (2016) tarafından yapılan bir araştırmada da öğretmenlerin ÖÖG’ye dair bilgi düzeylerinin düşük olduğu, veli-öğretmen iş birliğinin yetersiz kaldığı ve öğretmenlerin bu alanda etkili çözüm stratejileri geliştirmekte zorlandıkları ortaya konmuştur. Benzer şekilde, Öğülmüş (2021) de yönlendirmeyi yapan öğretmenlerin ÖÖG’ye ilişkin bilgi düzeylerinin yetersizliğini ve bu durumun süreci olumsuz etkilediğini ifade etmiştir. Bu çalışma kapsamında elde edilen bulgular da literatürle tutarlıdır. Öğretmenlerle ilgili görüşler, öğretmenlerin farkındalık ve bilgi yetersizliği olmak üzere iki kategoriye ayrılmıştır. Çocuk ve ergen psikiyatristlerinin %33.33’ü, öğretmenlerin ÖÖG ile ilgili farkındalık ve bilgi birikiminin tanılanma aşaması için çok önemli olduğunu ancak öğretmenlerin farkındalık ve bilgisinin yetersiz olduğunu belirtmişlerdir. Bu durumun, bireylerin fark edilme süreçlerini geciktirebildiği ve velilerin yanlış yönlendirmeyle çocuk ve ergen psikiyatrisine başvuruda bulunabildiği ifade

edilmiştir. Katılımcı K8, öğretmenin konuyla ilgili farkındalığı yoksa ya da aileyi uygun şekilde yönlendiremediyse, ailelerin de geç başvurabildiğini belirtmiştir. K9 ise öğretmenlerin farkındalık düzeylerinin ve bilgi birikimlerinin olması gerektiği gibi olmadığını düşünmekte ve ilkökul öğretmenlerine yeterli ve nitelikli bir eğitim verilmesi gerektiğini vurgulamıştır. K11'de öğretmenlerin fark edip yönlendirebildiklerini ancak hepsinin deneyimli olmadığını ve bazen normal öğrenir gibi geçiştirerek süreci geciktirebildiklerini ifade etmiştir. Katılımcı K6, öğretmenlerin ÖÖG'yi fark edemeyebildiğini ve farklı öğrendiğini gözlemleyemedikleri için çocukların yönlendirmelerinin daha farklı olabileceğini belirtmiştir. Görüşmelerde, bazı çocukların hastaneye yalnızca akademik başarısızlık temelinde, sistematik bir gözlem yapılmadan yönlendirildiği; bazı durumlarda ise belirtiler fark edilemediği için hiç yönlendirme yapılmadığı ifade edilmiştir. Uluslararası literatür de öğretmen bilgisinin tanılama sürecinde kritik rol oynadığını göstermektedir. Örneğin, Avustralya'da yapılan bir çalışmada, öğretmenlerin ÖÖG belirtilerini tanıma ve doğru yönlendirme konusundaki yetersizliklerinin, tanı sürecini geciktirdiği ve özellikle dikkat eksikliği ile ÖÖG'yi karıştırabildikleri ortaya konmuştur (Cortiella and Horowitz, 2014). İngiltere'de yürütülen bir başka çalışmada ise, öğretmenlerin yalnızca akademik performansa odaklanarak öğrencilerin davranışsal ve bilişsel profillerini yeterince analiz edemedikleri ve bu nedenle bazı çocukların ÖÖG tanısı almadan eğitim yaşamına devam ettiği tespit edilmiştir (Macdonald, 2009). ABD merkezli bir araştırmada ise, öğretmenlerin yaklaşık %60'ının disleksi ve diğer öğrenme bozuklukları hakkında temel kavramları bilmediği, %40'ının ise bu çocuklara yönelik etkili sınıf içi stratejilerden haberdar olmadığı belirlenmiştir (Washburn et al., 2011). Bu veriler ışığında, ÖÖG tanılama sürecinde öğretmenlerin yalnızca yönlendirme aracı değil, aynı zamanda erken farkındalık ve ön değerlendirme süreçlerinde belirleyici oldukları açıktır. Ancak bilgi eksikliği, fark edilmeyen veya yanlış tanımlanan vakaların artmasına neden olmaktadır. Bu durum, hem bireyin zamanında ve uygun müdahale alamamasına hem de yanlış etiketlemeyle karşı karşıya kalmasına yol açabilir. Bu nedenle, öğretmenlerin lisans öncesi ve hizmet içi eğitimlerinde ÖÖG ve benzeri özel öğrenme güçlüklerine ilişkin kapsamlı, uygulamalı ve güncel bilgilerle donatılması gerekmektedir.

Fark edilme sürecinde ulaşılan bulgulara bakıldığında çocuk ve ergen psikiyatristleri şu amaçla önerilerde bulunmuştur:

- Öğretmenler ÖÖG'yle ilgili tedbirleri daha önceden alıp erken müdahalenin sağlanması açısından okul öncesi dönemde de erken tanılama yapılması,
- Fark edilme ve tanılama sürecinin daha hızlı olması açısından okullarda tarama yapılması,
- Çocuk ve ergen psikiyatristine randevu bulma sürecinde zorluk yaşayan ebeveynlerin daha kolay çocuk ve ergen psikiyatrisi hekimine ulaşım sağlayıp fark edilme ve tanı alma sürecini hızlandırmak amacıyla hekim sayısının artırılması veya çocuk ergen psikiyatristi bölümünde alt üniteler kurulması,
- Ailelerin sürecini takip edecek, onlar yardımcı olabilecek bir danışman olması,
- Ailelerin ve öğretmenlerin bilgisizliğinden kaynaklı fark edilme sürecinin uzamasının önüne geçilmesi ve yanlış tanıyla hastaneye yönlendirilme sürecinin düzeltilmesi amacıyla aile ve öğretmenlere eğitimler düzenlenmesi önerilerinde bulunmuşlardır.

3.2. Değerlendirme Süreci

Değerlendirme süreci, ÖÖG riski olan bireylerin tanılanmasında çocuk ve ergen psikiyatristlerinin görüşleri doğrultusunda, değerlendirme aşamaları, değerlendirme araçları, fiziki şartlar, tanılama zaman aralığı, rapor süresi, değerlendirme süreci öneriler olmak üzere 6 alt temadan oluşturulmuştur. Tablo 3.8.'de alt tema ve kategoriler gösterilmiştir:



Tablo 3.8. Değerlendirme Süreci Alt Tema Ve Kategoriler

Alt Tema	Kategori
Değerlendirme Aşamaları	Anamnez (Hastanın Öyküsü)
	Eşlik Eden ve Ayırt Edici Tanı
	Bilgi Toplama Süreci
	Zekâ Testi
Değerlendirme Araçları	Formal Değerlendirme
	İnformel Değerlendirme
Fiziki Şartlar	Fiziki Şartlara İlişkin Olumlu Görüşler
	Fiziki Şartlara İlişkin Olumsuz Görüşler
Tanılama Zaman Aralığı	Tanılama Süresi
	Değerlendirme Muayene Süresi
	Değerlendirilen Birey Sayısı

Tablo 3.8. Değerlendirme Süreci Alt Tema Ve Kategoriler Devamı

Alt Tema	Kategori
Rapor Süresi	Kaynaştırma ve Rapor Kaldırma
	Yaş
	Eşlik Eden Tanı
	İzleme
	Aile
	İmkâna Ulaşma
	Bireyin Performansı
Değerlendirme Süreci Öneriler	Değerlendirme Araçları
	Değerlendirme Süresi
	Heyete Başvurma Süreci
	RAM
	Fiziksel Koşullar
	Öğretmen
	Değerlendirmede Özel Eğitim Desteği

3.2.1. Değerlendirme Aşamaları

ÖÖG riski olan bireyler hastaneye başvurduğunda yapılan değerlendirme süreci anamnez (hastanın öyküsü), eşlik eden ve ayırt edici tanılara dikkat edilmesi, bilgi toplama süreci ve zekâ testi olmak üzere toplam 4 kategoriye ayrılmıştır. Çocuk ve ergen psikiyatristleri bu kategoriler gerçekleştirildikten sonra tanı koyma işlemi yapıldığını belirtmişlerdir.

3.2.1.1. Anamnez (Hastanın Öyküsü). ÖÖG riski olan bireylerin değerlendirilmesinde, çocuk ve ergen psikiyatristlerinden %80'i birey hastaneye ilk geldiğinde öncelikle detaylı bir anamnez alındığı görüşünü bildirmişlerdir. Tablo 3.9'da görüş belirten katılımcılar gösterilmiştir.



Tablo 3.9. Anamnez Kategorisi

Alt Tema	Kategori	Katılımcılar	f
Değerlendirme Süreci	Anamnez	K2, K3, K4, K5, K6, K8, K10, K11, K12, K13, K14, K15	12
Toplam:			12

Katılımcılar görüşünü şu şekilde ifade etmiştir:

K5, “Zaten her gelen çocuğa ilk önce detaylı bir değerlendirme, anamnez alıyoruz. Yani çocuğun öyküsünü öncelikle alıyoruz.”

K10, “Şöyle, polikliniğimize gelen çocuklarda öncelikle çocukların biz anamnezini alıyoruz. Her gelen çocuğumuz gibi diğer gelişim basamaklarını hangi dönemde yapmış, zamanında yapmış mı? Çocuğun genel bir gelişim geriliği mi var yoksa sadece akademik becerilerle ilgili mi bir zorluğu var? Bunu ayırt etmek için detaylı bir anamnezini alıyoruz.”

K14, “Çocuğun geçmiş öyküsü, doğum öyküsü, doğum sonrasında bir sıkıntı sorun yaşanıp yaşanmaması, yoğun bakım, küvez gibi. Sonra gelişim basamakları, yürümesi, konuşması gibi. Tuvalet eğitimi gibi gelişim basamaklarını sorguluyoruz. Sonraki süreçte de genellikle okul seviyesi, yani 1. sınıf ve 2. sınıf öğrencileri geldiği için okulla ilgili yaşadığı zorlukları aileden dinlemiş oluyorum.”

K15, “ÖÖG riskiyle gelen bir birey varsa yani bu açıdan şikâyet olarak okumada, yazmada gecikme yaşadıysa bir çocuk okumayı öğrenme, yazı yazmayla ilgili güçlükleri öğrenme alanında akranlarından geride kalma riskiyle geldiyse öncelikli olarak bir ayrıntılı anamnez oluyoruz yani öykü. İşte çocuğun hem gelişimsel öyküsünü, işte kaç yaşında yürüdü, kaç yaşında konuştu, işte ondan sonra kendi ifade etme becerisi, sorun ne, ne zaman başladı, ne zaman fark edildi. Okul hayatı ve akademik hayatıyla ilgili mutlaka detaylı bir bilgi alıyoruz. İşte okuma yazmayı ne zaman öğrendi. Öğrenme alanında anaokuluna gittiyse anaokulu sürecinde de öğrenmede bir güçlük yaşadı mı? Renkleri, sayıları, şekilleri öğrenirken bir sorun yaşadı mı? Öğretmeni herhangi bir şey söyledi mi? İlkokul 1'deki durumu nasıldı? Okuma, yazma, öğrenme sürecinde? Yazı yazarken bir güçlük, okuma yaparken, okumayı öğrenirken güçlük yaşadı mı, okumayı ne zaman söktüğü çok önemli bizim için. Birinci sınıfın birinci döneminde söken bir çocukta öğrenme güçlüğü riski biraz daha düşük oluyor ama diğerinde farklı ve geçmiş

öyküsüne mutlaka dil konuşma alanında bir gerilik yaşanıp yaşanmadığı bizim için önemli bilgiler anamnezi açısından.”

3.2.1.2. Eşlik Eden Ve Ayırt Edici Tanı. ÖÖG riskiyle gelen bireylerde çocuk ve ergen psikiyatristlerinin %100’ü bireyin ÖÖG’nin yanında eşlik eden bir tanısı var olup olmadığı ya da birey başka bir tanıya mı sahip olup olmadığıyla ilgili klinik muayene ve zekâ testleri yapıldığını belirtmişlerdir. Katılımcılar görüşlerini şu şekilde ifade etmiştir:

K1, *“Bu şikâyetlerle başvuran çocuklarda biz genelde ayırıcı tanıları yapıyoruz. İşte dikkatle ilgili sorunlar var mı, DEHB var mı, zekâ geriliği var mı, ÖÖG var mı gibi. Bununla ilgili psikiyatrik muayenemizi tamamlıyoruz öncesinde.”*

K5, *“Bunlar nörogelişimsel bozukluklar kategorisine giriyor ve hepsinin birbiriyle çok sık eş tanı görülme ihtimali çok fazla. O nedenle bizim yaptığımız önce çocuğun hangi sorun alanları neler onu tespit etmek. Yani bir çocuğun ÖÖG varsa, DEHB var mı onu da tespit etmeniz gerekiyor. Eşlik eden sorunlar dediğimiz anksiyete bozuklukları, depresyon bunlar var mı onları da tespit etmemiz gerekiyor. Yani kapsamlı bir değerlendirme yapıp çocuğun psikiyatrik bozukluk seviyesindeki sıkıntıları ve o seviyeye ulaşmamış ama eşikaltı problemleri nelerse onları tespit edip ölçeklerimiz olsun, değerlendirme testleri olsun. Örneğin zekâ değerlendirmesi olsun. Bunları detaylı bir şekilde değerlendiriyoruz.”*

K9, *“ÖÖG’den şüphelensek bile ÖÖG’ye eşlik eden birçok komorbid durum olabiliyor. Dikkat eksikliği ya da DEHB, onun dışında başka bir sürü problem olabiliyor. Önce bir psikiyatrik değerlendirme yapmak gerekiyor.”*

K11, *“Çocuğun mental kapasitesi ne durumda? Çünkü mental retardasyonla sıklıkla karışır ve bazen sınır mental düzeyde olan bireyleri ayırt edemeyebilir aileler ya da öğretmenler ÖÖG’den. Yani burada iyi bir mental değerlendirme, çocuğun algılama ve öğrenme süreçlerini etkileyebilecek zihinsel bir yetersizliğin olup olmadığına bakmak gerekir. Bunu yapıyoruz.”*

K12, *“Ek tanıları varsa genelde dikkat eksikliği olabiliyor. Ya da bu yüzden öğrenme güçlüğü mü, dikkat eksikliği mi sadece acaba diye çoğunda uyaran azlığı ve ailenin eğitim seviyesi de düşük olduğu için zaten başka hiçbir desteği olmuyor. Çocuk sadece okulla baş başa. Onlarda da tedavilerine başlıyoruz. Sonra tekrar değerlendiriyoruz. Acaba öğrenme güçlüğü, öğrenme konusundaki zorluğu dikkat eksikliği tedavisine rağmen devam ediyor mu diye.”*

3.2.1.3. Bilgi Toplama Süreci. ÖÖG riski olan bireylerin tanılanmasında çocuk ve ergen psikiyatristlerinin %66.67'si bireyin okul ve çevresinden bilgi toplamak adına formlar yollandığı ve bu formları dikkate aldıklarını belirtmişlerdir. Görüş belirten katılımcılar tablo 3.10'da belirtilmiştir.



Tablo 3.10. Bilgi Toplama Süreci Kategorisi

Alt Tema	Kategori	Katılımcılar	f
Değerlendirme Süreci	Bilgi Toplama Süreci	K1, K2, K4, K6, K7, K8, K9, K10, K12, K13, K15	10
Toplam:			10

Çocuk ve ergen psikiyatristleri görüşlerini şu şekilde ifade etmiştir:

K1, “Psikiyatrik muayeneyi tamamladıktan sonra bilgi topluyoruz. Bu bilgi toplama araçlarımızdan en önemlisi okuldan aldığımız bilgiler. Öğretmenlere öğretmen bilgi formu gönderiyoruz. Aileden karnesini isteyebiliyoruz, çocuğun defterlerini istiyoruz. Evdeki ders çalışma ortamını görebilmek için bazen video kayıtları istiyoruz çocuk ders çalışırken ya da işte o ortam nasıl. Onları istiyoruz ve aileler getiriyorlar.”

K2, “Görüşmeye gelirken bir de öğretmen formlarımız var. Öğretmen formuyla geliyor çocuk. İkinci görüşmede hem formları değerlendiriyoruz.”

K6, “Öğretmen formlarımız çok değerli oluyor tabii ki. Onların gözlemleri, sınıf içerisindeki diğer becerilerle karşılaştırıldığında akademik becerilerin nasıl olduğu ya da diğer becerileri konusunda bunların birleşimiyle genellikle tanı koyuyoruz.”

K7, “Bu noktada çocuğun detaylı bir psikiyatrik muayenesini ek olarak mental muayenesini yapmak, dikkat fonksiyonlarını değerlendirmek sadece bizim orada kesitsel gözlemlediğimiz performans değil aslında. Okul defterlerinden, öğretmen bilgi formlarına, bazen telefon görüşmelerine ama tabii ki çok kısıtlı olabiliyor bu imkânlar. Hatta birden fazla öğretmenin bilgisini almak gibi çeşitli veri toplama araçlarını kullanıyoruz.”

K8, “Eğer ön tanımız arasında bir öğrenme güçlüğü varsa da biz öncelikle öğretmenlerden bilgi almak için form gönderiyoruz. Sonrasında tekrar randevu alıp gelmelerini istiyoruz. Randevu alıp geliyorlar. O zaman formları inceliyoruz ve bu sefer daha detaylı bir kapsamlı bir muayene.”

K9, “Tabii ki mutlaka biz okullarıyla görüşmek istiyoruz. O yüzden okula, öğretmenlerine mutlaka form göndermek istiyoruz. Çocuğun değerlendirmesi, bizim psikiyatrik muayenemiz, okuldan alınan diğer bilgiler, öğretmenlerden vesaire hepsiyle birlikte değerlendirip bir kanaat elde etmeye çalışıyoruz.”

K10, “Bir ön tanı kafamızda oluşabiliyor ama çocuğun öğretmeninden de veri alabilmek adına, öğretmen formlarıyla, yani öğretmenden veri almak için tekrar ikinci bir görüşmeye çağırıyoruz. Öğretmenin ne söylediğine bakıyoruz. Bazen işte çocuğun defterlerini istiyoruz. Muayenede yeterince kafamıza oturmadıysa ya da okulda nasıl acaba diye gibi defterlerini istiyoruz.”

K13, “Aynı zamanda da daha ayrıntılı bir öğretmen formu verip öğretmeninden de mutlaka yazılı olarak bir görüş alıyoruz. Bu sadece aileden aldığımız anlamda değil. Ya da kendi muayene formumuz değil. Yazılı olarak da bir şey alıyoruz. Görüş alıyoruz.”

K15, “Her hastamızdan mutlaka bir öğretmen bilgi formu alıyoruz. Çocuğun eğer ilkokulsa kendi sınıf öğretmeni ve rehber öğretmeni tanıyorsa rehber öğretmenine bir form gönderiyoruz. Öğretmen bilgi formu diye geçiyor. Hazır formlarımız var bizim. Bir de DEHB sorgulayan bir formumuz var. Turgay dediğimiz bir form. DSM-IV’e dayalı. Onu gönderiyoruz. Eskiden, şu an çok bu kadar yapmıyorum ama bir de öğrenme güçlüğü belirti tarama listesi dediğimiz bir şey var. Dört sayfalık yine. Formlar, ölçek onu da gönderiyoruz. En azından belirti ve bulguları. Ailenin doldurmasını istiyoruz. Bir de öğretmenin doldurmasını istiyoruz. O formları kullanıyoruz.”

3.2.1.4 Zekâ Testi. Çocuk ve ergen psikiyatristlerinin %100’ü ÖÖG riski ile gelen bireylerin eşlik eden ve ayırt edici tanılarının yapılması için mutlaka zekâ testi yapıldığı ve bundan sonra tanı koyma işlemin yapıldığı görüşünü bildirmişlerdir. Çocuk ve ergen psikiyatristleri genellikle zekâ testi olarak WISC-R yapıldığını bildirmişlerdir. Sadece H1 hastanesinde WISC-R zekâ testinin yanında öğrenme güçlüğü bataryası uygulandığı ifade edilmiştir. H7 hastanesindeyse D2 dikkat testi yapıldığı bildirilmiştir. Çocuk ve ergen psikiyatristleri görüşlerini şu şekilde ifade etmiştir:

K1, “Bazı psikometrik testler kullanıyoruz. İşte zekâ testini yapıyoruz ayırıcı tanıyı yine sağlamak için. Zekâ testi yaptıktan sonra özgül öğrenme bataryası yapıyoruz. Bunların hepsini toparlayıp bir değerlendirme yapıyoruz.”

K6, “Sonrasında bir takım testler istiyoruz. Zekâ testleri. Bizim hastanemizde şu an WISC-R yapılıyor genellikle. Onu istiyoruz.”

K8, “Ön tezimiz daha çok ÖÖG lehineyse kapsamlı bir değerlendirmesi yapılıyor çocuğun. Okuma yazma alanında, matematik alanındaki becerilerine

bakıyoruz ve diğer belirtileri sorguluyoruz. Burada da yine belirtiler saptandıysa bu sefer bir psikometrik test istiyoruz.”

K10, “Genelde biz bu hastanede WISC-R kullanıyoruz, öğrenme güçlüğüne hem dışlamak aslında başka şeylerden, çocuğun bir zekâ testini yapmak için. Hem de bizi destekleyici bir test aracı olarak kullanmak için öğrenme güçlüğü bataryası kullanabiliyoruz. Ben de bir süredir burada yoktum. Eskiden kullanıyorduk arada kaldığımız vakalarda. Hala yapılıyor mu bilmiyorum ama yapılıyor olması gerekiyor. Öğrenme güçlüğü bataryası eskiden yapardık. Eğitimini almış bir personelimiz vardı. Böyle arada kaldıysak, emin olamadıysak batarya uygulardı.”

K11, “İşte hastane içerisinde WISC-R yapılıyor. Onun dışında WISC-IV gibi farklı testler uyguluyoruz. Çocuğun ulaşabildiği, yapabildiği, elimizdeki imkânlarla uygulayabildiğimiz şeylere bakıyoruz. Bazen test yapılmış hale geliyor. İşte o zaman RAM’larda bazen test yapılıyor. Son zamanlarda daha az RAM’da test yapılıp gelenler de eskiden RAM test sonucuyla gönderirdi. Şu an çok o kadar gelmiyor onlar. Çoğunlukla biz buradan testlerini istiyoruz ve testler burada yapılmış oluyor.”

K12, “Onun dışında zaten bizim hastanemizde sadece WISC-R uygulanıyor. Uygun test olarak. WISC-R, WISC-IV istiyoruz.”

K13, “Onun sonrasında özellikle yani hayatın diğer alanlarında bir sorun yaşamayan sadece akademik alanda sorun yaşayan çocuklarda özellikle akademik olarak hangi alanda okuma, yazma, matematik vesaire hangi alanda sorun yaşadıklarını onları değerlendirip genelde bir zekâ testi de mutlaka istiyorum yani o psikometrik testi de istiyorum. Öğrenme güçlüğü bataryası var aslında ama bizim psikologlarımız uygulamayı da çok bilmiyorlar. O açıdan öğrenme güçlüğü muayenesini aslında ben kendim yapmış oluyorum. Daha çok mesela WISC-R ayrı bir zekâ testiyle orada sözel performans puanları, arasındaki farka falan bakarak değerlendiriyorum.”

K14, “Sonrasında ÖÖG düşündüğüm hastaları kesinlikle WISC-R zekâ testi istiyorum. Zekâ testinde sözel ve performans puanları arasında bir fark çıkıyor genel olarak özel öğrenme güçlüğünde. Bazı hastalara yeni testler var. Bender-Gestalt diye bir görsel testler olabiliyor veya dikkat testleri olabiliyor. Onları da ayrıca istemiş oluyorum. Bunları isteyip bunlar sonrasında ikinci değerlendirmede de bu şeyleri değerlendirip, sonraki süreçte tanı koymuş oluyoruz. Şöyle, tabii hastanede

zaman kısıtlı olduğu için olabildiğince hızlı bir değerlendirme olmuş oluyor. Bazı bataryalar vesaire onları yapamıyoruz burada.”

K15, “Bunun yanında mutlaka bu çocuklara bir zekâ testi yapılması gerekiyor. Öğrenme güçlüğü açısından çünkü zekâsının normal olması gerekiyor çocuğun. WISC-R testi istiyoruz. Burada bir de D2 dikkat testi. Hastadan hastaya değişmekle birlikte dikkat testini istiyoruz.”

3.2.2. Değerlendirme Araçları

ÖÖG riski olan bireylerin değerlendirme sürecinde çocuk ve ergen psikiyatristleri formal ve informal olmak üzere toplam 13 değerlendirme aracını kullandıklarını belirtmişlerdir. Tablo 3.11.’de değerlendirme araçları hakkında bilgi verilmiştir.

Tablo 3.11. Değerlendirme Araçları Kategorisi

Alt Tema	Kategori	Katılımcılar	f
Değerlendirme Araçları	Formal Değerlendirme	K1, K2, K3, K4, K5, K6, K7, K8, K9, K10, K11, K12, K13, K14, K15	15
	İnformel Değerlendirme	K1, K2, K3, K5, K6, K7, K8, K9, K10, K11, K12, K13, K14, K15	14
Toplam:			29

Tabloya bakıldığında değerlendirme sürecinde 15 çocuk ve ergen psikiyatristinin formal değerlendirme araçlarını, 14 çocuk ve ergen psikiyatrinin ise informal değerlendirme araçlarını kullandığı görülmektedir.

3.2.2.1. Formal Değerlendirme. Çocuk ve ergen psikiyatristlerinin %100'ü yapılandırılmış, standart, geçerlik güvenirlik çalışmaları yapılmış formal değerlendirme araçlarını kullandıklarını belirtmişlerdir. Tablo 3.12.'de çocuk ve ergen psikiyatristlerinin kullandıkları değerlendirme araçları hakkında bilgi verilmiştir.

Tablo 3.12. Formal Değerlendirme Araçları Kategorisi

Alt Tema	Kategori	Kod	Katılımcılar	f
Değerlendirme Araçları	Formal Değerlendirme	ÖÖG Belirti Tarama Formu	K1, K5, K6, K7, K11, K15	6
		Turgay DEHB Ölçeği	K7, K15	2
		WISC-R ve WISC-IV	K1, K2, K3, K4, K5, K6, K7, K8, K9, K10, K11, K12, K13, K14, K15	15
		Porteus Labirent Testi	K1, K7	2
		ÖÖG Bataryası	K1, K2, K3, K4, K9, K12, K15	7
		Bender-Gestalt	K2, K14	2
		Kent EGY	K7	1
		D2 Dikkat Testi	K2, K15	2
Toplam:				37

Tablo 3.12’ye bakıldığında en çok 15 katılımcıyla WISC-R ve WISC-IV testlerinin değerlendirme aracı olarak kullanıldığı; en az 1 katılımcıyla KENT EGY uygulandığı görülmektedir.

3.2.2.1.A. ÖÖG Belirti Tarama Formu. Çocuk ve ergen psikiyatristlerinin %40’ı ÖÖG riski olan bireylerin değerlendirilmesinde sağlık bakanlığının ÖÖG belirti tarama formu’nu kullandıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların görüşlerinden bazıları şu şekildedir:

K7, “Aslında biz ÖÖG olan çocuklarda ÖÖG belirti tarama formu gibi spesifik olarak bununla ilgili formları da veriyoruz.”

K15, “Bir de öğrenme güçlüğü belirti tarama listesini kullanıyoruz.”

3.2.2.1.B. Turgay DEHB Ölçeği. Çocuk ve ergen psikiyatristlerinin %13.33’ü ÖÖG riski olan bireylerin değerlendirilmesinde eşlik eden ve ayırt edici tanının yapılabilmesi için Turgay DEHB ölçeğinin kullanıldığını belirtmişlerdir. Katılımcıların görüşleri şu şekildedir:

K7, “Turgay DEHB ve yıkıcı davranışlar taramı envanteri, şuyu buyu...”

K15, “Ölçek olarak Turgay DSM-IV’e dayalı davranış değerlendirme var.”

3.2.2.1.C WISC-R Ve WISC-IV. Çocuk ve ergen psikiyatristlerinin %100’ü ÖÖG riski olan bireylerin ayırt edici tanısının yapılabilmesi için WISC-R ve WISC-IV zekâ testlerinin yapıldığını belirtmişlerdir. Katılımcıların görüşleri şu şekildedir:

K5, “Aynı zamanda zekâ değerlendirmesi, WISC-R yapıp, orada belki performans puanıyla sözel puan arasında belirgin farklar varsa veya alt testleriyle ilgili bize düşündürülen durumlar varsa bir şüphe içerisine girersek o zaman yine buna yönelik, tanıya yönelik bir düşünce sahibi olabiliyoruz.”

K8, “Şu an biz tek formal ölçme aracımız WISC-R. Oradaki sözel ve performans puanların arasındaki belirgin fark ÖÖG’yi düşündürüyor ve daha detaylı klinik değerlendirmemizi, muayenemizi yapıyoruz. Aslında temel olarak zekâ geriliği olmadığını orada saptamak, onu dışlamak, o iki puan arasındaki farka dikkat etmek ve bizim kendi klinik tanımımız aslında.”

K13, “WISC-R yapıyoruz. Yani elimizdeki şartlar o yönde. WISC-R yapıyoruz. Orada daha çok hani zaten total puan bizim için önemli oluyor. Yani zihinsel o düzey zekâ düzeyinin normal veya en azından sınır mental kapasitesi olması gerektiği için yani o açıdan o test istememiz gerekiyor.”

3.2.2.1.D Porteus Labirent Testi. Çocuk ve ergen psikiyatristlerinin %13.33’ü ÖÖG riski olan bireylerin değerlendirilmesinde porteus labirent testi kullandığını belirtmiştir. K1’in görüşü şu şekildedir:

“Bizim kliniğimizde zekâ testlerinden WISC-R, WISC-IV, Porteus bu üçünden birini kullanıyoruz. Çocuğun yaşına, uyum kapasitesine göre testi tercih ediyoruz.”

3.2.2.1.E ÖÖG Bataryası. Çocuk ve ergen psikiyatristlerinin %46.67'si ÖÖG riski olan bireylerin değerlendirilmesinde ÖÖG bataryasının kullanıldığını belirtmişlerdir. Katılımcıların görüşleri şu şekildedir:

K2, *“Hani farklı yerlerde örneğin kullandığımız daha doğrusu öğrenme güçlüğü bataryası şu anda bence yeterli geliyor. Çünkü bu böyle spesifik tanı konulacak bir tanım değil. Çünkü ÖÖG'nin tanı kriterlerinde yeterli eğitim süresi alma, sosyoekonomik durum düzey vesaire, kırsal ve şehir alanlarına göre değiştiği için farklılık gösterebiliyor. Biraz daha okuma yazmayı bilmeyen bir annenin okuma yazmayı öğrenememesi çocuğun aslında zekâdan da olmayabilir, çevreden de kaynaklı olabilir. Şu anda kullandığımız testler bunlar ama bunlar geliştirilebilir.”*

K3, *“Bir de direk ÖÖG'yle ilgili ona yönelik bir öğrenme güçlüğü bataryası var.”*

Katılımcılardan bazıları ÖÖG bataryasının hastanelerinde olmadığı veya bu bataryayla ilgili eğitim alan psikolog yoksunluğu nedeniyle uygulanamadığını belirtmişlerdir. Katılımcıların görüşleri şu şekildedir:

K5, *“Bizim hastanemizde ÖÖG bataryası yok. Yani ÖÖG'yi değerlendiren. Geçerli gösterilmiş olan, kabul edilmiş testlerin hiçbirisi yapılmıyor.”*

K6, *“Önceki yıllarda ÖÖG değerlendirme bataryası da yapıyordu bizim psikolog arkadaşlarımız. Artık o batarya uygulanmıyor. Sebebini tam bilmiyorum açıkçası. Hani yoğunluk mu neden? Çok o konuda hâkim değilim.”*

K14, *“Aslında şöyle ÖÖG bataryası var benim bildiğim. Önceki bulunduğum kurumda bunu yapan bir psikolog vardı ama o psikoloğun tabii yoğunluğu çok fazla olduğu için rutin olarak bunu yapamıyorduk. Burada çalıştığım ortamda da ben bunu sordum da böyle bir eğitimleri olmadığını söyledi psikologların. Ya da çocuk gelişimciler böyle bir eğitimleri olmadığını söylediler. O yüzden kullanamıyorum.”*

“Ben sadece dediğim gibi bataryası olduğunu biliyorum. Ona da geçmişte bir göz gezdirmiştim ama klinik şartlarında benim yapabileceğim bir şey olmadığı için psikologlar da genellikle bunu yapabilecek. Bilenlerde zamanları olmuyor, zamanı olanlarda da bu eğitim verilmemiş oluyor. Onlarla da görüştüğümde böyle bir eğitim almaları konusunda... Yani bunların ücretli, maliyetli olduğunu söylediler. Hani hastanenin karşılamasını istiyorlar ama tabii hastanede böyle bir şey bütçe ayırmıyor. Bireysel olarak da kendileri herhalde bu eğitimi almıyorlar.”

3.2.2.1.F. Bender-Gestalt. Çocuk ve ergen psikiyatristlerinin %13.33'ü ÖÖG riski olan bireylerin değerlendirilmesinde Bender-Gestalt testini kullandıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların görüşleri şu şekildedir:

K2, *“Informalları bazen çok sık kullanmıyorum ama Gestalt kullanabiliyorsun. O şekilleri falan, onları birleştirmeleri falan. Diyelim ki çocuk okuma yazmayı d' de de kötü oldu, okuması yok falan gibi. Biraz o da yön verebiliyor koordinasyona baktığı için.”*

K14, *“Dediğim gibi kullandığım şey Bender Gestalt ve WISC-R ikilisini genellikle kullanmış oluyorum.”*

3.2.2.1.G. Kent EGY. Çocuk ve ergen psikiyatristlerinden K7 (%6.67) bireye tanı verilirken değerlendirilmesinde çocuğun Kent EGY zekâ testi yaptığını belirtmiştir. K7'nin görüşü şu şekildedir:

“Örneğin az önce bahsettiğim tek hekim olarak çalıştığımda işte heyet günleri vardı. O gün aynı gün içerisinde bir WISC-R yapabilen psikoloğumuz ya da bir testörümüz yok. WISC-R uzun sürüyor. 20 hasta bakmam gerekiyor heyete göndermek için bir öğleden önce süresinde. Mecburen Kent, Porteus gibi testler uygulanıyor. Çocuğu değerlendirme süreci çok optimal olmayabiliyor.”

3.2.2.1.H. D2 Dikkat Testi. Çocuk ve ergen psikiyatristlerinin %13.33'ü ÖÖG riski olan bireylerin eşlik eden ve ayırt edici tanılarının yapılabilmesi için D2 dikkat testinin yapıldığını belirtmişlerdir. Katılımcıların görüşleri şu şekildedir:

K2, *“Onun dışında D2 dikkat testinde de bize şey yapıyor ama tabii ki öğrenmek için spesifik olarak değil. O eşlik eden dikkat eksikliğine yönelik biraz daha şey yapıyor.”*

K15, *“Burada bir de D2 dikkat testi. Hastadan hastaya değişmekle birlikte dikkat testini istiyoruz.”*

3.2.2.2. İnfomal Değerlendirme. Çocuk ve ergen psikiyatristlerinin %93.33'ü esnek yapıda, standart olmayan infomal değerlendirme araçlarını kullandıklarını belirtmişlerdir. Aşağıdaki 3.13. tablo'da kullandıkları değerlendirme araçları hakkında bilgi verilmiştir.

Tablo 3.13. İnfomal Değerlendirme Araçları Kategorisi

Alt Tema	Kategori	Kod	Katılımcılar	f
Değerlendirme Araçları	İnformel Değerlendirme	Video Kayıtları	K1	1
		Okul Karnesi	K1	1
		Okuma-Yazma Ve Matematik Çalışması	K2, K3, K5, K7, K8, K9, K10, K11, K12, K13, K14, K15	12
		Öğretmen Ve Aile Bilgi Formu	K1, K2, K3, K5, K6, K7, K8, K9, K10, K11, K12, K14, K15	13
		Defter İncelemesi	K1, K2, K5, K6, K7, K10, K15	7
Toplam:				34

Tablo 3.13'e bakıldığında çocuk ve ergen psikiyatristleri en çok 13 katılımcıyla öğretmen ve aile bilgi formu'nu infomal değerlendirme aracı olarak kullandığı; en az 1 katılımcıyla video kayıtları ve okul karnesi infomal değerlendirme aracı olarak kullanıldığı görülmektedir.

3.2.2.2.A Video Kayıtları. Çocuk ve ergen psikiyatristlerinden K1 (%6.67) bireye tanı verilirken değerlendirmesinde çocuğun video kayıtlarını da dikkate aldığını belirtmiştir. K1'in görüşü şu şekildedir:

“Evdeki ders çalışma ortamını görebilmek için bazen video kayıtları istiyoruz çocuk ders çalışırken ya da işte o ortam nasıl. Onları istiyoruz ve aileler getiriyorlar.”

3.2.2.2.B. Okul Karnesi. Çocuk ve ergen psikiyatristlerinden K1 (%6.67) bireye tanı verilirken değerlendirmesinde bireyin okul karnesini dikkate aldığını belirtmiştir. K1'in görüşü şu şekildedir:

“Öğretmenlere öğretmen bilgi formu gönderiyoruz. Aileden karnesini isteyebiliyoruz, çocuğun defterlerini istiyoruz.”

3.2.2.2.C. Öğretmen Ve Aile Bilgi Formu. Çocuk ve ergen psikiyatristlerinin %86.67'si ÖÖG riski olan bireylerin değerlendirilmesinde öğretmen ve aileden bilgi alınarak, bireyin değerlendirilmesinde kullanıldığı görüşünü belirtmişlerdir. Katılımcıların görüşleri şu şekildedir:

K5, “Öğrenme güçlüğü değerlendirme formu diye. Onu okuldaki öğretmene, ebeveyne veriyoruz. En az iki farklı gözlemci olmasını istiyoruz çünkü. Bu ölçekleri verdikten sonra biz kendimiz aslında onun muayenesini yapıyoruz.”

K6, “Öğretmen formları, öğrenme güçlüğü tarama testi gibi bir ölçeğimiz var. Ailelerin ve öğretmenlerin doldurduğu, yapabildiği ve yapamadığı böyle bir tarama testi. Onu kullanıyoruz özellikle. Hani kısa bir gözden geçirme oluyor. Yapabildikleri ve yapamadıklarını bu şekilde herhalde.”

K9, “Onun dışında ölçme aracı değil ama öğretmen formları vs. çocuğun akademik durumu veya diğer genel durumu hakkında bilgi almak için kullandığımız diğer şeyler, araçlar.”

K12, “Çevreden bilgi almak adına formlarını veriyoruz. Okuldan bilgi alıyoruz. Gerekirse RAM'a başvurmasını öneriyoruz.”

3.2.2.2.D. Okuma, Yazma Ve Matematik Çalışması. Çocuk ve ergen psikiyatristlerinin %80'i ÖÖG riski olan bireylerin değerlendirilmesinde okuma, yazma ve matematik çalışmaları yaptıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların görüşleri şu şekildedir:

K5, “Bizim yapabildiğimiz şey şöyle oluyor, kendimiz okumasını değerlendirme, yazmasını, dikte vesaire kendimiz aslında o muayeneyi yapıyoruz. İnfomal bir şekilde. Kesinlikle onu yapıyoruz.”

K7, “Yapılandırılmamış bir şekilde çocuğun okuma becerileri, yazma becerileri ve matematik becerilerine dair bir ön değerlendirmede bulunuyoruz.”

K10, “İşte okuma, yazma, matematik gibi çocuğun ya da işte sıraya koyma becerisi, sıralama, işte organize edebilme, okuma, okutma gibi hani muayenede buna spesifik bazı uyguladığımız muayene yöntemlerimiz oluyor. Sonrasında bir ön tanı kafamızda oluşabiliyor.”

K12, “Randevu alıyorlar doğrudan rapor için. Her ikisinde de çocuğun genel bilgisi, yaşına göre kavram bilgisi olsun, okul öncesi dönemse renkler, sayılar,

bunlara aşinalığı yoksa büyükse okuma, yazma, matematik becerilerini değerlendiriyoruz kabaca.”

K14, *“Sonrasında çocuğun yaşına uygun, seviyesine uygun bir şekilde bir değerlendirme yapıyorum. Çeşitli okuma-yazma dikte yaptırıyorum. Matematik işlemleri sorabiliyorum. Onun dışında zekâsıyla alakalı, muhakemesiyle alakalı çeşitli sorular, soyutlama becerileri, adaptif becerileri... Bunlarla alakalı bir genel muayene yapmış oluyorum.”*

3.2.2.2.E. Defter İncelemesi. Çocuk ve ergen psikiyatristlerinin %46.67’si ÖÖG riski olan bireylerin değerlendirilmesinde okulunda yaptığı çalışmalarla ilgili defterlerini istediği ve bunlara baktığı görüşünü belirtmişlerdir. Katılımcıların görüşleri şu şekildedir:

K1, *“Bu açıdan tamamen test sonuçlarına göre hareket etmiyoruz. Bizim kendi klinik kanaatimiz de oldukça önemli. Çünkü test sırasında kaygı yapmış olabilir, anlamamış olabilir, testöre bunu soramamış olabilir. O yüzden kendi klinik görüşmemizde de yine çocuğun akademik başarısına yönelik değerlendirmeleri tamamlıyoruz. O yüzden kendi klinik görüşmemizde de yine çocuğun akademik başarısına yönelik değerlendirmeleri tamamlıyoruz ve dediğim gibi işte biz defterlerini de değerlendiriyoruz, defterdeki yazımlarına özellikle bakıyoruz. O bizim için özellikle yazma becerisini değerlendirme anlamında önemli oluyor. Çünkü sizin yaptığınız görüşmelerde hem RAM olsun hem psikiyatrik muayene olsun 15-20 dakikalık, yarım saatlik, 45 dakikalık görüşmeler yapabiliyoruz. Ama çocuğun bir yıllık bir defteri önümüze geldiğinde bir yıl boyunca o yazısını bizim görmüş şansımız, değerlendirme şansımız oluyor. O yüzden tüm değerlendirmeler önemli, tüm bilgiler önemli. Sadece psikometrik testlere bakmıyoruz. Klinik kanaatimizle birleştiriyoruz.”*

K5, *“Çocuğun materyallerini inceliyoruz. Defterlerini vs. bazen isteyebiliyoruz. Tanı koyma sürecimiz bu şekilde oluyor.”*

K7, *“Çocuklar kaygılı olabiliyorlar, tedirgin olabiliyorlar, DEHB varsa yazmak istemeyebiliyor vs. O yüzden bunu her görüşmede tekrar tekrar belki bakmak, defterlerini incelemek çocukların. Bunlar genellikle yaptığımız şeyler.”*

K10, *“Bazen işte çocuğun defterlerini istiyoruz. Muayenede yeterince kafamıza oturmadıysa ya da okulda nasıl acaba diye gibi defterlerini istiyoruz.”*

3.2.3. Fiziki Şartlar

ÖÖG riski olan bireylerin değerlendirme sürecinde çocuk ve ergen psikiyatristleri fiziki şartlar hakkında olumlu ve olumsuz görüşler belirtmişlerdir. Olumlu ve olumsuz görüş belirten psikiyatristler tablo 3.14’de gösterilmiştir:



3.14. Fiziki Şartlar Alt Tema Ve Kategoriler

Alt Tema	Kategori	Katılımcılar	f
Fiziki Şartlar	Fiziki Şartlara İlişkin Olumlu Görüşler	K1, K2, K6, K11, K15	5
	Fiziki Şartlara İlişkin Olumsuz Görüşler	K3, K4, K5, K7, K10, K12, K13, K14	8
Toplam:			13

3.2.3.1. Fiziki Şartlara İlişkin Olumlu Görüşler. Çocuk ve ergen psikiyatristlerinin %33.33'ü ÖÖG riski olan bireylerin değerlendirilmesinin yapıldığı ortamın fiziki şartlarına ilişkin olumlu görüşlerde bulunmuşlardır. Katılımcıların görüşleri şu şekildedir:

K1, “Yani özellikli bir alan gerekmiyor açıkçası. Normal çocuk psikiyatri muayenesini yaptığımız alanlar genellikle yeterli oluyor. Çocuklara uygun sandalyelerimiz vs. var zaten odalarımızda. Normal burada görüşmelerimizi tamamlıyoruz. Poliklinik odalarımızda.”

K6, “Yani fiziki şartlarla ilgili çok bir zorluğumuz yok herhalde şu an için.”

K15, “Hastaneden hastaneye göre değişiyor. Genel olarak görüşme ortamı olduğu için bizim kendi fiziki ortamımız çok kötü değil. İyi yani. Testörlerimiz de var, psikologlarımız da var. O açıdan da çok fiziki ortam açısından bence bir sıkıntımız yok diye düşünüyorum. Gayet iyi bir fiziki ortam. Kendi hastanem ve şu ana kadar çalıştığım tüm hastaneler için bu şekilde diyebilirim.”

3.2.3.2. Fiziki Şartlara İlişkin Olumsuz Görüşler. Çocuk ve ergen psikiyatristlerinin %53.33'ü ÖÖG riski olan bireylerin değerlendirilmesinin yapıldığı ortamın fiziki şartlarına ilişkin olumsuz görüşlerde bulunmuşlardır. Katılımcıların görüşleri şu şekildedir:

K3, “Şu an gördüğünüz gibi burası biraz dar, küçük. Adli görüşme odasındayız. O açıdan biraz dar bir alanda çalışıyoruz. Hekim sayısı arttırabilir diye öneride bulunmuştum ama aslında zaten devletin politikası da şu an bu yönde. Ama mesela bu hastanede hekim sayısının artması da çok bir anlam ifade etmiyor çünkü poliklinik yok. Yani aynı şekilde aynı oranda hastanelerin de artması lazım.”

K4, “Tabii bazen testi yaparken ya da görüşme esnasında dışarıdan sesler gelebiliyor. Çünkü çok farklı vakalarında başvuru yaptığı bir klinikte çalışıyoruz.”

K7, “Aslında kendi çalıştığım yerlerden başlamak üzere, tüm Türkiye’de benzer şeyin konuşulduğunu, çünkü Türkiye’deki tüm çocuk psikiyatristlerinin bir arada olduğu görüşlerini paylaştığı çeşitli whatsapp gibi ya da gmail grupları var. Burada herkes aslında belli şeylerden yakınıyor. Çok standart bir şeyimiz yok. Gerçekten hani bugün bu odada hasta görürken çocuğa okutabileceğim yaşına uygun bir kitap varken ertesi gün başka bir odada diyelim o odada bir gün önce duygu durum polikliniği yapılmış bir ergenler değerlendirilmiş ve işte depresyonda mod terapisi kitabından bir şey okutmaya çalışırken bulduğum oluyor kendime açıkçası bu noktada bakanlığın, daha doğrusu hastane şartlarının, her çocuk psikiyatrisi hekiminin muayene odalarında standart bulunması gereken çocuğun yaş ve gelişim düzeyine yönelik oyuncak ya da eğitim değerlendirme materyallerini. Sıklıkla bulamıyoruz.”

K12, “Yani kalabalık, kapıda sürekli bekleyen hastaların olduğu, yoğun poliklinikler ki benim polikliniğim nispeten sakin bir yer ama devlet hastaneleri eğitimsel değerlendirme için yeterli değil diye düşünüyorum. Çocuk strese giriyor, yanlılık çok fazla. Çok yetersizdir diyemem ama bence uygun değil. Daha standart bir şey getirilebilir.”

K13, “Yani şöyle oluyor aslında bazen mesela bir kitap okutuyorum dakikada okuma sayısına vs. bakacağım. O sırada birisi giriyor odaya. Çocuk dönüp bakıyor falan. Tabii ki de ortamın fiziki şartları uygun olmuyor. Hele ki bunlar bir rapor için başvurdularsa yani orada kapıda 30-35 hasta var. Yani devlet hastanesindeki şartlar bu şekilde. Dolayısıyla hani çok böyle uygun bir ortam olmuyor. O sebeple aslında yani keşke ben aslında onun klinik olarak muayene değil de gerçekten bir psikometrik testle ayrıntılı bir psikometrik testle önce bir değerlendirilse ben daha sonrasında aslında baksan bunu isterdim yani ama şu an Türkiye’nin şartları devlet hastanesi şartları buna uygun değil maalesef. “

“Yani hastanenin bünyesinde de olabilir, RAM’da olabilir. Sizler de yapabilirsiniz. Bu konuda eğitim almış, yetkinliği belli olan kurumlar, kişiler aslında bunu yapabilir. Ama tabii ki biz özellikle dikkat ettiğimiz nokta yapılan test nasıl bir yerde yapılmış. Çünkü şu anda ortam çok karmaşık olabiliyor. Herkes farklı değerlendirmelerle farklı yorumlarda bulunabiliyor. Onun için kurumsal bağlamda bunların yapılması RAM’larda olabilir. Hastanelerin kendi psikoloji laboratuvarları

belki olabilir. Ama bu tarz birimlerin olması lazım çünkü çok fazla talep var, çok fazla hasta var. Biz çok hasta görüyoruz ama bu talebi karşılayacak test anlamında psikolojik değerlendirmeler kesinlikle yetersiz.”

K14, “Şimdi şöyle, ÖÖG olan çocukların birçoğunda DEHB’de eşlik edebiliyor. Şimdi böyle olduğunda değerlendirme ortamının fiziki şartlarında daha sessiz, kimsenin müdahale etmediği bir ortam olması gerekiyor. Hastane şartlarında bu pek mümkün olmayabiliyor. Yani bu görüşmede de olduğu gibi kapıyı çalanlar, birisi girmek isteyebiliyor. Baktığınız zaman evet, dikkatlerini dağınık şeyler oluyor ki zaten çocuğun yaşına uygun bir masamız, sandalyemiz bile yok şu an. Hani birinci sınıf masaya bile uzanamayabiliyor veya ona uygun bir masa, fiziksel kâğıt, kalem uygun şeyler maalesef bulunmuyor. Fiziki şartların uygun olduğunu düşünmüyorum. Buradaki en önemli problem de dediğim gibi DEHB’nin eşlik etmesi. Ondan dolayı fiziki şartlar daha da zorlaştırıyor bu hastalığı.”

3.2.4. Tanılama Zaman Aralığı

Tanılama zaman aralığı; tanılama süresi, değerlendirme süresi, değerlendirilen birey sayısı ile ilgili görüşler olmak üzere 3 kategoriye ayrılmıştır.

3.2.4.1. Tanılama Süresi. Çocuk ve ergen psikiyatristleri tanılama süresinin bireyin performansına göre değiştiğini belirtmişlerdir. Özellikle DEHB tanısı eşlik eden bireylerin tedavi sürecinin yapıldıktan sonra ÖÖG tanısı konulması gerektiğinden tanı koyma sürecinin uzayabileceği görüşünü belirtmişlerdir. Ayrıca çocuk ve ergen psikiyatristleri 1. sınıfta gelen bireylerin izleme sürecini yaptıktan sonra kesin karara vardıklarını bu sürecin yaş arttıkça daha kısaldığını belirtmişlerdir. Bundan dolayı kesin bir tanı koyma zaman aralığının olmadığı katılımcıların şu görüşleri ile ifade edilmiştir:

K1, “Şimdi ÖÖG bir nörogelişimsel bozukluk. Yani devam eden bir süreç, süren bir durum. O yüzden böyle çok acil bir durum değil. Hemen çok kısa birkaç gün içinde yapılıp halledilmesi gerekmiyor. O yüzden hani yani ne bileyim bipolar gibi, şizofreni gibi bir durum değil nihayetinde. Süreç sorunu çok olmuyor bu bakımdan. Biz ilk muayenesini tamamladıktan sonra testlerini istiyoruz ve tabi bilgi formlarından bahsetmiştim. Onları istiyoruz. Test randevularımız genelde bizim 2 hafta civarında veriliyor. Zekâ testleri, bataryalar. 2-3 hafta civarında yapılmış oluyor. Aileler sonrasında sonuçla geliyorlar. Sonuç değerlendirip, tanı koyduktan

sonra da eğer aile heyet raporu çıkarmaya karar verirse, sağlık kurulu raporu çıkarmak isterse bizden. Onu da yine MHRS ile sağlık kurulundan randevu almaları gerekiyor. Ama HI' de bu konuda çok bir sıkıntı yok. İstanbul veya büyük şehirler gibi değil bu anlamda. Yine 1-2 hafta içinde de oraya geliyorlar. Toplam süre yaklaşık, ailelerin randevu alma hızına göre de değişir ama iki ay civarında en uzun diye düşünüyorum.”

K2, “Bir devlet hastanesi olarak burada ortalama ilk geldi, görüşmeye aldık. Sıkıntı şu, test istiyoruz. Testten sonra bazen sonuçlarını görmek için randevu istediğimiz hastalarımız da oluyor ama kendi adıma yapabildikçe aynı gün test sonuçlarını görmeye çalışıyorum ben kayıp olmasın diye hastalara. Özellikle kırsaldan gelenlere bu süreyi biraz daha kısa tutmaya çalışıyoruz. Çünkü öğretmen aracılığıyla randevu almak, teknoloji kullanımı biraz daha kısıtlı oluyor. Ailenin eğitim düzeyi iyiye, biraz daha ulaşılabilirse, kendi imkânlarını denedikleri için 1,5 ay falan sürebiliyor ama 1,5 aydan çok uzun sürmüyor.”

K3, “Yani yaklaşık bir ay içerisinde bu testler yapılmış oluyor. Sonra işte o test sonuçlarını göstermeye geliyorlar. Ondan sonra biz heyete yönlendiriyoruz. Heyete randevu alıyorlar. Ondan sonrasını çok bilmemekle birlikte yani herhalde bir iki ayı buluyordur diye düşünüyorum.”

K5, “Başvurmasından itibaren tanının konması her çocuğa göre değişiyor. Çünkü kimi çocukta dediğim gibi yani bütün çocukluk çağı psikopatolojilerinde olduğu gibi eş tanı çok sık oluyor. O eş tanı varsa biz bazı durumlarda önce onu bir tedavi edip ondan sonra tekrar ÖÖG'ye yönelik değerlendirmeyi tekrarlayabiliyoruz. Çünkü örneğin en basitinden bir örnek vereyim, çok sık rastladığımız. Çocuğun DEHB'si oluyor. DEHB, ÖÖG belirtileriyle üst üste biniyor. Onun için diyoruz ki DEHB'yi tedavi edelim, bakalım hala bu disleksi gibi görünen belirtiler hala devam ediyor mu? Bazen olmuyor. Bu yine az bir yüzdelik kısımda olsa da biz o çocuğun içinde bulunduğu durumu netleştirmek için bunu kesinlikle bu şekilde süreci yönetiyoruz. Ama gelmesi, yani ortalama bir rakam vermem gerekirse bize başvurması, formlarını getirmesi, tekrar değerlendirme, tanının konması iki ay kadar sürüyordur.”

K6, “Aslında biz ÖÖG için çok acele etmiyoruz. Çünkü gerçekten bu DSM tanı kriterlerimizde de var zaten. En az 6 aylık bir eğitim almış olması ve bunun yeterli almış olması sebebiyle. Çünkü dikkat eksikliği olan bir çocuk bir yıl okula da gitse yeterli bir eğitimi almamış olma olasılığı dikkatin vermediği için olduğu için o

yüzden çok acele tanı koyduğumuzu düşünmüyorum. Öncelikle biraz takip testlerin tamamlanması, öğretmen gözlemleri, tedavi sonrasındaki öğretmen gözlemleri, ne kadar değişti? Ne kadar becerisi arttı? Çok hızlı koyduğumuzu düşünmüyorum. Ama burada hani sormak istediğiniz bir tanı koyduk. Bunun raporlama süresi ne kadar diye soruyorsunuz. Bu uzun değildir. Yaklaşık böyle 2-3 hafta içerisinde raporunu alır. Tanı koyduğumuz zaman. Ama tanı koyma sürecimize diyorsanız minimum 2 ya da 3 görüşme kesin olur öncesinde. Yani 3 görüşme olur ÖÖG tanısı için. Ama bu da minimum.”

K8, “Hani biz kısa bir sürede tanı koyup, hızlıca değerlendirip, heyete yönlendirme yapıyoruz. Hani burada bizim fiziki şartların uygunluğundan ziyade böyle bir süre kısıtlamamız oluyor. Yani daha çok vakit ayırabilsek tabi ki çocuklara daha detaylı değerlendirme yapabileceğiz. Biraz acele etmek durumunda kalıyoruz açıkçası. Devlet hastanesi koşullarında.”

“Diyelim ki başvurdu bize. Biz işte testini istedik, formlarını verdik. Bizde 2-3 ay içerisinde genelde heyet raporu alabiliyorlar. Şu an biraz daha rahat randevu bulunabilen, kısa sürede test yapılabilen bir aşamadayız. Eskiden böyle değildi, daha uzun sürüyordu maalesef. Şu an eğer de aile hızlıca öğretmenlerden formları bize getirirse, üstüne düşerse, kısa zamanda randevu bulursa, 2-3 ay içerisinde çocuğa tanık olur ve rama başvurmuş olur.”

K9, “Karar verme süreci hastanın ne zaman başvurduğuna göre değişen bir durum. Atıyorum erken başvurudur. Bu çocuk birinci sınıfa başladı. İlk dönem veya ikinci dönemin başı. Burada karar vermek için belli bir süre beklemek gerekiyor zaten. Biz genelde birinci sınıfı bitirene kadar çocukta bir ÖÖG tanısını koymaktan biraz çekiniyoruz. Çünkü ÖÖG yaşayan bireyin belli bir eğitimle kazanması gereken becerileri kazanmakta zorlanması gerekir. Orada belli bir eğitim alması gerekiyor zaten koşulda bu. O yüzden çocuk atıyorum okula yeni başlamış çocuksa burada değerlendirme ve karar verme için en azından birinci sınıfın bitmesini bekliyoruz biz yaz tatiline kadar. Ama atıyorum bu çocuk ikinci sınıfa geçti, üçüncü, dördüncü sınıfa ya da ortaokulda. O zaman tabi ki bu değerlendirme ve karar verme süreci ne kadar kısa olursa bizim için o kadar iyi. Yani 2-3 görüşmede ki bu da tabi ki hastanın randevu bulma süresine göre değişiyor. Birkaç ay içerisinde tamamlamamız mümkün oluyor. Dediğim gibi diğer durumda bir süre biz karar yani değerlendirme yapmadan, karar vermeden bir süre hastayı tabi ki takip etmek istiyoruz. O yüzden biraz değişiyor.”

K10, “Çocuğunu ilk değerlendirmesi, öğretmen formlarıyla sonra gelişi, test istenmesi, sonra tekrar heyet öncesi değerlendirmesi. Yani bu görüşmeleri en azından 3-4 kez yapmış oluyoruz. Heyete çıkarmış oluyoruz sonrasında ailenin rapor talebi varsa. Yani 4 ya da 5 görüşme, 4 görüşme heyetle beraber rahat yapılmış oluyor her çocuğumuz için. O yüzden şey olarak yeterli olduğunu düşünüyorum açıkçası. Hem de bizim çalışma sistemimizde çocuklar her zaman aynı doktora geledikleri için bu bazen dezavantaj olabildiği gibi bazen avantaj da olabiliyor. Çünkü hani hekim bazen sonraki görüşmelerde mesela işte önce DEHB gibi getirilen çocukla sonra bir şekilde ÖÖG'den şüphelenebiliyoruz. Bir gün birinin aklına geliyor, bir gün bir şekilde bir hekim onu fark edebiliyor, sorgulayabiliyor. O yüzden ben bazen de avantaj olduğunu düşünüyorum. Hani çocuk bir 3-4 kez görülüyor biz bu tanıyı koyup raporlandırana kadar.”

K11, “Bize gelene kadarki süreç çok değişken. Yani oraya müdahale edemiyoruz ama bize geldikten sonraki süreçte işte birinci sınıftaki ilk bir aydaki çocukla dördüncü sınıfa gelmiş çocuğun değerlendirme süreci aynı olmuyor. Yani birinci sınıftaysa önce formal eğitimi alabilmiş olmasını ve ona rağmen öğrenmede güçlük yaşıyor olmasını görmek gerekiyor. Yani hemen işte belli değil karıştırıyor diye çocuğa gelir gelmez gidemiyoruz ama çocuk gelmiş 4-5. sınıfa hala okuma çok yavaş, okuduğunu anlamıyor ya da harf karıştırmaları var, o zaman çok daha hızlı müdahale etmek gerekiyor. Burada tabii ki optimal bir süre, yani kliniğin içindeki o testlerin, randevuların ayarlanması çok bizim inisiyatifimizde olan şeyler değil ama çoğu zaman ilk bir ay içerisinde testleri yapılmış oluyor. Tekrar aile randevu alıp geldiğinde de değerlendiriyoruz. Genelde bu birkaç ayla sınırlı oluyor, daha uzun olmuyor.”

K12, “Rapor almadan eğitim alamıyor. Çünkü imkânlar kısıtlı. Yani o haftada 2 saat eğitim aileleri için çok önemli veya bireysel eğitim programı. Tanı rapor yazmadan okulda da alamıyor. Dolayısıyla ben çocuğa riski olsa bile tanıyı koymak zorundayım. O yüzden karar verme süreci 1 ayı genelde geçmiyor bizim hastanemizde.”

Araştırmacı: Kaç seansta veriyorsunuz?

K12: İşte bir kere başvurdu. Test istedim. 3-4 en fazla.

K13, “Burada şöyle, başvurunun ne zaman yapıldığı önemli. Başvuru mesela 1. sınıf ilk döneminde yapıldıysa eğer, gerçekten biraz bir takip ediyoruz. Çünkü bu çocuk önce bir uygun eğitimi alsın. Uygun eğitimi almadan bazen ÖÖG diye

gönderilen vakalar olabiliyor. Öncelikle gerçekten yani o birinci sınıf o ilk dönemde bir hani takip dönemi ama artık o ikinci dönem sonlarında hala okumayı sökemediyse hala bu çocuğun zorlukları devam ediyorsa yeterli desteğe rağmen çünkü orada zaten o çocuk kendini belli ediyor. Aile destek veriyor, öğretmen destek veriyor. Yine de yeterli desteğe rağmen bu çocukta bir ilerleme olmazsa o zaman birinci sınıfı ikinci dönemi gibi aslında şeye, heyete yönlendiriliyor. Yani en fazla aslına bakarsanız 6 ay gibi bir süreç olmuş oluyor böyle olunca ama şimdi çocuk geldi 3. sınıfta, bu çocuk okuma öğrenemedi deniyor. İsmi yazdırıyorsunuz, onda bile harfler birbirinin üzerine geçmiş, harf karıştırmalar vesaire yani çok ağır öğrenme güçlüğü olan vakalar var. Onlarda hemen yönlendirme yapıyoruz. Yani o yüzden şey burada aslında vakaya göre yaklaşmak gerekiyor. Başvuru zamanına göre değişir. Hemen doğrudan işte hızlı bir şekilde rapor çıkarılan vakalar da var.”

K14, ”Şimdi eğer hasta poliklinik randevusu veya MHRS randevusu ile geldiyse evet onu değerlendirmesini o gün yapılabilir veya burada zekâ testi hızlı veriliyor. Bir hafta sonra da zekâ testi verilebilir. Aslında 2 hafta içerisinde öğretmen formuyla da bilgi alındığında 2 hafta içerisinde öğrenme bozukluğu tanısı konulabiliyor. ÇÖZGER raporu için, engelli raporu için ayrı bir randevu sistemi var. Buradan randevu alabilmeleri daha zor olduğunu söylüyorlar hastalar. Eğer randevu alırlarsa aslında poliklinikten daha hızlı ilerliyor, en azından hastanemiz için de. Örneğin, rapor için direkt gelmiş bir vakayı söyleyeyim. Rapor için geliyor. Ben o gün değerlendirmemi yapıyorum. Sonraki hafta zekâ testimiz oluyor. Üçüncü haftada da öğretmen formunda zaten hasta getirilmiş oluyor. Üçüncü haftada da tanı konulmuş, rapor çıkarılmış oluyor. Baktığınızda baya hızlı. Üç haftada bu süreci tamamlamış oluyorlar. Tabii şöyle, çocuktan çocuğa değişebiliyor. Mesela dediğim vakada olduğu gibi dördüncü sınıfa giden bir çocukla okuma-yazma bilmiyorsa artık o çok net, hani eğer tabii ki de zekâ ile alakalı bir durum yoksa çok net diyebiliriz ki bu çocukta ailede ihmal, tabii bazı durumları dışlıyoruz, ailede ihmal öyküsü, belki çok kâtip bir aile, belli travmalar yaşanmıştır vesaire. Bunlar varsa ayrı tutulabilir ama bunların olmadığı, çok klasik bir ailede, anne baba çocuk birlikte yaşanan, herhangi bir travmanın, ihmal ve istismarın olmadığı bir ailede çocuk ikinci sınıfa geldi, üçüncü sınıfa geldi, okul mezunu öğrenemediyse, matematik işlemlerinde zorluk yaşıyorsa yani bu hasta çok daha hızlı bir süreçte tanı alır. Ama birinci sınıfa yeni başlamış bir çocuğu ele alalım. Birinci sınıfa yeni başlamış bir çocuk için, tanı için o süreçte daha fazla soru sorup daha fazla uğraşmak gerektiği için o birinci sınıf

çocuğu için belki bir saat bile gerekebilecekken ama üçüncü, dördüncü sınıfa geçmiş bir hasta için 15 dakikada da aslında tahmini ön tanı konabilir. Dediğim gibi zekâ testi yapılmadan, öğretmen formu, öğretmenden bilgi alınmadan kesinlikle zaten bu tanı konamaz. Hani o şekilde tanı koyup tedavi ediyorlarsa bilemiyorum ama olması gereken zekâ testinin yapılması ve öğretmen formunun verilmesi. Çünkü aileler bazen yanlış bilgi verebiliyorlar. Yani okulda durumu iyi değil, kötü değil ama kötü diyebiliyorlar veya okulda durumu çok iyi olduğunu söylüyorlar ama okul durumu kötü olabiliyor. O yüzden kesinlikle kapalı zarfta bir öğretmen formu istiyoruz o şekilde.”

K15, “Başvuru değerlendirme sürecimiz ortalama 2 ay. Başvuru sonrasında ikinci bir değerlendirme gerekiyor. Ortalama 1 ay içerisinde başvuru ve değerlendirmeyi sağlıyoruz ama çocuğun ÖÖG açısından daha önce hiç başvurusu yoksa bu süreç en azından 6 ay sürer. Çünkü DSM’de diyor ya 6 ay müdahale ettikten sonrasında. Her hasta da değil ama bu, işte dediğim gibi DEHB’ye eşlik ediyorsa, ek bir şey varsa altı aya eğer çok belirgin değilse belirti ve bulgularımızı çocuk çok erken bir dönemde başvurduysa, birinci, ikinci sınıfta başvuran çocuklarda çünkü hemen disleksi tanısı koymayı çok tercih etmiyoruz. Çünkü sonuçta rapor çıkartılacak, başka ailelerin kaygısı olduğundan dolayı. Birinci ve ikinci sınıfta başvuruyorsa ortalama 6 ayla 8 ay arasında yani ÖÖG tanısında başvurana kadar 6 ay bulabiliyor. 6 ay bir izleme sürecine alıyoruz hastayı. Sonrasında buna rağmen akademik başarısı artmıyor. İşte biz çocuğun dikkatle ilgili şeyin desteğini sağladık öğretmene ailede. Eğitim desteğini sağlamasına rağmen çocuk akademik olarak ilerleyemiyorsa diyoruz ki bu çocuğun ÖÖG’si var diyoruz. 6 ay sonrasında bu çocuk evet ÖÖG diyoruz aileye ve özel eğitime yönlendirmesini sağlıyoruz. Yaşı geç olansa, eğer geçmişinde de tedavi öyküsü, psikiyatri başvurusu, DEHB tanısı ve tedavisi var olan bir çocuk geldi, hala ders başarısızlığı varsa orada artık beklemiyoruz. Çünkü belirti ve bulgular benzerse ikinci ayda tanısını koymuş oluyoruz genelde. Bir başvuru, bir ay sonra da ikinci değerlendirmemizi yapıyoruz. Test sonuçları çıkıyor, totalde iki ayı buluyor.”

3.2.4.2. Değerlendirme Muayene Süresi. Çocuk ve ergen psikiyatristlerinin %73.33’ü değerlendirme muayene süresinin yetersiz olduğunu belirtmiştir. Çocuk ve ergen psikiyatristleri ÖÖG riski olan bireylerin değerlendirilmesinde muayene süresinin ortalama 15-20 dakika olduğunu bu sürenin de değerlendirme için yetersiz

olduğunu belirtmişlerdir. Çocuk ve ergen psikiyatristlerinin %40'ı değerlendirme muayene süresinin ortalama 30-44 dakika arasında olması gerektiğini; çocuk ve ergen psikiyatristlerinin %20'siyse 45-60 dakika olması gerektiğini ifade etmişlerdir. Çocuk ve ergen psikiyatristlerinden K6'da sürenin yetersiz olduğunu belirtmiştir ancak olması gereken belli bir süre vermemiştir. Çocuk ve ergen psikiyatristlerinin olması gereken süre görüşleri tablo 3.15.'de gösterilmiştir:



Tablo 3.15. Değerlendirme Muayene Süresi Alt Tema Ve Kategoriler

Alt Tema	Kategori	Süre	Katılımcılar	f
Tanılama Zaman Aralığı	Değerlendirme Muayene Süresi	30-44 dakika	K3, K4, K5, K8, K11, K14	6
		45-60 dakika	K12, K13, K15	3
Toplam:				9

Çocuk ve ergen psikiyatristlerinin görüşleri şu şekildedir:

K3, “Bakanlığın belirlediği çocuk psikiyatri muayene süresi 20 dakika ama mesela o hastalar daha uzun sürüyor. Bence olması gereken 30 dakika. Yani 20 dakikada bu kadar detaylı öykü alıp değerlendirmek her hastada çok mümkün olmayabiliyor. Yani 30 dakikaya bile geçtiği oluyor bazen de hani. Diğer hastaya da o kadar ayırmıyorsun. Oradan telafi ediyorsun.”

K4, “Hastanenin randevu süresi 20 dakika ama bazen yoğunluktan maalesef bu sürede de az olabiliyor.”

K5, “Yani eğer asistansa 20 dakika kadar bir zaman düşüyor. Uzmansa 10 dakika, 15 dakika. 40 dakika olmalı. Yani normalde çocuk ve ergen psikiyatri muayenesi zaten aslında uluslararası kılavuzlarda geçen de minimum 40 dakika olması öneriliyor.”

K6, “Ama asıl problemimiz hızlı tanılamaya gitme zorluğumuz ve süremizin yetersiz olması. Bu yüzden belki bazı hastaları kaçırma olasılığımızın olması belki bazılarında da fazla tanı koymamıza sebep oluyor olabilir.”

K8, “Sadece burada muayene şartlarımız hani konusunda birkaç sıkıntı var diyebilirim. Bu da bizim muayenelerimizin süresinin kısıtlı olması. Biz 15-20 dakika maksimum ayırabiliyoruz. Bence normalde kapsamlı bir değerlendirme 30-40 dakika çok daha uzun olmalı.”

K10, “Devletin bize verdiği muayene süresi şu an 15-20 dakika gibi olabiliyor. Genelde bir görüşme için bunu ayırıyoruz.”

K12, “20 dakikadan fazla sürmüyor. Yani idealde çocuk psikiyatri muayenesi tabii 45 dakika olabilir. Her seans o kadar olmasa bile 45 dakika olabilir.”

K13, “Bir randevu süresi 15’le 20 dakika arası. Yani genel olarak yeterli değil zaten. Yani şey için öğrenme güçlüğüünün zaten değerlendirmesi, yani şimdi aileden alınan anamnez, çocuktan alınan anamnez aşaması, çocuğun değerlendirme aşaması. Yani çocuğun değerlendirme aşaması zaten en az 20 dakika süren bir şey.

Kaldı ki o da 20 dakikaya aşan bir şey. Yani normalde ideali aslında bir görüşme 45 dakika. Yani normalde ideali o. Ama tabii ki burada uygulanabilecek bir şey değil bu. O yüzden daha kısa süreli, hızlıca muayeneye geçiliyor mesela yani. Bunun gibi.”

K14, “Şimdi şöyle bu poliklinikle ÇÖZGER raporu için verilen süre farklı. Poliklinikte ben daha geniş sürelerde süresi diğer hastalar belki olsa dahi ben orada hastaya ne kadar süre gerekiyorsa yaklaşık olarak verebiliyorum. En kötü yarım saatlik bir süreyi ben o hastaya verebiliyorum değerlendirmek için poliklinik ortamında ama tabii engelli raporu ÇÖZGER polikliniği daha yoğun bir poliklinik çünkü Türkiye’de çok fazla, İstanbul’da özellikle çok fazla çocuk var ve çok fazla ihtiyaç var rapora. Haklı olarak da randevu sayısı fazla olmuş oluyor. O yüzden engelli raporu ÇÖZGER polikliniğindeki değerlendirme süremiz daha kısa oluyor. Baktığınızda 10-15 dakikalık bir değerlendirme olmuş oluyor. Yani poliklinik gibi en azından yarım saat, bir saat arasında olması lazım değerlendirmenin.”

K15, “Kendi muayene süremiz mi? 20 dakika. Bence ÖÖG için ortalama 40 dakika en az. 40’la 60 dakika arasında. Çünkü bir sürü test yapıyoruz. Mesela zaman olmadığı için öğrenme bataryası uygulayamıyorum ben. 40 dakika olması gerekir. 40’la 60 dakika arasında bence değişmeli.”

3.2.4.3. Değerlendirilen Birey Sayısı. Çocuk ve ergen psikiyatristlerinden K5, K3, K2, K4 (%26.67) değerlendirilen ortalama birey sayısı hakkında görüş bildirmişlerdir. Katılımcılardan K4 günlük ortalama ÖÖG riski olan birey sayısından bahsetmiştir. Katılımcıların görüşleri şu şekildedir:

K2, “Yani şöyle söyleyeyim, günde 30-40 hasta değerlendirdiğimiz bir kurumda daha optimal düzeyler daha iyi olur. Keşke aynı gün geldiğinde tanı alıp heyet raporu çıksa falan ama bu çok mümkün değil.”

K3, “MHRS’de 15 hasta var. 2’de devam randevuları oluyor. 17 bence çok fazla. Avrupa’ya göre falan çok fazla. Yani işte bence mesela 45 dakikada 1 falan olsa çok ideal olurdu. Ama çok mümkün değil bence Türkiye’de o. En azından 30 dakikada 1 olsa çok iyi olurdu.”

K4, “Her gün aynı olmakla birlikte ortalama 3-4 çocuk diyebiliriz.”

K5, “Uzmanlara 28 gibi. Olması gereken işte 40 dakikadan hesaplarsanız 280. Yani ona göre nasıl kaç oluyor bilmiyorum ama o civarlarda oluyordur.”

3.2.5. Rapor Süresi Belirleme Şartları

Çocuk ve ergen psikiyatristleri ÖÖG riski olan bireylerin rapor süresini belirlerken farklı şartları dikkate alarak belirlediği ve bu sürenin bireyden bireye değiştiğini belirtmişlerdir. Rapor süresini belirleme şartları çocuk ve ergen psikiyatristlerin görüşlerine göre 7 kategoriye ayrılmıştır. Bu kategoriler kaynaştırma ve rapor kaldırma, yaş, eşlik eden tanı, izleme, aile, imkâna ulaşma, bireyin performansı ile ilgili görüşlerdir. Tablo 3.16.'da görüş bildiren katılımcılar belirtilmiştir:



Tablo 3.16. Rapor Süresi Alt Tema Ve Kategoriler

Alt Tema	Kategori	Katılımcılar	f
Rapor Süresi Belirleme Şartları	Kaynaştırma Ve Rapor Kaldırma	K7, K12, K13	3
	Yaş	K1, K5, K10, K11, K13	5
	Eşlik Eden Tanı	K1, K2, K5, K8, K15	5
	İzleme	K2, K3, K7, K8, K10, K11, K12, K13	8
	Aile	K1, K2, K4, K10, K11, K12, K14	7
	İmkâna Ulaşma	K9	1
	Bireyin Performansı	K1, K2, K4, K5, K7, K8, K9, K10, K11, K12, K13	11
Toplam:			40

3.2.5.1. Kaynaştırma Ve Rapor Kaldırma. Çocuk ve ergen psikiyatristlerinin %20'si, bireylerin ÖÖG tanısı aldıktan sonra kaynaştırma öğrencisi olarak algılanmalarının ve ailelerin tanı sonrasında sağlık raporunu iptal ettirme yönündeki taleplerinin, rapor süresinin belirlenmesinde etkili olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların görüşleri şu şekildedir:

K7, “Bir yandan çocuk büyüdükçe kaynaştırma öğrenci olmak kelimesinin anlıyor ama olması gerektiğinden farklı şekilde anlıyor. Yanlış anlıyor yani çocuk gitmek istemiyor. Ama kırılğan ortaokul çocuğu bir noktada çok anlayamayabiliyor. Gitmek de istemeyebiliyor. O yüzden çok uzun süreli raporlar düzenlemiyorum ben.”

K13, “Şimdi çok uzun süreli çıkarılan raporlarda da şu dönemde şöyle bir durum söz konusu. Aslında ÖÖG bir anda ortadan kalkan bir şey değil ama veliler özellikle hem ÖÖG raporu çıkartıyor sonrasında da bunu sildirmek istiyor. Yani işte 3 yıl sonra ben raporumu sildirmek istiyorum gibi bir şey yapabiliyor. Dolayısıyla o raporu uzun süreli çıkardığınız zaman bu raporun arasını ben sildirmek istiyorum gibi bir şey olmuyor. Zaten o sırada rapor devam ettiği için. Rapor bittikten sonra aslında o ailelerin de talebi. Yani bir değerlendirme şeyi olsun. Gerek varsa devam

etsin, gerek yoksa da gerek yoktur densin o zaman diye. Aslında çocuk ve ergenlerde on sekiz yaş altı kadar da durum bu şekilde oluyor. Genelde rapor sıralarımız bir ya da iki yıl. Genellikle de iki yıl. Öyle söyleyeyim.”

3.2.5.2. Yaş. Çocuk ve ergen psikiyatristlerinin %33.33’ü bireyin ÖÖG riskiyle hastaneye geldiğinde bireyin bulunduğu sınıfın ve yaşın çok önemli olduğunu eğerki çocuk ilerleyen yaşlarda geldiyse raporun daha uzun süreli çıkarıldığı, daha erken yaşta gelmişse daha kısa süreli rapor çıkarıldığı görüşünü ifade etmişlerdir. Katılımcıların görüşleri şu şekildedir:

K1, *“Tabii başvuru yaşı vesaire de önemli. Birinci sınıfın ikinci döneminde tanı koyduğumuz bir çocuk için bir yıllık rapor yeterli olabilir. Gerçekten güzel toparlayabilir ama işte dördüncü sınıfa gelmiş, ÖÖG belirtileri oturmuş, çok da değişmeyecek bir tablo var. Beşinci sınıfta diyelim ki üç yıllık rapor verip ortaokul sürecinde raporla da devam edebilir diye düşündüğümüz vakalar da var. Ama genelde dediğim gibi ilk rapor bir yıllık, sonraki raporlar daha uzun süre olacak şekilde yapıyoruz.”*

K10, *“Biz heyette baktığımız zaman çocuk mevcut sınıfı, hani hangi sınıfta, biz ne zaman yakalamışız bu durumu, hani birinci sınıfta mı tespit etmişiz ya da bu belirtilerin şiddeti ne durumda, ne kadarlık bir eğitim alırsa. Mesela bazen çocuklar geliyor dördüncü sınıfta, biz anca ÖÖG, hani bir şekilde aile fark etmiş ya da öğretmen fark etmiş, işte hala okuma yazmada zorluğumuz var gibi. Daha zor ve geri kalmış olduğumuz durumlarda bazen rapor süresinde ilk raporda bile olsa daha uzun verdiğimiz olabiliyor.”*

3.2.5.3 Eşlik Eden Tanı. Çocuk ve ergen psikiyatristlerinin %33.33’ü bireyin eşlik eden tanıları olabileceği bunun izleme ve tedavisinin rapor süresini belirlediği görüşünde bulunmuşlardır. Katılımcıların görüşleri şu şekildedir:

K1, *“Bazen gerçekten özel eğitimden eğer de zekâ da iyiye, eşlik eden başka psikiyatrik durumlar yoksa çocuklar özel eğitimden hızlıca fayda görebiliyorlar ailenin katılımı da iyiye. O yüzden genelde ilk yıl, ilk raporda bir yıllık şekilde çıkarmaya çalışıyoruz. Sonrasında bir yılın sonunda belirtiler devam eden çocuklarda daha uzun süreli raporlar da veriyoruz.”*

K2, *“Eşlik eden bir dikkat eksikliği var mı? Tedaviye uyumu nasıl? Aile uyumluysa zaten iki yılda biri yapıyoruz. Tedavisinin ilacına gelip kontrol edip*

kullanıyorsa. Çünkü ÖÖG'ye eşlik etmeyen, yani pür öğrenme güçlülüğü çok azdır. Genellikle dikkat eksikliği hep eşlik ediyor bu vakalara.”

K5, “Eğer tanısından emin değilsek, eş tanılarının var olduğunu düşünüyorsak, bu durumun hızlıca toparlayabileceğini düşünüyorsak, o zaman 1 yılda verebiliyoruz.”

K8, “Tanısal açıdan bir değişiklik ya da bir ek tanı eklenmesini düşündüğümüz durumlar olabilir. O zaman daha kısa süreli rapor veririz. Ama ÖÖG'de biz genellikle iki yıllık rapor düzenliyoruz bizim hastanemizde.”

K15, “Başka bir hastalığı varsa eşlik eden ve çocuğun atıyorum fonolojik bozuklukla eşlik ediyorsa ve bu konuda dil konuşma terapisi önerildiyse dil konuşma terapisi 1-2 yıl içerisinde geçebilecek bir tanı olduğundan dolayı bu rapor süresini kısaltır. Ondan dolayı da süre değişir, düşer ama sadece ÖÖG varsa bu süre daha uzun olabilir.”

3.2.5.4. İzleme. Çocuk ve ergen psikiyatristlerinin %57.33'ü bireylerin izleme sürecini yapabilmelerinin rapor süresini belirlediği görüşünü belirtmiştir. Katılımcıların görüşleri şu şekildedir:

K7, “İlla bir yıl söyleyecek olursam, ortalama iki yıl gibi. Belki ilk raporda bir yıl, sonrasında iki yıl gibi. Şundan dolayı da önemli. Çocuğu tekrar değerlendirebilmek için de aslında biraz kısa çünkü yakalayamıyorsunuz başka türlü.”

K12, “Bir de ÖÖG bile olsa bazen hekime uğramayabiliyorlar. Raporu bir kere çıkardıktan sonra çocuğun eğitim alıp almadığından bile emin olamıyorsunuz çünkü karşınıza sadece heyette çıktığında ki böyle şeyler de var, bu gerçek konuştuğumuza göre parka gidip çocukları topluyorlar, özel eğitim merkezleri. O yüzden bir yılın üstü çok vermiyoruz.”

K13, “Yani şöyle, çocuk hastalarda zaten çok uzun süreli rapor çıkarmayı tercih etmiyoruz çünkü arada bir kontrol edilmesi gerekiyor hastalığın. Yani bu durum devam ediyor mu? Özel eğitim ihtiyacı devam ediyor mu? Bu süreçte çocuk özel eğitime gitti mi, gitmedi mi? Dolayısıyla biz zaten 1 ya da 2 yıldan çok fazla rapor çıkarmayı, çocuk çünkü gelişen ve değişen bir bireydi olduğu için tercih etmiyoruz ama şimdi bir yıl dediğiniz zaman yeterli olmama ihtimali yüksek. Onun ek desteğe ihtiyacı olduğu için. Genellikle o yüzden iki yıl oluyor. Ama bazen de örneğin ÖÖG raporları çıkartılmış zaten. İki yıl, üç yıl özel eğitim almış. Hafif düzeyde bir

ihtiyacı kalmış ve bunu da devam etmek istiyor özel eğitime. Öyle bir durumda tamam bir yıl daha al bakalım seneye tekrar bir değerlendirmeni yapalım diyebiliyoruz.”

3.2.5.5. Aile. Çocuk ve ergen psikiyatristlerinin %40'ı rapor süresini belirlemede aile faktörünün önemli olduğu bireyin eğitimlerinde destekleyici olup olmadığı rapor süresini belirlediği görünüşü bildirmişlerdir. Katılımcıların görüşleri şu şekildedir:

K1, “Bazen gerçekten özel eğitimden eğer de zekâ da iyiye, eşlik eden başka psikiyatrik durumlar yoksa çocuklar özel eğitimden hızlıca fayda görebiliyorlar ailenin katılımı da iyiye. O yüzden genelde ilk yıl, ilk raporda bir yıllık şekilde çıkarmaya çalışıyoruz.”

K10, “Ya da bazen işte başta bir ya da iki yıllık gibi veriyoruz ama sonra bakıyoruz belirtiler devam ediyor, aile efektif eğitimi aldırمامış, çocuğa ihmal edilmiş ya da belki de eğitimden kaynaklanan çocuğun belki kendi motivasyonu ya da belki aldığı eğitimin kalitesiyle alakalı bir zorluk var. Baktık istediğimiz ölçüde ilerlemiyor. O zaman rapor içerisinde daha uzun tutuyoruz tabii ki.”

K11, “Rapor süresini belirlerken de çocuğun yaşı, gelişim düzeyi, ailenin ilgilenme, eğitim verebilme becerisi ve imkânları bunların hepsine bakıyoruz. Şimdi ailede uyarıcı eksikliği belirgin. Çocuğa hiç ders çalıştırmıyor ama çocuk çok geri kalmış ve ÖÖG çok belirgin. Rapor çıkarıyoruz ama demiyoruz ki git üç sene sonra gel. Yani o çocuğun eğitime götürölüp götürölmeceğı, işte ailenin yeterince ilgilenip ilgilenmeyeceğı yakın takip edilmesi gerekiyor böyle ailelerde. O zaman diyoruz ki işte bir yıllık çıkaralım, bir yıl sonra değerlendirelim. Ya da iki yıllık çıkaralım, iki yıl sonra değerlendirelim. Bu çocuğun yaşını, sınıfını ve ailenin ilgilenebilme durumuna göre değişen bir şey.”

K14, “2 sene diyoruz. 1 sene olabiliyor ama ben 2 sene olması gerektiğı kanaatimdeyim. Çok basit bir spor aktivitesi bile yani yaptığınız ya da herhangi bir basit bir sporda bile bir senede zaten çok büyük bir fark göremiyorsanız yani böyle bir zorlu olan bir çocuğun bir senede toparlaması şöyle aile aşırı ilgilidir, eve özel eğitim öğretmeni geliyordur, sürekli bir takip sistemin içindedir. O aile için bir sene belki yeterli olabilir. Ama Türkiye toplumunda bu söylediğim senaryo biraz zor. Yani sadece özel eğitime gidip iki saat eğitimle çocuk eve geliyor ve evde ekstra aslında

pek de bir şey yapılmıyor. Bu noktada düşününce bence rutin olarak süresi en az iki sene olabilir.”

3.2.5.6. İmkana Ulaşma. Çocuk ve ergen psikiyatristlerinden K9 (%6.67) bireyin imkânlarla ulaşım ulaşamadığı faktörünün rapor süresini belirlediği görüşünü şu şekilde belirtmiştir.

“Bu da tabi ki imkânlarla bağlı olarak değişiyor. Ben kırsalda çalıştım. Bu imkânlarla ulaşım biraz daha zor. O zaman rapor süresini biraz daha uzun vermek çocuğun yararına oluyor. Atıyorum 3 yıllık gibi. Ama daha imkânların, olanakların olduğu bir merkezde İstanbul gibi yaşıyorsak süre daha kısa da olabilir.”

3.2.5.7. Bireyin Performansı. Çocuk ve ergen psikiyatristlerinin %73.33’ü bireyin performansının veya durumunun raporun süresini belirlerken önemli faktörlerden biri olduğu görüşlerini bildirmişlerdir. Katılımcıların görüşleri şu şekildedir:

K5, *“Bu tamamen çocuğun ihtiyacına göre değişen bir durum. Eğer bu çocuğun bu durumunda zaten aslında ÖÖG gibi diğer nörogelişimsel bozukluklar yaşam boyu devam eder. Bunlar ortadan kalkmazlar, birden kaybolmazlar çünkü beynin yapısıyla ilgili bir şeydir. Ama eşik altı kalabilirler. Yani eşik altı dediğimiz artık bu tanıyı karşılamayacak derecede belirtiler, çocuğun yaşantısını etkilemez hale gelir. Biz bir öngöründe bulunuyoruz.”*

K9, *“Tabi burada hastanın durumu da önemli. Yani eğer ÖÖG’de belirtiler şiddetliyse, çocukta ciddi bir akademik gerilik varsa, bir iki yıllık değil de üç yıllık şeklinde rapor düzenlemek daha sağlıklı olur.”*

3.2.6. Değerlendirme Süreci Öneriler

Çocuk ve ergen psikiyatristleri ÖÖG riski olan bireylerin değerlendirme sürecine ait önerilerde bulunmuştur. Çocuk ve ergen psikiyatristlerin önerilerine göre değerlendirme araçları, değerlendirme süresi, heyete başvurma, RAM, fiziksel koşullar, öğretmenlerle ilgili öneriler olmak üzere toplam 6 kategoriye ayrılmıştır. Bu kategorilere görüş bildiren katılımcılar tablo 3.17.’de gösterilmiştir.

Tablo 3.17. Değerlendirme Süreci Öneriler Alt Teması Ve Kategoriler

Alt Tema	Kategori	Katılımcılar	f
Değerlendirme Süreci Öneriler	Değerlendirme Araçları	K5, K6, K8, K12, K13, K14, K15	7
	Değerlendirme Süresi	K3, K4, K5, K6, K8, K10, K11, K13, K14, K15	10
	Heyete Başvurma Süreci	K12, K15	2
	RAM	K2, K7, K12, K14	4
	Fiziksel Koşullar	K3, K13	2
	Öğretmen	K2, K11	2
Toplam:			27

3.2.6.1. Değerlendirme Araçları. Çocuk ve ergen psikiyatristlerinin %46.67'si ÖÖG riski olan bireylerin tanınmasında değerlendirme araçlarının çeşitlendirilmesi ve hastanelerde uygulanabilir olmasıyla ilgili görüş bildirmiştir. Katılımcıların görüşleri şu şekildedir:

K5, “Kesinlikle ilk başta bu testlerin, formal testlerin yapılabilmesi, özellikle de ÖÖG’yle ilgili bu konuda çok yetersizliğimiz var. Bender, Gestalt vs. bir sürü aslında test var ama biz hiçbirini burada yapmıyoruz.”

K8, “Daha çok psikometrik testlerle mesela bizim ÖÖG bataryamızın tekrar devreye sokulması olabilir. Çünkü o bataryada yapılan şeyleri şimdi biz muayenede yapmak durumunda kalıyoruz. O da zaman alıyor. Ama batarya çok ayrıntılı bir şekilde bütün verileri bize çıkartıyordu. Tekrar o bataryanın kullanılması olabilir.”

K12, “Hani bize de, bizim de uygulayabileceğimiz özellikle özel eğitimcilerin desteğiyle geliştirilmesi gerektiğini düşünüyorum bu arada. Çocuk psikiyatrisinden ziyade. Zaten genelde öyle oluyor sanırım. Belli bataryalar olması devlet hastanesindeki psikologlara da bunların yayılması gerektiğini düşünüyorum.”

K13, “Hekimin süresi yeterli olmuyorsa da en azından aslında bu bataryaların daha uygulanabilir bir hale getirilmesi yani hastanelerde imkânların belki sağlanması olabilir. Çünkü sonuçta biz kendimiz de mesela işte zihinsel testleri, zekâ testleri vs. psikometrik testleri aslında kendimiz yapmıyoruz ama sonuçlarından

yararlanıyoruz. Yani benzer bir şey aslında ÖÖG'de de olsa bizim elimizi çok rahatlatır. Evet, çok fazla başvuru var ama en azından bizden önce değerlendirilmiş şekilde geleceği için biz eksikleri tamamlayarak tanılama sürecini yaparız sadece sonlandırırız öyle diye.”

“Ama ben birçok hastaneye danıştım aslında bu şeyi. Bu imkân aslında çoğu hastanede yok. Çoğu devlet hastanesinde yok. Dolayısıyla bizim hastanemizde de şu anda yok. O yüzden bu şekilde gidiyoruz. Belki işte bu bataryaların daha kullanıma sokulması ki zaten DSM'de de batarya ile konulması aslında bataryanın muhakkak uygulanması şeklinde de geçiyor. Yani sadece klinik olarak geçmiyor ama genel olarak bu şekilde hastanelerde.”

K14, “Onun dışında ÖÖG'yle ilgili bataryalar kullanılması bence değerlendirme için önemli.”

K15, “Psikologlarımızın hepsi öğrenme güçlüğü bataryası bilmediğinden dolayı her çocukta uygulanmıyor. Bence uygulanırsa bu bizim açımızdan ya da RAM tarafından ya da okuldaki kendi öğretmeni, psikolojik rehberlik öğretmeni uygularsa PDR'ci, en azından çocuk hakkında daha net bir görüş olup o şekilde yönlendirirse bizim için daha iyi olur.”

3.2.6.2. Değerlendirme Süresi. Çocuk ve ergen psikiyatristlerinin %66.67'si ÖÖG riski olan bireylerin tanılanmasında değerlendirme sürelerinin yetersiz olduğu ve bu sürelerin artırılmasıyla ilgili önerilerde bulunmuşlardır. Katılımcıların görüşleri şu şekildedir:

K6, “Daha uzun süremiz olsa keşke hastaları muayene ederken ve daha ayrıntılı değerlendirebilsek çünkü bu gösterdikleri öğrenme güçlüğüyle ilgili belirtileri başka birçok sebepten dolayı da o sıradaki o görüşmede gösterebiliyor olabilirler. O yüzden biraz daha zaman olsa hastalığı açana daha faydalı olur diye düşünüyorum.”

K10, “En önemlisi bizim için muayene sürelerinin daha uzun olması olabilir. Yarım saatin altında bir değerlendirme süresi çok uygun değil bence. Çünkü aileyle görüşüyoruz, çocukla görüşüyoruz. Bize getirdikleri materyalleri değerlendiriyoruz. Sonrasında öğretmen formları vs. gibi. O yüzden bence yarım saatin altında olmaması gerekir diye düşünüyorum. Yarım saat kırk dakika. Özellikle böyle ilk tanılama yaptığımız dönemlerde ilk tanılan çocuklar için bence önemli.”

K11, “Yani muayene sürelerinin yeterli olması lazım. Şimdi bizde, ben kendim poliklinik yaparken muayene süresi 10-12,5 dakika gibi bir şey oluyor. Bu kadar sürede efektif bir ÖÖG muayenesi yapmak çok mümkün değil ama ben tecrübeliyim. Bir şekilde hani daha hızlı kurtarmaya çalışıyorum ama sonuçta efektif bir değerlendirme için muayene sürelerinin daha uzun olması gerekir. Yani en fazla 20 dakika oluyor bizim hastanede asistanlar için. 20 dakikanın altında bir efektif değerlendirme yapma şansı çok yok. Olması gereken hem çocuğu hem aileyi ayrı ayrı değerlendirip en azından 40 dakika görüşme yapabiliyor olman lazım ki hani kapsamlı bir bilgi alabilesin.”

K14, “Yani dediğim gibi belki süre olarak daha uzun süre muayene süresi, değerlendirme süresi olabilir.”

3.2.6.3. Heyete Başvurma Süreci. Çocuk ve ergen psikiyatristlerinin %13.33’ü ÖÖG riski olan bireylerin tanılanmasında bireyin kendi veya özel eğitim kuruluşları tarafından yönlendirilerek psikiyatri muayenesinden geçmeden heyete başvurduğunu ifade etmişlerdir. Çocuk ve ergen psikiyatristleri bu süreçte öncelikle çocuk ve ergen psikiyatristi muayenesi yapıldıktan sonra heyete başvurulması gerektiğini ifade etmişlerdir. Katılımcıların görüşleri şu şekildedir:

K12, “İşte özel eğitim merkezlerinin veya kişinin kendi başına heyete başvurusunun önlenmesi. Önce mutlaka çocuk psikiyatristi ya da RAM’da değerlendirilip elinde bir yazı olarak...”

K15, “Hastalar hiç çocuk psikiyatri muayenesine gelmeden çocuk psikiyatristi tarafından ayırıcı tanıları yapıp tedavi ve takip sürecine tabi olmadan direk bazı özel kuruluşlar rehabilitasyon merkezleri tarafından direkt ÇÖZGER’e yönlendiriliyor randevu alınıp. Çocuğun geçmişinde hiçbir muayene kaydı yok. Doğal olarak ÇÖZGER’de bu ayırıcı tanıyı yapmak çok kolay olmuyor. Süre daha kısa çünkü heyet muayenelerinde ve takip süreci yok orada. 30 gün içerisinde karar vermemiz gerektiği için öyle yazıyor ama biz genelde takibi alıyoruz. Böyle bir sorunumuz var. Bu nedenden dolayı böyle bir hasta olduğunu, mutlaka önce bir çocuk psikiyatri poliklinik muayenesi ve takibinin yapılması daha doğru. Diğer türlü hastalar ÇÖZGER’e başvuruyor. Takibi yoksa biz o hasta için testlerini istiyoruz, öğretmen formlarını istiyoruz. Eğer eşlik eden bir DEHB tanısı varsa hasta o raporunu o zaman çıkartamıyor, rapor süreci açıkta kalıyor. Bu sefer hasta bir sonraki sefer ben başvurdum raporumu çıkartamadım diye ihtiyaç duyduğunda da

sonra rapor çıkarmaya yanaşmıyor ve iş uzuyor. O yüzden hastalarında kafası karışıyor bu süreçte. Önce poliklinik sonra o kısma geçmek daha sağlıklı.”

3.2.6.4. RAM. Çocuk ve ergen psikiyatristlerinin %26.67’si ÖÖG riski olan bireylerin tanılanmasında RAM’larla ilgili önerilerde bulunmuştur. Katılımcıların görüşleri şu şekildedir:

K2, “Birincisi belki şöyle, hani işleyiş milli eğitim adımını bilmiyorum ama okul RAM’ a gönderdiğinde, RAM bize gönderirken talep ettiği şeyi belki yazılı beyanla göndermesi daha sağlıklı, resmi yazıyla, evrakla. Çünkü aileler dediğim gibi anlatamıyorlar, bizi RAM gönderdi ya da okul gönderdi diyorlar ama ne için gönderdiğini bazen hani 5 dakikalık süre içinde ben öğretmenle konuşup o 5 dakikayı neden geldiğini anlamaya harcamak zorunda kalabiliyoruz. Ama hani bazen gönderen kurumlar gerçekten rehber öğretmen bile gönderse sebebini yazınca daha net oluyor.”

K14, “Dediğim gibi belki okul RAM'a yönlendirip RAM'da böyle bir ÖÖG bataryası uygulanıp çocuk direkt bize gelirse aslında bizim işimiz daha kolay olur. RAM'larda zaten zekâ testi de yapılıyor. O şekilde gelen vakalar var. O nasıl oluyor? Zincirleme o nasıl gidiyor bilmiyorum ama bazı aileler RAM'a gitmiş oluyorlar ve zekâ testiyle ve orada RAM'daki değerlendirmeye direkt geliyor. Öyle olduğunda ben zekâ testi eğer güncelse tekrar zekâ testi istemiyorum ve de öğretmen formuyla da gelirse zaten o görüşmede direkt rapor çıkartılması mümkün oluyor. Sürecin hızlanması için, bu sorunların azalması için belki RAM'ın bu arada daha aktif olması önemli olabilir.”

3.2.6.5. Fiziksel Koşullar. Çocuk ve ergen psikiyatristlerinin %13.33’ü ÖÖG riski olan bireylerin tanılanmasında fiziksel koşulların yetersizliğiyle ilgili önerilerde bulunmuşlardır. Katılımcıların görüşleri şu şekildedir:

K3, “Gün içinde çok fazla hasta bakmamızla yani benim akşam saatlerine doğru aynı sabahki verim olmuyor bende de. O yüzden hasta sayısını da bence azaltmak lazım. O da yine hekim sayısının artmasıyla mümkün. Hekim sayısının artması için de ona uygun fiziki koşulların sağlanması gerekiyor.”

K13, “Onun dışında tabii ki yine ortamla ilgili bir şey ki orada da muayeneyi asıl kendim yaptığım için aslında işte o bölünmeler falan problem oluyor. Yani o ayrıntılı bir şekilde öğrenme güçlüğü bataryası zaten bir şey. Hastanedeki psikolog

tarafından mesela yapılıyor olsa zaten çok uzun ve ayrıntılı bir test. O sırada zaten içeri kimse girmeyecek. Yani orada daha ideal bir ortam olur.”

3.2.6.6. Öğretmen. Çocuk ve ergen psikiyatristlerinin %13.33’ü ÖÖG riski olan bireylerin tanılanmasında öğretmenlerle ilgili önerilerde bulunmuştur. Katılımcılardan K11’in görüşü şu şekildedir:

K11, “Yani çoğu zaman biz öğretmenlerden de bilgi istiyoruz. Öğretmenlerin önemli bir kısmı işbirlikçi oluyor ve şey yapıyor, geri bildirim veriyor. Geri bildirim isterken de genelde işte biz kendi ölçeklerimiz yani öğrenme güçlüğü bataryası, öğ tarama testini ve ÖBF’yi ve TURGAY’ı falan verip bir bakıyoruz. Bunları öğretmenlerden doldurup göndermesini istiyoruz bize. Çoğu zaman geliyor. Bazen öğretmenler doldurmak istemeyebiliyorlar ya da işte çok yoğunum bu kadar çocuk var tanıyamam gibi bazen devlet okullarından bu tür şeyler geliyor. Bu noktada bazen zorluk oluyor. Bazen aileler çok üzerine düşmeyebiliyorlar. Özellikle iyi zaten, öğrenir. Kardeşi de böyleydi, sonra söktü falan deyip. Onlar bazen geçiştirebiliyorlar, geciktirebiliyorlar. Bizim en çok karşılaştıklarımız bunlar. Bizden çıktıktan sonra tabii RAM’a gidip hani o RAM’da raporunu onaylanıp eğitime başlama süreci var. O aşamaları bazen bazı aileler anlamamış oluyorlar. Orada raporu alıp üç ay sonra işte yine raporla geliyor ne yapacaktım diye. O süreçleri iyi takip etmek gerekiyor. Belki burada da hani öğretmen daha uyanık olabilir. Yani işte form vermiştik, bu çocuk öğrenemiyordu, hani bir rapor süreciniz kaldı, ne oldu dese o yönlendirebilir aslında. RAM yönlendirmelerinde de öğretmenlerin birazcık daha aktif olması gerekiyor.”

Bu çalışmada, çocuk ve ergen psikiyatristlerinin ÖÖG tanılama sürecinde izledikleri değerlendirme aşamaları, dört temel kategori altında toplanmıştır: anamnez alınması, eşlik eden ve ayırt edici tanıların yapılması, bilgi toplama süreci ve zekâ testi uygulanması. Bu yapılandırılmış süreç, hem tanı doğruluğunu artırmakta hem de bireye özgü bir müdahale planı geliştirilmesini mümkün kılmaktadır. Çocuk ve ergen psikiyatristleri bu kategoriler gerçekleştirildikten sonra tanı koyma işlemi yapıldığını belirtmişlerdir. Değerlendirmenin ilk aşamasında yer alan anamnez alma, çocuğun doğum öncesinden itibaren tüm gelişimsel öyküsünü kapsamaktadır. ÖÖG riski olan bireylerin değerlendirilmesinde, çocuk ve ergen psikiyatristlerinin %80’i birey hastaneye ilk geldiğinde öncelikle detaylı bir anamnez

alındığı görüşünü bildirmişlerdir. Bu aşamada psikiyatristler; çocuğun dil gelişimi, okul hayatı, sosyal çevresi, uyaran eksikliği ya da fizyolojik bir yetersizlik gibi etkenlerin varlığını sorgulayarak ÖÖG'nin yapısal mı yoksa çevresel mi kaynaklı olduğunu anlamaya çalışmaktadır. Katılımcılardan K5, *“Zaten her gelen çocuğa ilk önce detaylı bir değerlendirme, anamnez alıyoruz. Yani çocuğun öyküsünü öncelikle alıyoruz”* şeklinde ifade etmiştir. K10 ise, *“Şöyle, polikliniğimize gelen çocuklarda öncelikle çocukların biz anamnezini alıyoruz. Her gelen çocuğumuz gibi diğer gelişim basamaklarını hangi dönemde yapmış, zamanında yapmış mı? Çocuğun genel bir gelişim geriliği mi var yoksa sadece akademik becerilerle ilgili mi bir zorluğu var? Bunu ayırt etmek için detaylı bir anamnezini alıyoruz”* diyerek anamnez alma sürecinin önemini vurgulamıştır. K14, *çocuğun geçmiş öyküsü, doğum öyküsü, gelişim basamakları ve okul hayatı hakkında aileden bilgi alındığını belirtmiştir. K15 ise ÖÖG riskiyle gelen bir bireyde okuma ve yazmada gecikme varsa, hem gelişimsel öykü hem de akademik öykü hakkında detaylı bilgi aldıklarını, anaokulu sürecindeki öğrenme güçlüklerini, renkleri, sayıları, şekilleri öğrenirken sorun yaşayıp yaşamadığını, öğretmenin herhangi bir şey söyleyip söylemediğini ve ilkokul 1'deki durumunu sorduklarını belirtmiştir. Ayrıca, okumayı ne zaman söktüğünün önemli olduğunu ve dil konuşma alanında bir gerilik yaşanıp yaşanmadığının anamnez açısından önemli bilgiler olduğunu ifade etmiştir.* Özçivit Asfuroğlu ve Fidan'ın (2016) da belirttiği gibi, tanı sürecinde gelişimsel öykünün ayrıntılı bir şekilde alınması, hem genetik hem de çevresel faktörlerin anlaşılması açısından son derece önemlidir. Bu görüş, Öğülmüş'ün (2021) çalışmasında da desteklenmektedir; zira tanılama sürecinde en çok kodlanan sorunlar arasında ‘‘öykü almada güçlük’’ ve ‘‘aileden yeterli bilgi alınamaması’’ yer almaktadır. Bu araştırma da, ailelerin hastaneye ne amaçla geldiklerini bilmemeleri, bilgi eksiklikleri veya etiketlenme korkuları nedeniyle doğru ve yeterli bilgi verememeleri gibi nedenlerle öykü alma sürecinin aksayabileceğini ortaya koymuştur. İkinci aşamada, eşlik eden veya ayırt edici tanıların yapılması yer almaktadır. ÖÖG riskiyle gelen bireylerde çocuk ve ergen psikiyatristlerinin %100'ü bireyin ÖÖG'nin yanında eşlik eden bir tanısı olup olmadığı ya da bireyin başka bir tanıya sahip olup olmadığıyla ilgili klinik muayene ve zekâ testleri yapıldığını belirtmişlerdir. Bu süreçte psikiyatristler; DEHB, zihinsel yetersizlik gibi eşlik edebilecek ya da karıştırılabilecek tanıları dışlayarak ÖÖG'ye özgü belirtileri netleştirmeye çalışırlar. K1, *“Bu şikayetlerle başvuran çocuklarda biz genelde ayırıcı tanıları yapıyoruz. İşte dikkatle ilgili*

sorunlar var mı, DEHB var mı, zeka geriliği var mı, ÖÖG var mı gibi. Bununla ilgili psikiyatrik muayenemizi tamamlıyoruz öncesinde” şeklinde ifade etmiştir. K5 ise, nörogelişimsel bozuklukların birbirleriyle sık eş tanı görülebildiğini, bu nedenle öncelikle çocuğun sorun alanlarının tespit edilmesi gerektiğini ve ÖÖG varsa DEHB, anksiyete bozuklukları, depresyon gibi eşlik eden sorunların da tespit edilmesi gerektiğini belirtmiştir. K9’da, “ÖÖG’den şüphelensek bile ÖÖG’ye eşlik eden birçok komorbit durum olabiliyor. Dikkat eksikliği ya da DEHB, onun dışında başka bir sürü problem olabiliyor. Önce bir psikiyatrik değerlendirme yapmak gerekiyor” diyerek eşlik eden durumların önemini vurgulamıştır. K11, mental retardasyon ile ÖÖG’nin sıklıkla karıştığını ve bu nedenle iyi bir mental değerlendirme yapılması gerektiğini belirtmiştir. K12 ise, dikkat eksikliğinin ek tanı olabileceğini ve bazen öğrenme güçlüğünün dikkat eksikliği tedavisine rağmen devam edip etmediğini değerlendirdiklerini ifade etmiştir. DSM-V (APA, 2013), ÖÖG tanısı koyulmadan önce bireyin akademik yetersizliklerinin başka bir bozuklukla açıklanamayacak derecede özgül olması gerektiğini vurgular. Bu nedenle, ayırıcı tanı süreci tanının geçerliliği açısından zorunlu bir aşamadır. Üçüncü aşama, bireyin yakın çevresinden özellikle öğretmen ve ebeveynlerden yapılandırılmış bilgi formları aracılığıyla bilgi toplama sürecidir. ÖÖG riski olan bireylerin tanılanmasında çocuk ve ergen psikiyatristlerinin %66.67’si bireyin okul ve çevresinden bilgi toplamak adına formlar yollandığı ve bu formları dikkate aldıklarını belirtmişlerdir. Bu aşama, çocuğun okulda ve evdeki işlevselliğini, akademik performansını ve günlük yaşam becerilerini bütünsel olarak değerlendirmeyi amaçlar. K1, psikiyatrik muayene sonrası bilgi toplandığını, okuldan öğretmen bilgi formu istediklerini, aileden karne ve defterleri isteyebildiklerini, hatta evdeki ders çalışma ortamını görmek için video kayıtları istediklerini belirtmiştir. K2 ve K4 de görüşmeye gelirken öğretmen formuyla geldiklerini ve ikinci görüşmede bu formları değerlendirdiklerini ifade etmiştir. K6, öğretmen formlarının çok değerli olduğunu, onların gözlemleriyle tanı koyduklarını belirtmiştir. K7 ise detaylı psikiyatrik ve mental muayeneye ek olarak, okul defterlerinden, öğretmen bilgi formlarından, hatta birden fazla öğretmenin bilgisini almak gibi çeşitli veri toplama araçları kullandıklarını belirtmiştir. K8, öğrenme güçlüğü ön tanısı varsa öğretmenlerden bilgi almak için form gönderdiklerini ve sonrasında daha detaylı bir muayene yaptıklarını belirtmiştir. K9, okullarla görüşmek istediklerini, öğretmenlere form gönderdiklerini ve tüm bilgileri birlikte

değerlendirdiklerini ifade etmiştir. K10 da öğretmen formları ile veri topladıklarını, bazen çocuğun defterlerini istediklerini belirtmiştir. K13 ve K15 de mutlaka öğretmen bilgi formu aldıklarını ve bu formları kullandıklarını belirtmişlerdir. Ancak Öğülmüş'ün (2021) çalışmasında da görüldüğü gibi, öğretmenlerden yeterli ve nitelikli bilgi alınamaması tanı sürecini zorlaştırmaktadır. Bu çalışmada da benzer bir sonuç elde edilmiş; özellikle okul öncesi dönemde öğretmen-psikiyatrist iş birliğinin zayıf olması, bilgi toplama aşamasında boşluklara neden olmuştur. Çocuk ve ergen psikiyatristlerinin %33.33'ü öğretmenlerin ÖÖG'yle ilgili farkındalık ve bilgi birikiminin fark edilme aşaması için çok önemli olduğunu ancak öğretmenlerin farkındalık ve bilgisinin yetersiz olduğunu ve bundan kaynaklı bireylerin fark edilme süreçlerinin gecikebildiğini ve velilerin yanlış yönlendirmeyle çocuk ve ergen psikiyatrisine başvuruda bulunabildiğini belirtmişlerdir. K8, öğretmenin konuyla ilgili farkındalığı yoksa veya aileyi yeterince yönlendiremezse, ailelerin de geç başvurabildiğini ifade etmiştir. K9 ise öğretmenlerin farkındalık düzeylerinin ve bilgi birikimlerinin olması gerektiği gibi olmadığını ve ilkökul öğretmenlerine yeterli ve nitelikli bir eğitim verilmesi gerektiğini vurgulamıştır. K11, öğretmenlerin fark edip yönlendirebildiğini ancak hepsinin deneyimli olmadığını ve bazen süreci geciktirebildiklerini belirtmiştir. K6 ise öğretmenlerin ÖÖG'yi fark edemeyebildiklerini ve farklı öğrendiğini gözlemleyemedikleri için çocukların yönlendirmelerinin daha farklı olabildiğini ifade etmiştir. Son aşama olan zekâ testi uygulaması ise, ayırıcı tanıların netleştirilmesinde önemli bir araçtır. Çocuk ve ergen psikiyatristlerinin %100'ü ÖÖG riski ile gelen bireylerin eşlik eden ve ayırt edici tanıların yapılması için mutlaka zekâ testi yapıldığı ve bundan sonra tanı koyma işleminin yapıldığı görüşünü bildirmişlerdir. Genellikle WISC-R zekâ testi yapıldığı bildirilmiştir. Tanı koyma sürecinde, bireyin genel zihinsel düzeyinin öğrenme güçlüğüünü açıklayıp açıklayamayacağı değerlendirilir. Zekâ testi sonuçları, zihinsel yetersizlik ile ÖÖG arasında ayırım yapılmasına olanak tanır. K1, ayırıcı tanıyı sağlamak için zekâ testi yapıldığını ve zekâ testi sonrası özgül öğrenme bataryası yapıldığını belirtmiştir. K6, WISC-R testinin genellikle hastanelerinde yapıldığını ifade etmiştir. K8 ise ÖÖG lehine bir ön tanı varsa, okuma-yazma ve matematik becerilerine bakıldığını ve psikometrik test istendiğini belirtmiştir. K10, WISC-R'in öğrenme güçlüğüünü dışlamak ve destekleyici bir test aracı olarak kullanıldığını, bazen öğrenme güçlüğü bataryası da kullanabildiklerini ifade etmiştir. K11, hastane içerisinde WISC-R ve WISC-IV gibi farklı testler uyguladıklarını belirtmiştir. K12 ve

K13 de hastanelerinde WISC-R veya WISC-IV testlerinin uygulandığını belirtmişlerdir. K14, ÖÖG düşündüğü hastalara kesinlikle WISC-R zekâ testi istediğini, sözel ve performans puanları arasında fark çıktığını ve bazen Bender-Gestalt veya dikkat testleri de istediğini belirtmiştir. K15 ise öğrenme güçlüğü açısından mutlaka zekâ testi yapılması gerektiğini ve WISC-R ile D2 dikkat testi istediklerini ifade etmiştir. Fletcher ve arkadaşları (2018), zekâ testlerinin ÖÖG tanılama sürecinde mutlaka çok yönlü değerlendirmelerle birleştirilmesi gerektiğini, tek başına belirleyici olmadığını fakat ayırt edici tanılarda değerli bir destek sağladığını vurgulamışlardır. Yurt dışı araştırmalar da bu çok aşamalı yaklaşımı desteklemektedir. Örneğin, Grigorenko (2001), kapsamlı bir tanı süreci yürütülmeden sadece akademik performansa dayalı tanıların yanlış veya eksik olabileceğini ifade ederken, Lyon et al. (2001), tanının doğruluğu için anamnez, gözlem, çoklu bilgi kaynaklarından veri toplama ve standardize testlerin bir arada kullanılması gerektiğini savunmaktadır. Avrupa’da yaygın olan RTI (Response to Intervention) modeli ise benzer şekilde, tanı öncesinde sistematik müdahale ve izleme süreçlerinin uygulanmasını ve bireyin bu süreçlere verdiği tepkiye göre değerlendirme yapılmasını önermektedir (Fuchs and Fuchs, 2006). Sonuç olarak, bu çalışmada ortaya çıkan çocuk ve ergen psikiyatristlerinin değerlendirme aşamalarına ilişkin bulgular, hem ulusal hem de uluslararası literatürle yüksek oranda örtüşmektedir. Tanı sürecinin geçerliliği ve güvenilirliği açısından öykü alma, ayırıcı tanılama, çevreden bilgi toplama ve zekâ testlerinin sistematik biçimde bütüncül olarak uygulanması gereklidir. Bu süreçlerin herhangi birinde yaşanan aksaklık, hem yanlış tanıya hem de gecikmiş müdahaleye neden olabileceğinden, multidisipliner iş birliğinin ve aile bilgilendirmesinin önemi bir kez daha ortaya çıkmaktadır.

Değerlendirme sürecinde kullanılan araçlar, ÖÖG tanısının geçerliliği ve güvenilirliği açısından kritik öneme sahiptir. Alanyazında, çocuk ve ergen psikiyatristlerinin değerlendirmede çoğunlukla WISC-R, WISC-IV, ÖÖG Bataryası, Turgay DEHB Ölçeği ve Çocuk Davranışı Kontrol Listesi gibi yapılandırılmış ölçme araçlarını kullandıkları bildirilmektedir (Öğülmüş, 2021). Bu araçlar, bireyin zihinsel kapasitesi, dikkat, davranış ve akademik becerileri hakkında kapsamlı bilgi sağlamaktadır. Ancak aynı çalışmada, bazı çocuk ve ergen psikiyatristlerinin yapılandırılmış testlerin yanında bireyin okuma-yazma defterlerine bakarak, gözleme dayalı değerlendirme yaptıkları ve bu süreçte standart test kullanmadıkları da belirtilmiştir. Bu çalışmanın bulguları, Öğülmüş’ün (2021) verilerini büyük ölçüde

doğrulamakla birlikte, değerlendirme aracı çeşitliliği bakımından dikkat çekici bazı farkları da ortaya koymuştur. Araştırmaya katılan çocuk ve ergen psikiyatristleri, ÖÖG riski olan bireylerin değerlendirme sürecinde formal ve informal olmak üzere toplam 13 farklı değerlendirme aracını kullandıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların %100'ü yapılandırılmış, standart, geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmış formal değerlendirme araçlarını kullandıklarını ifade etmişlerdir. En sık kullanılan formal testler WISC-R ve WISC-IV zeka testleri olmuştur. Katılımcıların tamamı WISC-R veya WISC-IV zeka testlerini kullandıklarını belirtmişlerdir. Örneğin K5 *“Aynı zamanda zekâ değerlendirmesi, WISC-R yapıp, orada belki performans puanıyla sözel puan arasında belirgin farklar varsa veya alt testleriyle ilgili bize düşündürten durumlar varsa bir şüphe içerisine girersek o zaman yine buna yönelik, tanıya yönelik bir düşünce sahibi olabiliyoruz.”* ifadesini kullanmıştır. Öğülmüş'ün (2021) çalışmasında belirtilen ÖÖG Bataryası ve Turgay DEHB Ölçeği'nin yanı sıra, bu araştırmada Porteus Labirent Testi, Kent EGY, Bender Gestalt Görsel Motor Algı Testi ve D2 Dikkat Testi gibi daha az yaygın kullanılan ölçme araçlarına da başvurulduğu gözlemlenmiştir. Özellikle K14, *“Bazı hastalara yeni testler var. Bender-Gestalt diye bir görsel testler olabiliyor veya dikkat testleri olabiliyor. Onları da ayrıca istemiş oluyorum”* diyerek bu testlerin kullanımına değinmiştir. Katılımcı K15, *D2 dikkat testini de hastadan hastaya değişmekle birlikte kullandıklarını belirtmiştir.* Ancak, bazı çocuk ve ergen psikiyatristlerinin ÖÖG bataryasının hastanelerinde bulunmaması veya uygulayabilecek eğitimli psikolog yetersizliği gibi nedenlerle bu testleri kullanamadıkları da belirtilmiştir. Örneğin K13, *“Hastanemizde ÖÖG bataryamız maalesef yok”* derken, K14, *“Bazı bataryalar vesaire onları yapamıyoruz burada”* şeklinde bu kısıtlılıktan bahsetmiştir. Bunun yanı sıra, standart testlerin ötesine geçilerek bireyin okul karnesi, defterleri, video kayıtları gibi pedagojik ve gözleme dayalı materyallerin de tanılama sürecinde kullanıldığı görülmüştür. Katılımcıların %93.33'ü informal değerlendirme araçlarını kullandıklarını belirtmiştir. Bunlar arasında öğretmen ve aile bilgi formları (%86.67) en yaygın olarak kullanılmıştır. K1, *“Okuldan öğretmen bilgi formu istiyoruz, aileden karne ve defterleri isteyebiliyoruz. Hatta evdeki ders çalışma ortamını görmek için video kayıtları istiyoruz”* diyerek informal araçların çeşitliliğine dikkat çekmiştir. Katılımcıların çoğu öğretmen bilgi formlarının ve çocuğun ders çalışma materyallerinin değerlendirme sürecinde önemli olduğunu vurgulamışlardır. Bu durum, tanı sürecinin yalnızca psikometrik araçlara dayanmadığını, klinik

değerlendirme ve profesyonel yargının da önemli bir bileşen olduğunu göstermektedir. Yurt dışı literatürde ise değerlendirme aracı çeşitliliğinin daha geniş olduğu göze çarpmaktadır. Harwell (2008), Amerika’da ÖÖG tanısı için kullanılan ölçme araçlarının oldukça çeşitli olduğunu ve tanı sürecinde çok sayıda testin bir arada değerlendirildiğini belirtmiştir. Bunlar arasında Stanford–Binet Zekâ Testi, Frostig Görsel Algı Testi, Peabody Resim-Kelime Testi, Bender Gestalt, WRAT (Geniş Kapsamlı Başarı Testi), Head Sağ-Sol Tayini Testi, Gesell Gelişim Figürleri gibi çeşitli bilişsel, motor ve akademik becerileri değerlendiren testler yer almaktadır. Bu testlerin birçoğu, Türkiye’deki rutin psikiyatrist değerlendirme süreçlerinde nadiren kullanılmakta ya da yalnızca belirli merkezlerde uygulanabilmektedir. Yurt dışı uygulamalar ayrıca, değerlendirme sürecinde bireyin öğretmen gözlemleri, öğrenci portfolyoları, video analizleri ve müdahaleye yanıt verme (Response to Intervention, RTI) gibi sistematik izleme süreçlerini de dikkate almaktadır (Fletcher et al., 2018). Türkiye’de ise bu uygulamalar henüz sınırlı düzeyde sistematikleşmiştir ve genellikle bireysel klinik uygulamalara bağlı olarak değişkenlik göstermektedir. Sonuç olarak, bu araştırma hem yapılandırılmış ölçme araçlarının hem de öğretmen defterleri, okul karnesi, video kayıtları gibi gözlemsel verilerin çocuk ve ergen psikiyatristleri tarafından değerlendirme sürecinde bütüncül olarak kullanılabilmesini göstermektedir. Bu durum, tanının yalnızca sayısal test sonuçlarına değil, aynı zamanda bağlamsal verilere ve klinik değerlendirmeye de dayandığını ortaya koymaktadır. Ancak değerlendirme araçlarının standardizasyonu, geçerliliği ve kültürel uygunluğu konusunda daha sistematik bir yaklaşım benimsenmesi, tanı süreçlerinin kalitesini artıracaktır.

Bu çalışmada, ÖÖG riski taşıyan bireylerin değerlendirme sürecinde kullanılan fiziki ortamların mevcut durumu incelenmiş ve çocuk ve ergen psikiyatristlerinin bu konudaki görüşleri değerlendirilmiştir. Araştırma bulguları, değerlendirme ortamlarının fiziki koşullarının tanılama süreci üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Bu bağlamda, katılımcıların yalnızca %33,33’ü fiziki koşulları olumlu olarak değerlendirmiş, %53,33’ü ise çeşitli açılardan yetersiz bulduklarını belirtmiştir. Bu bulgu, Türkiye’de tanılama süreçlerinin yürütüldüğü fiziki ortamların standardize edilmediğini ve çoğu zaman çocuğun dikkat, yaş ve gelişim özelliklerine uygun biçimde düzenlenmediğini ortaya koymaktadır. *Olumsuz görüş belirten katılımcılar*; değerlendirme odalarının küçük ve yetersiz olduğunu, sessiz bir ortam sağlanamadığını, poliklinik yoğunluğu

nedeniyle sürekli giriş-çıkış yaşandığını ve yaş ile gelişim düzeyine uygun materyallerin eksik olduğunu ifade etmişlerdir. Bu durum, yalnızca çevresel faktörlerin değerlendirme sonuçlarını etkilemesiyle sınırlı kalmamakta, aynı zamanda dikkat eksikliği veya DEHB gibi eş tanılarının bulunduğu durumlarda tanı sürecinin daha da güçleşmesine neden olmaktadır. Özellikle K14'ün vurguladığı gibi, dikkat eksikliği olan çocuklar için dikkat dağınıcı unsurların azaltılması önemlidir. Alanyazında da benzer şekilde, değerlendirme ortamlarının sessiz, dikkat dağınıcı uyaranlardan arındırılmış, bireyin yaşına ve duyuşal ihtiyaçlarına uygun biçimde düzenlenmesi gerektiğı vurgulanmaktadır (Ataman, 2009; Melekoğlu, 2011). Uluslararası düzeyde yayımlanan standartlar da bu durumu desteklemektedir. Örneğın, National Joint Committee on Learning Disabilities (NJCLD, 2011) değerlendirme ortamlarının yaşa, dikkat düzeyine ve duyu ihtiyaçlarına uygun olarak düzenlenmesini açıkça önermektedir. Benzer şekilde American Academy of Pediatrics (AAP, 2011), değerlendirme ortamının uygunluğu ile tanılarının geçerliliğı arasında doğrudan bir ilişki olduğunu belirtmektedir. Gelişmiş ölkelerdeki uygulamalarda, tanılama süreçleri genellikle çok disiplinli ekiplerce yürütölmekte ve bu süreçler özel olarak tasarlanmış, dikkat dağınıcı uyaranlardan arındırılmış ortamlarda gerçekleştirilmektedir (Reid, 2005). Buna karşın Türkiye'de, özellikle devlet hastanelerindeki değerlendirme ortamları yoğunluk, alan kısıtlılığı ve fiziksel altyapı yetersizlikleri nedeniyle çoğı zaman ideal koşulları sağlayamamaktadır. Nitekim katılımcı görüşleri de bu eksiklikleri açıkça ortaya koymakta, bazı hastanelerde yaşa uygun masa ve sandalye dahi bulunmadığı ifade edilmektedir (örneğin, K14'ün görüşü). Bu araştırma kapsamında elde edilen bulgular, Türkiye'de fiziki değerlendirme ortamlarına yönelik özgün çalışmaların sınırlı olduğu mevcut literatürde önemli bir boşluğu doldurmaktadır. Tanılama ortamlarının yetersizliğinin, değerlendirme sonuçlarının hem güvenilirliğini hem de geçerliliğini olumsuz etkileyebileceğı göz önünde bulundurulduğunda, bu konuda sistemsel düzeyde iyileştirme yapılması gerekliliğı ortaya çıkmaktadır. Sadece bireysel hastane bazında değil, genel sağık politikaları çerçevesinde çocuk ve ergen psikiyatri birimlerinde tanılama süreçlerinin yürütöleceğı fiziksel ortamların standardize edilmesi, bu alanın niteliğini artıracaktır. Sonuç olarak, bu araştırmanın bulguları, fiziki koşulların tanılama sürecinde yalnızca destekleyici bir unsur değil, kimi zaman belirleyici bir faktör olduğunu ortaya koymuştur. Tanıların daha geçerli ve güvenilir biçimde yapılabilmesi için, çocukların gelişim özelliklerine uygun, dikkat dağınıcı

unsurlardan arındırılmış, sessiz ve standartlaştırılmış değerlendirme ortamlarının oluşturulması bir zorunluluk olarak karşımıza çıkmaktadır.

Bu araştırmanın bulguları, ÖÖG tanı sürecinde değerlendirme süresinin önemli bir sorun alanı olarak öne çıktığını göstermektedir. Araştırmaya katılan çocuk ve ergen psikiyatristlerinin %73,33'ü değerlendirme süresinin yetersiz olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların büyük çoğunluğu, hastane ortamında bir günde çok sayıda çocuğun değerlendirilmesi gerektiği için her bireye özgü, kapsamlı bir değerlendirme yapmanın oldukça zorlaştığını ifade etmiştir. Özellikle ÖÖG gibi dikkat ve öğrenme süreçlerinin ayrıntılı olarak ele alınması gereken tanılarda kısa süreli muayenelerin tanısal doğruluk üzerinde olumsuz etkiler yarattığı vurgulanmıştır. Bu bulgu, mevcut sistemin tanılama kalitesi açısından önemli bir yapısal eksikliğe işaret etmektedir. Nitekim birçok katılımcı, tanı sürecinin yalnızca tek bir görüşmeyle sınırlı kalamayacağını; tanı koymadan önce en az 2-3 seanslık değerlendirme süreci yürütüldüğünü belirtmiştir (K6, K10, K13). Bununla birlikte, randevu sürelerinin çoğu zaman 15–20 dakika ile sınırlı olduğu, bu sürede hem çocuk hem de aileden ayrıntılı bilgi almanın, test sonuçlarını değerlendirmenin ve gözlem yapmanın yeterli olmayacağı görüşü sıklıkla dile getirilmiştir (K3, K5, K8, K12, K15). Bu bağlamda ideal süre önerileri 30 dakikadan başlayarak 60 dakikaya kadar uzanmakta; bazı uzmanlar (örneğin K15) zaman darlığı nedeniyle öğrenme bataryası gibi detaylı testleri uygulayamadıklarını ifade etmektedir. Bu bulgular, Bıçakcı ve Çakıroğlu'nun (2023) çalışmasıyla da örtüşmektedir. Söz konusu çalışmada ailelerin önemli bir kısmı, hem RAM hem de hastanelerde yapılan değerlendirme süresinin kısa olduğunu ve çocuklarının yeterince gözlemlenmeden tanı aldığını belirtmiştir. Ailelerin bu konudaki memnuniyetsizliği, tanıya duyulan güveni azaltmakta, ayrıca çocuğun alacağı destek eğitimin gecikmesine yol açabilmektedir. Uluslararası literatürde de benzer sorunlar uzun süredir tartışılmaktadır. American Academy of Pediatrics (AAP, 2011), öğrenme güçlüğü, disleksi ve dikkat eksikliği gibi nörogelişimsel bozuklukların tanılanmasında yalnızca kısa süreli görüşmelerin yeterli olmadığını, tanının çok boyutlu ve sistematik bir şekilde zaman içerisinde yapılandırılması gerektiğini ifade etmektedir. AAP'ye göre kapsamlı bir tanı süreci; birebir görüşmelerin yanı sıra öğretmen ve aileden bilgi toplama, gözlem yapma ve psikometrik testlerin uygulanmasını da içermelidir. Fletcher ve arkadaşları (2018) da ÖÖG tanısının yalnızca akademik başarıya değil; dikkat, bilişsel işleyiş ve sosyal-duygusal gelişime dayalı olarak çok yönlü biçimde ele alınması gerektiğini

belirtmiştir. Bu değerlendirme yaklaşımının kısa süreli oturumlarla sağlıklı yürütülemeyeceği açıktır. Öte yandan, birçok gelişmiş ülkede uygulanan Response to Intervention modeli, tanıdan önce müdahaleye verilen tepkinin sistematik olarak izlenmesini içermektedir (Fuchs and Fuchs, 2006). Bu izleme süreci haftalar hatta aylar sürebilmekte ve çocuğun öğrenme potansiyelini anlamaya yönelik zaman içinde yapılan gözlemleri temel almaktadır. İngiltere’deki uygulamalarda ise tanı süreci; pedagojik gözlemler, aile ve öğretmen geri bildirimleri ile klinik değerlendirmeleri içeren çok katmanlı bir yapı ile yürütülmektedir (Reid, 2005). Bu ülkelerde çocuk başına ayrılan değerlendirme süresi ortalama 2–3 saati bulmakta ve tanı, bireysel farklılıklara duyarlı bir sistem içerisinde yapılandırılmaktadır. Türkiye’de ise araştırma bulgularına göre tanı süreci büyük ölçüde bireyin başvuru zamanına, hastane koşullarına ve randevu sisteminin işleyişine bağlı olarak değişmektedir. Katılımcılar, özellikle birinci sınıf düzeyinde başvuran çocukların izleme sürecine alındığını, tanının aceleyle konulmadığını belirtmekle birlikte, ikinci veya üçüncü sınıf düzeyinde başvuran bireylerde daha kısa sürede tanı konulabildiğini ifade etmişlerdir. Bu durum tanı sürecinde bireysel değişkenliğin önemli olduğunu göstermekte, ancak aynı zamanda sistemsiz belirsizliklerin de altını çizmektedir. Bazı katılımcılar, sürecin 3–4 görüşmede tamamlandığını belirtirken (K10, K12), bazıları ise bu sürenin 6 aya kadar uzayabileceğini ifade etmiştir (K15). Sonuç olarak, araştırmanın bulguları Türkiye’de ÖÖG tanı sürecinin hem süre hem de yapı açısından standardize olmadığını göstermektedir. Özellikle kısa muayene süreleri ve yüksek hasta yoğunluğu, tanısal doğruluğu olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu bağlamda sistem düzeyinde iyileştirmelere ihtiyaç duyulmaktadır. Tanılama sürecinin bireyselleştirilmesi, psikiyatrist başına düşen vaka sayısının azaltılması, multidisipliner ekiplerle çalışılması ve aile-okul bilgi paylaşımı süreçlerinin güçlendirilmesi; daha geçerli, güvenilir ve çocuğun ihtiyaçlarına uygun tanı süreçlerinin oluşturulmasına katkı sağlayacaktır.

Bu çalışmada, çocuk ve ergen psikiyatristlerinin ÖÖG tanısı alan bireylerin sağlık kurulu rapor sürelerini belirlerken yalnızca klinik değerlendirme verilerine değil, bireyin sosyal çevresi, eğitim durumu, eşlik eden tanıları, ailesel destek düzeyi ve çevresel koşullar gibi çok boyutlu faktörleri göz önünde bulundurdıkları ortaya çıkmıştır. Katılımcıların görüşleri, rapor süresinin bireyselleştirilmiş ve bağlama duyarlı bir anlayışla belirlendiğini göstermektedir. Araştırma kapsamında çocuk ve ergen psikiyatristlerinin %73,33’ü rapor süresini bireyin performansı doğrultusunda

şekillendirdiklerini belirtmiştir. Katılımcılar (örneğin K5, K9), ÖÖG'nin kalıcı ancak bireyden bireye değişkenlik gösteren bir nörogelişimsel bozukluk olduğunu; belirtilerin şiddeti ve bireyin akademik gerilik düzeyinin rapor süresine doğrudan etki ettiğini ifade etmişlerdir. Eş tanıların varlığı da rapor süresi kararını etkileyen bir başka önemli faktör olarak öne çıkmaktadır. Katılımcıların %33,33'ü (K1, K2, K5, K8, K15), özellikle DEHB gibi bozuklukların ÖÖG ile sıklıkla birlikte görüldüğünü, bu tür eş tanıların belirtileri maskeleyebileceğini ya da şiddetlendirebileceğini vurgulamıştır. Bu nedenle, eşlik eden tanıların tedavisi ve izlenmesi tamamlanmadan uzun süreli rapor düzenlenmemesi gerektiği belirtilmiştir. Bu yaklaşım, Ögülmüş'ün (2021) ÖÖG ve DEHB gibi bozuklukların birlikte görülmesinin tanılama sürecini karmaşıktırdığına yönelik bulgularıyla da örtüşmektedir. İzleme kriteri, psikiyatristlerin %57,33'ü tarafından belirtilmiş olup; özellikle çocukların gelişimsel olarak izlenmesi, özel eğitimden fayda görüp görmediklerinin değerlendirilmesi açısından raporların sık aralıklarla yenilenmesini gerekli kılmaktadır. Bu durum, hem çocuğun gelişim sürecinin etkin izlenmesini sağlamak hem de destekleyici eğitimlerin etkisini gözleme fırsatı sunmaktadır. K7 ve K13 gibi katılımcılar bu nedenle rapor sürelerinin genellikle 1–2 yıl aralığında tutulduğunu ifade etmişlerdir. Aile tutumları da rapor süresini belirleyen önemli bir faktör olarak belirtilmiştir. Katılımcıların %40'ı (K1, K10, K11, K14) ailenin çocuğun eğitime aktif katılımının rapor süresinin belirlenmesinde etkili olduğunu belirtmiştir. Ailenin ilgisizliği, uyarıcı eksikliği ya da eğitime erişimdeki zorlukları durumunda kısa süreli raporlar verilerek izleme süreci sıklaştırılmaktadır. Bu bulgu, Başar, Göncü ve Baran'ın (2020) ÖÖG tanısı almış bireylerin eğitim başarısında aile katılımının belirleyici rol oynadığını ortaya koyduğu çalışmayla örtüşmektedir. Ayrıca, Bıçakcı ve Çakıroğlu (2023) da ailelerin tanı sürecine yeterince katılamamasının değerlendirme sürecini olumsuz etkilediğini vurgulamıştır. Kaynaştırma uygulamaları ve sosyal algı gibi çevresel faktörler de rapor süresi belirlenmesinde dikkate alınmaktadır. Katılımcılar, bazı ailelerin ÖÖG raporu nedeniyle çocuklarının “kaynaştırma öğrencisi” olarak etiketlenmesinden endişe duyduklarını ve rapor süresi dolduktan sonra sildirme talebinde bulunduklarını belirtmiştir (K7, K13). Bu durum, Kocaoğlu ve ark. (2023) kaynaştırma uygulamalarına dair bazı ailelerin önyargılı tutumlar sergilediğine dair bulgularıyla örtüşmektedir. Sosyal algının olumsuz olması, rapor süresinin uzmanlar ve aileler tarafından daha dikkatli ve temkinli şekilde belirlenmesine neden olmaktadır. Coğrafi erişim de rapor süresi

üzerinde etkili olan faktörlerden biridir. Kırsal bölgelerde görev yapan uzmanlardan K9, bu bölgelerdeki imkân eksiklikleri nedeniyle çocukların takibinin zorlaştığını ve bu nedenle daha uzun süreli raporlar düzenlemeyi tercih ettiklerini belirtmiştir. Graham ve Tancredi'nin (2020) Kanada'daki kırsal çocuklara yönelik rapor sürelerinin erişim güçlüğü nedeniyle daha uzun tutulduğuna yönelik bulguları da bu durumu desteklemektedir. Yurt dışı literatürde de rapor süresi belirlenirken bireyin sosyal bağlamı ve öğrenme çevresi dikkate alınmaktadır. Örneğin, Scanlon (2013), ABD'deki özel eğitim değerlendirme süreçlerinin yalnızca belirti temelli değil; çocuğun ailesel desteği, öğretmen geri bildirimleri ve çevresel koşullarıyla birlikte değerlendirildiğini belirtmiştir. Reed ve Osborne (2012) ise İngiltere'de rapor sürelerinin öğretmen ve aile görüşlerine dayalı olarak yapılandırıldığını, bu uygulamanın bireyselleştirilmiş destek planlarını güçlendirdiğini ifade etmektedir. Sonuç olarak, bu araştırma bulguları hem ulusal hem de uluslararası literatürle paralel biçimde, sağlık kurulu rapor süresinin yalnızca tanı kriterlerine göre değil; bireyin sosyal, duygusal, çevresel ve eğitimsel bağlamlarıyla birlikte ele alınması gerektiğini göstermektedir. Bu çok faktörlü yaklaşım, çocuğun sadece tanı koduyla değil, yaşam bağlamı içerisinde değerlendirilmesini sağlayarak, daha bütüncül ve etkili bir destek sürecine zemin hazırlamaktadır.

Çocuk ve ergen psikiyatristleri değerlendirme aşamasıyla ilgili önerilerde bulunmuştur. Bu öneriler şöyle toparlanabilir:

- Değerlendirme araçlarının çeşitlendirilip hastanelerde uygulanabilir halde olması bireylerin daha doğru ve hızlı tanılmasını sağlayacağı,
- Değerlendirme sürelerinin artırılması bireyi daha etkili ve tüm gelişim basamaklarına dikkate alarak değerlendirmek adına daha doğru ve hızlı tanılama sağlayacağı,
- ÖÖG riski olan bireylerin öncelikle çocuk ve ergen psikiyatrisine başvurup detaylı değerlendirme yapıldıktan sonra heyete yönlendirilmesi,
- RAM tarafından test yapıp resmi yazıyla hastaneye yönlendirme yapılması başvurusu sürecini hızlandıracığı,
- Hekim sayısı artırılarak ve gerekli fiziksel koşulları sağlayarak daha detaylı ve doğru bir değerlendirme yapılmasının sağlanacağı,
- Öğretmenlerin yönlendirme ve izleme sürecine katılımı önerilerinde bulunmuşlardır.

3.3. Karar Verme Süreci

Çocuk ve ergen psikiyatristleri ÖÖG riski olan bireylerin tanılanmasında karar verme sürecine ait görüşme sorularını cevaplamıştır. Çocuk ve ergen psikiyatristlerinin görüş ve önerileri doğrultusunda karar verme süreci; okul ve RAM formları, test ve klinik gözlem uyumsuzluğu, karar verme süreci önerileri ve çocuk ve ergen psikiyatristi genel görüşleri olmak üzere 4 alt tema'dan oluşturulmuştur. Bu alt temalarda kategorilendirilmiştir. Karar verme sürecine ait alt tema ve kategoriler tablo 3.18'de gösterilmektedir.



Tablo 3.18. Karar Verme Süreci Alt Tema Ve Kategoriler

Alt Tema	Kategori
Okul Ve RAM Formları	Okul Formu
	RAM Formu
	Formların Niteliği
	Formların Ulaşılabilirliği
Test Ve Klinik Gözlem Uyuşmazlığı	Testör
	DEHB
	Fizyolojik İhtiyaçlar
	Kültür ve Norm Uyuşmazlığı
Karar Verme Süreci Öneri	Bireyin Üstün Yararı
	Hekim Eğitimi
	Kurumlar Arası İşbirliği
	Değerlendirmede Özel Eğitim Desteği

3.3.1. Okul Ve RAM Formlarının Karar Verme Sürecine Etkisi

Çocuk ve ergen psikiyatristleri ÖÖG riski olan bireylerin tanılanmasında okul ve RAM formlarının karar verme sürecine etkisi alt teması; okul formu, RAM formu, formların niteliği ve formların ulaşılabilirliği olmak üzere 4 kategoriye ayrılmıştır. Bu kategoriler hakkında görüş bildiren katılımcılar tablo 3.19.'da gösterilmiştir.

Tablo 3.19. Okul Ve RAM Formların Karar Verme Sürecine Etkisi Alt Tema ve Kategoriler

Alt Tema	Kategori	Katılımcılar	f
Okul Ve RAM Formları	Okul Formu	K1, K2, K3, K4, K5, K6, K7, K8, K9, K10, K11, K12, K13, K15	14
	RAM Formu	K1, K2, K3, K6, K8, K9, K10, K11, K12, K13, K14, K15,	12
	Formların Niteliği	K5, K7, K9, K11, K14, K15	6
	Formların Ulaşılabilirliği	K4, K6, K8, K12, K13, K14	6
Toplam:			38

3.3.1.1. Okul Formu. Çocuk ve ergen psikiyatristlerinin %93.33'ü okul tarafından gönderilen formların karar verme sürecine etkisi hakkında görüşlerini belirtmiştir. Çocuk ve ergen psikiyatristleri bu formların doğru ve nitelikli doldurulursa karar verme sürecine olumlu etki sağladığı görüşlerini belirtmişlerdir. Katılımcıların görüşleri şu şekildedir:

K1, “Yani şöyle, şimdi okul okuldan bazen bir sağlık kuruluşuna yönlendirme formuyla gelebiliyorlar. Öğretmen orada detaylı akademik bilgiler vermiş oluyor. Yani biz onu kullanıyoruz gerçekten. Öğretmenin gözlemine de almış olmak için. Eğer okuldan bir form gelmemişse biz kendimiz zaten öğretmen bilgi formu gönderiyoruz ve öğretmenden bilgi alıyoruz. Yani okuldan gelen evraklar bizim için çok önemli.”

K4, “Genelde öğretmenler detaylı bilgi veriyor. Soruların yeterli olduğunu düşünüyorum. Tabi burada da öğretmenin ilgisi, yani ilgili olması önemli oluyor. Verdiğimiz her form geri geliyor ve karar verirken bize yardımcı oluyor.”

K5, “O da çok önemli oluyor bizim için. Çünkü dediğim gibi tanı kriterlerinde belirtilerin en az birden fazla ortamda ortaya çıkıyor ve o ortamdaki işlevselliği etkiliyor olması gerekiyor. Bunu da en iyi öğretmenler gözlemliyor. Çünkü diğer çocuklarla aradaki farkı, o yaş grubuyla olan o kıyası çok net yapabiliyorlar. Bir çocukta bir takım belirtiler olabilir. Belki okuması kötüdür, yazması kötüdür ama sınıfın ortalamasındadır, mesela ortalama seviyededir. O bizim

için şey olmuyor. Yani tanı için aslında bir range belirleyip biz kafamızda kendi klinisyen olarak, zaten olayın klinik kısmı önemli derken bundan bahsediyoruz. Bir renk belirleyip genel olarak çocukların neresinde, her yüz çocuğun yüzde kaçlık diliminin altında kalıyor yani bu problem onu ne kadar etkiliyor o önemli. Onu da saptayabilmek için öğretmen formları, dışarıdan gelen formlar çok çok kıymetli oluyor bizim için.”

K6, “Çok büyük. Hatta biz genellikle eğer böyle bir formu yoksa yani bir ortamdan daha bilgi alamamışsak bu konuda rapor çıkarmıyoruz diyebilirim. O yüzden oldukça önemi var bizim için.”

K10, “Bu tabii çok kıymetli. Bazen öğretmenlerimiz yönlendirirken çocukları bu formu doldurarak yönlendirmiş oluyorlar. Bazen aileyi sözel olarak söylüyorlar. Sadece gidin bir sıkıntı var mı ya da şu olabilir gibi. Tabi bu formla beraber geldiği zaman öğrenci kapalı zarfla getiriyorlar eğer yapıyorlarsa. Her çocuk için bunu söylemek çok zor. Çok sık görmüyoruz açıkçası. Keşke daha sık olsa. Çünkü bu şekilde gelen çocuklarda biz en azından öğretmenin öngörüsünü önceden almış oluyoruz. Bu kıymetli oluyor. Yine de biz formlarımızı gönderiyoruz çünkü bizim formumuzda sorduğumuz sorular bazen daha farklı alanları da sorgulayabiliyor ama yine de öğretmenin fikrini çocuk geldiğinde görmek açısından bence kıymetli oluyor gerçekten. Çok işe yarıyor.”

K12, “Çok etkili. Birincisi, iyi gözleyen bir öğretmenin yazdığı form 20 dakikalık görüşmeden çok daha değerli oluyor aile yani 4 çocuğu var, 5 çocuğu var, hiçbir şey bilmeyebiliyor. Çocuğun sınıf düzeyine göre nasıl olduğunu ben öngöremeyebiliyorum, nasıl bir eğitim aldığını.”

K13, “Yani şöyle karar verme sürecinin etkisi tabii ki de oldukça oluyor. Şöyle oluyor. Yani ilk başta rehber öğretmen ya da sınıf öğretmeni bu çocukla ilgili ne görüyor? Yani bu sadece şimdi akademik bir problem olarak yani sadece işte okumayı yazma dışı matematikte bir sorun mu yoksa eşlik eden bir bilişsel yetersizlik durumu var mı, bilişsel gerilik durumu var mı? Onun dışında bir DEHB eşlik ediyor mu? Bunlarla ilgili hep o formlar bize ipucu veriyor. Böyle bir durumda bazen arada kaldığımız vakalar olabiliyor. Diyoruz ki tamam o zaman bir DEHB bir ilaç tedavisi başlayalım. Sonra muayenemizi bir tekrarlayalım. Çünkü bu zekâ testlerinde, bizim yaptığımız klinik muayenelerinde çocuğa sorarak yaptığımız için o dikkatini yeterince yönlendiremeyen bir çocuk daha düşük performans gösterebiliyor. O yüzden onların her yazdığı şey bizim için bir ipucu niteliğinde bize çok yardımcı

oluyor. Yani aileden ananmez yeterli olmuyor, öyle söyleyeyim. Mutlaka bir öğretmen formunda veriyoruz yani.”

3.3.1.2. RAM Formu. Çocuk ve ergen psikiyatristlerinin %80’i RAM tarafından gönderilen formların karar verme sürecine etkisi hakkında görüşlerini belirtmiştir. Çocuk ve ergen psikiyatristleri bu formlar hakkında farklı görüşlerde bulunmuşlardır. Bu görüşler; formların işe yaradığı, formların gönderilmediği ve formlar yazılırken formlarda belirtilen bazı testler hakkında çok bilgileri olmadıkları görüşlerini belirtmişlerdir.

Çocuk ve ergen psikiyatristlerinin %46.67’si bu formların işe yaradığı özellikle RAM’larda test yapıp gönderilirse daha çok etkili olduğu görüşlerini şu şekilde belirtmişlerdir:

K1, *“Bireysel değerlendirme raporu yazmış olabiliyorlar. Her çocukta göndermiyorlar onu. Bazı çocuklarda gönderiyorlar. O testte de genelde eğer göndermişlerse öyle bir rapor. Yapılmış zekâ testi içeriği ve ÖÖG’ye yönelik batarya içeriyor. Biz de kullanabiliyoruz onu. Yani değerlendirme tanılamada yapılmışsa eğer, mesela zekâ testi yapılmış çocuğa WISC-R tekrar RAM’da yapılmışsa biz tekrar burada çocuğu zekâ testine sokmuyoruz uygunda bir testse. Aynen yani o anlamda eğer yapılmış bir değerlendirme varsa onun çocuk psikiyatri hekimine yönlendirilmesi bizim işimizi kolaylaştırıyor.”*

K12, *“RAM tarafından gönderilen form karar verme sürecinde bende çok etkili. Çünkü şöyle bir sorun yaşıyoruz. Dediğim gibi, biz mesela sınır mental kapasite düşündük bununla eğitim alamıyor veya bu tanıyı koyduk RAM tamamen reddediyor ilçeye göre ve hasta mesela bir yıl boyunca raporlar arasında, merkezler arasında dolaşıp hiçbir ilerleme sağlayamayabiliyor. O yüzden oradan gönderilen formda mesela normal zekâdır veya öğrenme güçlüğü düşünülmüştür dediyse ben başka bir şey düşünsem bile bazen bunu yapabiliyoruz. Onlara göre karar verebiliyoruz.”*

“Özellikle öğrenme güçlüğü olan çocuklarda çünkü ben tıbbi bir tanı koyuyorum ama onlar aslında bunla bağlanmıyor çünkü başka bir kuruma tabiler. Benim dediğim aslında değişmiyor. Tıbbi tanımı oraya göre değiştirmemem lazım ama biz yapıyoruz bazen. Ben yapıyorum şahsen. Yapmayanlara da saygı duyuyorum ilkeli oldukları için ama hasta bir şey elde edemiyor bazen çocuklar.”

K14, “Gelen form kapalı zarf içerisinde olduğunda işte mühürü kaşesi uygun bir şekilde bana geldiğinde ben oradaki düşünceleri tabii ki de muayenemde de tıbbi kanaatimle örtüşüyorsa Karar verme sürecinde çok yüksek oranda etkisi oluyor çünkü ben muayenede belki onu 10-20 dakika göreceğim ama o değerlendirme daha uzun bir değerlendirme oluyor. Zekâ testi yapılmış oluyor, okuldan bir değerlendirme alınmış oluyor. Süreç daha uzun, daha kaliteli benim gördüğüme göre. O yüzden o şekilde gelen aile, anneden aldığım, babadan aldığım annemle öğretmen formu örtüşüyorsa benim de muayenemde yaptığım. Ben direkt dediğim gibi tekrar bir zekâ testi istemiyorum yakın yapılmışsa zaten WISC-R benzer zekâ testleri uygulanıyor. WISC-R yapılmış ve öğrenme bozukluğuna benzer şekilde, özel puanlarda bir düşüklük varsa performansı yüksek ama özelde bir arada bir fark varsa, uyumluysa ben o zaman direkt o gelişlerinde, o görüşümde de direkt rapor çıkarmakla ilgili kanaatim oluşuyor bende.”

Çocuk ve ergen psikiyatristlerinin %33.33’ü karar verme sürecinde genellikle bu formlara denk gelmedikleri, etkisi olmadığı ve genellikle tanıya itiraz şeklinde form gönderildiği hakkındaki görüşlerini şu şekilde belirtmiştir:

K6, “RAM ve rehberlik araştırmadan. Oradan çok fazla bir gözlem aldığımızı söyleyemeyeceğim. Sorun olduğunu düşünüyorum.”

K10, “Yani çok denk gelmediğimi söyleyebilirim açıkçası buna. Yani genelde zaten aileler herhangi bir şeyle gelmiyorlar. Yasa özel olarak söylenmiş oluyor. Muhtemelen okul tarafından, daha hiç RAM’a gitmeden. Genelde önce biz tanılama yapıyoruz, veliler sonra bizim raporumuzla RAM’a gidiyor oluyorlar. Yani sanki süreç böyle ilerliyor. Hani ben böyle RAM’dan bana gelen rapor gibi bir rapor. Çok da hatırlamıyorum açıkçası. RAM’la ilgili başka sıkıntılarımız oluyor. Bununla ilgili değil.”

K11, “RAM’dan çok az, eskiden işte gelirdi. Yani mesela öğretmen şüphelenmiş, RAM’a göndermiş. Oradan tanısal değerlendirme için gönderilirdi çocuklar ama şu an çoğu zaman o öğretmenin RAM’a gönderdiği raporla geliyorlar. Yani RAM’dan direkt gelmiyorlar artık.”

“RAM’dan bir üst yazıyla gelen vaka sayısı ancak şöyle oluyor. Mesela gitmiş çocuk, işte smk artı ÖÖG denmiş. Smk, sınır mental kapasite artı ÖÖG. RAM bunu geri gönderiyor. İşte biz burada zekâ geriliği olduğunu düşünüyoruz. Tanılamanın tekrar gözden geçirilmesi. RAM’dan gelenler genelde bu tanımlara itiraz şeklinde geliyor. Yani biz hani ÖÖG düşündük diye değil de.”

“RAM’larda da böyle, yani tamam hani WISC-IV uygulanan çok daha kalifiye çalışan yerler var ama çoğunda çok daha basit, leither gibi testlerle geliyor çocuklar. Çok bir şey olmuyor, bir de zaman kaybolmuş oluyor yani. Eğer RAM’lardaki test kalitesi arttırılabilirse, yani oradaki testörler güncel testleri de öğrenip uygularsa o zaman çok pozitif olur çünkü biz RAM’dan gelen test sonucunu eğer klinikle uyumluysa direkt değerlendirip o sonuçla da yönlendirdiğimiz oluyor heyete. Yani tekrar buradan test istemeyebiliyoruz ama işte oradan gelen test sonuçları çoğu zaman basit testler oluyor ve efektif olmuyor. Bir daha buradan test istemek zorunda kalıyoruz.”

K13, “RAM tarafından gönderilen formun aslında çok etkisi olmuyor genelde çünkü şöyle bir form gelebiliyor işte ÖÖG açısından değerlendirilmesi diye geliyor. Zaten aile bana okumayı öğrenemedi dediği anda zaten ÖÖG açısından da değerlendireceğimi biliyorum ama aynı zamanda diğer tanı açısından da iş yapıyorum. Sadece şunu diyeceğim, hem RAM’da bir test uygulandıysa yani muhtemelen normal düzeyde çıkmış ki bana biraz daha bunu ön plana şey yapmış deniyor ama sonuçta biz rapor çıkaran yine hastane olduğu için ve altta benim imzam olduğu için zaten biz o zekâ testlerini falan burada şey yapıyoruz hani tekrarlıyoruz yani RAM’da yapılmış da olsa o anki durumu gözlemlemek adına biz tekrar bir test istiyoruz yani. O yüzden çok çok aşırı bir faydası oluyor mu? Olmuyor. Öğretmen formu daha faydalı oluyor eşlik eden bozukluklar açısından.”

K15, “RAM tarafından gönderilen formun hiçbir etkisi olmuyor. Gönderilmiyor çünkü çok nadiren geliyor. Genelde RAM bize form gönderince, biz bu tanının olduğunu düşünmüyoruz, bu tanıyı kaldırın, biz bu çocukla ÖÖG olduğunu düşünmüyoruz gibi şeylerle gönderiyorlar. Onlar sadece o amaçla, onun dışında değerlendirme yapıp yönlendirilen hasta sayısı çok çok az. Çok testli gelen hasta çok az bize başvuran sayısı, RAM tarafından test yapıp da gönderilen hasta sayısı nadiren. Genelde dediğim gibi rapor çıkmış, verilen raporun test uyumsuz olduğuna yönelik gelirse geliyor ama o da çok dediğim gibi bir sayıda değil. İtiraz olarak geliyor işte.”

Çocuk ve ergen psikiyatristlerinden K7 (%6.67), RAM tarafından gönderilen formda yapılan testler hakkında çok bilgileri olmadığı ve bu testleri merak ettiği görüşünü belirtmiştir:

K7, “Hani belli işte okullarda rehberlik öğretmenleri tarafından veya belli RAM’larda hani evet gerçekten hani WISC-IV’ünü işte ÖÖG bataryasını şuyunu

buyunu filan böyle yapılmış çocuklar hani gelebiliyor ve çok hani işinizi kolaylaştırabiliyor ve zaten tanısıl doğruluk da artıyor böyle durumlarda ama yani bir ASİS, Anadolu sak filan neden bu testlerin yapıldığını da merak ediyorum diğer testler dışında.”

3.3.1.3. Formların Niteliği. Çocuk ve ergen psikiyatristlerinin %40’ı ÖÖG riski olan bireylerin tanılanmasında formların nitelikli ve açıklayıcı olması karar sürecine etkisinin daha işlevsel olduğu hakkındaki görüşlerini belirtmişlerdir. Katılımcıların görüşleri şu şekildedir:

K4, “Yani tüm formlar geliyor dediğiniz formun ulaşılabilirliği yüksek.”

K5, “Bazıları çok gerçekten detaylı değerlendirmelerini bize yazıp gönderiyorlar. Bazı öğretmenler hiç doldurmuyor, doldurmak istemiyorlar. Bu tamamen karşıdaki kişinin insiyatifine bırakılmış bir durumda. Belki de bununla ilgili olarak aslında okullarla çalışarak ya da belki RAM’in devreye girmesiyle öğretmenlerin bu konuda biraz daha sorumluluk almaları yönünde bir uygulama ver ya da bilgilendirilmeleri yönünde. Belki çekinceleri var, onun için doldurmak istemiyor. Bir kısmı doldurması gerektiğini belki düşünmüyor. Bunun çok etkili, kilit bir rol oynadığını belki düşünmüyor. Bu konuda bence çok değişken olması biraz sıkıntı. Yani standartize edilmeli kesinlikle.”

K7, “Gelen test sonucunun altında yazılan şey yani RAM’da yapılan değerlendirmenin aslında kâğıda baktığınızda fikri veriyor ne kadar özenildiğine dair çünkü yani bu da çok nadir görülen bir kanserin çok belirgin bir alt tipini tanımaya çalışmıyoruz. Yani hani bu çocuk yani mental olarak normal bir çocuk ama herhangi bir akademik alanda artık neyse yani o güçlük yaşıyor. Bu kadar hani temel olarak baktığınızda. Çok böyle samanlıkta iğne aramıyoruz. Bir uyumsuzluk olmasını çok beklemiyoruz ama burada değerlendiren kişinin bize gönderdiği form bile aslında neleri ne kadar yazdığı ne şekilde yazdığı bir özen aslında bence daha belirleyici oluyor uyum veya uyumsuzluk noktasında.”

K11, “Orada mesela öğretmenlerin notları çok yetersiz oluyor aslında öğretmen alanında daha detaylı yazılabilir. Niteliksiz demiyorum. Yani kısmi bilgi veriyor. Daha ayrıntılı, daha dolu bilgi gelebilir. Ya öğretmenin belki zamanı yetiştirememesi farklı şeyler ya belki kendi bu konuda deneyimsiz, çok fazla bilmiyor. Hani o tik atılıyor, bütün maddeler işaretleniyor ama arkaya bakınca orada o kadar detaylı ve güzel çocuğu toparlayan bilgi çoğu zaman olmuyor. Orada mesela ailenin

bilgi notu var ama ailenin bilgisi çok gerekli mi? Çoğu zaman aileler çok bu konuda şey olmuyorlar. Yani hani özel eğitime ihtiyacı olduğunu düşünmüyorum diyor. Ya da işte normal olduğunu düşünüyorum diyor. Çok az aile oraya gerçekten çocuğunun sorunu var diye bir şey yazıyor. Yani o formda öğretmenin görüşünün daha detaylı, açıklayıcı ve yol gösterici olmasını beklerim. Çoğunda öyle gelmiyor.”

K14, “Bu formlar da böyle yapılandırılmış bir form değil aslında. Çok öznel. Bazı RAM’lar çok detaylı yazabiliyorlar, bazı RAM’lar çok bir iki cümlelik bir şey de yazabiliyorlar. Formlara göre değişiklik gösterebiliyor. Detaylı yazılmışsa, özenli yazılmışsa, çocukla alakalı birçok bilgi, okulla alakalı bilgiler, dediğim gibi zekâ testi yapılmış ya da batarya yapılmış, bununla alakalı bilgiler detaylı yazılmışsa, bunlar hakkında benim kanaatim olumlu.”

K15, “Formlar açısından eğer şey doldurulursa her okulda yok sağlık kuruluşuna yönlendirme formu rehber öğretmenleri dolduruyor ya o güzel, faydalı oluyor. Bence niteliği güzel ama RAM’dan gelen formların hiçbirinin niteliği yeterli değil.”

3.3.1.4. Formların Ulaşılabilirliği. Çocuk ve ergen psikiyatristlerinin %40’ı ÖÖG riski olan bireylerin tanılanmasında okul ve RAM tarafından gönderilen formun ulaşılabilirliği hakkında görüş bildirmişlerdir. Katılımcıların görüşleri şu şekildedir:

K6, “Yani öğretmen formları eğer okullar tatil değilse çok zorlanmıyoruz. Biraz da aileye bağlı hani onların verdiğimiz bir şey olduğu için doldurtup getiriyorlar. Hani bazen kapalı zarflar da gelmiyor. O gibi zorluklar yaşanıyor.”

K8, “Ulaşılabilirlik derken zaten kendileri de bir sistemleri var sanırım. O sistemden direkt detaylı bir şekilde yazıp ailelerin eline kapalı zarfla verip bize de gelebiliyorlar. Biz de buraya başvurduklarında zaten direkt veriyoruz yani ailelere. Öğretmen formu olmadan değerlendirme yapmamaya çalışıyoruz. Aileler de onları öğretmenlere yönlendiriyor. Hani burada bir sorun şey oluyor, bazen ailelerle ilgili de hani bizim bilmemizi istedikleri bir takım bilgiler yazıyor öğretmenlerimiz ve onun kapalı zarfta sonuçta bize teslim edilmesi lazım. Bazen aileler o zarfları açıp okuyabiliyorlar. Böyle sorunlar olabiliyor. Öğretmenle aile arasında çatışmalar olabiliyor o noktada. O şekilde.”

K12, “Hayır. Şöyle... Sistem biraz ilginç işliyor. Tam nasıl işlediğini anlamıyorum. Bazen okulu doğrudan RAM’a gönderiyor. RAM bize formla yolluyor.

Form değil de bir değerlendirme notuyla yolluyor. Bazen RAM doktordan yazı gelmeden bir adım atmıyor çocukla ilgili. Tam onların yönetmeliklerini bilmiyorum. Hâkim değilim bu kadar yıla rağmen. Dolayısıyla daha koordine olmalı. Yani bununla ilgili bir çünkü iki ayrı bakanlığa bağlıyız, bununla ilgili bir aslında koordinasyon merkezi olması gerekir. Sistem olması, entegre sistem olması.”

K13, “Yani nadiren öğretmen doldurmak istemedi falan gibi böyle geri dönüşler olabiliyor nadiren ama genel olarak öğretmenlerimiz de bu konuda yardımcı olmaya çalışıyorlar.”

K14, “Şimdi o süreç bilmiyorum dediğim gibi. Yani bazı aileler sadece direkt okuldan yönlendiriliyor. Bazı aileler bir şekilde RAM’a gidiyor. Orada süreç nasıl işliyor benim bir fikrim yok. Hastalardan bu konuda da bilgi alamıyoruz çünkü süreç poliklinik çok yoğun. Özellikle engelli raporu, ÇÖZGER raporu çok yoğun olduğu için hani hangisi nasıl yönlendiriliyor, hangi basamaklardan geçirdik gerçekten onu göremeden sadece eğer kapalı zarf haline getirilmişse direkt oradaki bilgiye yönelik bir şey yapabiliyorum. Kim RAM’a ulaşabiliyor, kim ulaşamıyor o konuda bir bilgim yok açıkçası.”

K15, “Ya şöyle okullardaki sağlık kuruluşuna yönlendirme formu çok kolay ulaşılabilir ama her okul dolduruyor mu? Hayır, çok nadir okullarda oluyor. Bu yönlendirme kısmına da çok yeterli kalıyorlar. Yoksa o formu doldurup bir de bu öğrenme güçlüğü belirti bataryasını doldurup gönderen öğretmenlerle karşılaştırmak... Bir yılda kaç defadır? 10, belki 15, belki 20 totalde. Çok fazla değil yani. Aslında daha sık olması, daha fazla olması gerekiyor çünkü biz hastalara soruyoruz. Size kim yönlendirdi çocuk psikiyatrisine kim gitmenizi ilk sorularımızdan biridir. Siz mi gelmek istediniz? Bir doktor ya da öğretmen mi yönlendirdi diye sordüğümüzde öğretmen yönlendirdi diyor ama niye yönlendirdi? Dikkati dağınıkmuş, işte öğrenemiyormuş gibi diyorlar ama ellerinde hiçbir form olmadan geliyor. Bu da sürecin uzamasına sebep oluyor. O yüzden her öğrencide keşke yönlendirdiklerinde de doldursalar çok güzel olur.”

3.3.2. Test Sonucu Ve Klinik Gözlem Uyuşmazlığı

Çocuk ve ergen psikiyatristlerinden K13, K3, K14, K15, K12, K11, K10, K8, K6, K5, K1, K9, K4 (%86.67) ÖÖG riski olan bireylerin tanılanmasında test sonucu ve klinik gözlemin uyuşmayabildiği ve böyle durumlarda klinik gözlemlerine göre tanılanan yapıldığı görüşlerini belirtmişlerdir. Çocuk ve ergen psikiyatristlerinin

görüşlerine göre uyumsuzluk durumunu olmasının sebepleri; testörden, eşlik eden ve ayırt edici tanıdan, fizyolojik ihtiyaçlardan, kültür ve norm uyumsuzluğundan, kaygıdan kaynaklı uyumsuzluk yaşanabileceğini belirtmişlerdir. Kategoriler hakkındaki görüş belirtilen katılımcılar tablo 3.20.'de gösterilmiştir.



Tablo 3.20. Test Sonucu Ve Klinik Gözlem Uyuşmazlığı Alt Teması Ve Kategoriler

Alt Tema	Kategori	Katılımcılar	f
Test Sonucu Ve Klinik Gözlem Uyuşmazlığı	Testör	K5, K10, K14	3
	DEHB	K8, K10, K13, K14	4
	Fizyolojik İhtiyaç	K8, K14	2
	Kültür Ve Norm Uyuşmazlığı	K15	1
	Kaygı	K1	1
	Negativist Tutum	K11, K13	2
Toplam:			13

3.3.2.1. Testör. Çocuk ve ergen psikiyatristlerinin %20'si ÖÖG riski bulunan bireylerin tanılanmasında test sonucu ve klinik gözlem uyumsuzluğunun testörden kaynaklı olabileceğini belirtmişlerdir. Katılımcıların görüşleri şu şekildedir:

K5, “Her zaman tutmayabiliyor çünkü dediğim gibi birçok etmeni biz birlikte değerlendiriyoruz. Yalnızca test olmuyor. Yani bu konudaki testler eğer doğru, düzgün ve profesyonel kişilerce yapıldıysa çok yönlendirici, bilgilendirici oluyor. Bizim kliniğimizle zaten paralel oluyor. Ama bazen çok absürt sonuçlar aldığımızda olabiliyor. Yani çocukta aslında zekâ geriliği var ama ÖÖG olarak değerlendirilmiş mesela RAM tarafından. Böyle bazen gelebiliyor ama bazen de çok doğru şekilde değerlendirilmiş de olabiliyor. Yani bu konuda bir şey yok. Dağılım çok heterojen. O birazcık aslında standartize bir hale getirilebilir bence.”

K5, “Bütün uluslararası kitaplarda, kılavuzlarda vs. bir tanıyı koyabilmeniz için yani bütün testleri, hepsinden faydalanabilirsiniz. O test altın standart bile olabilir ama hiçbir zaman bir teste göre tanı koymazsınız çünkü dediğim kriterler önemli yani o sıkıntıların hangi ortamlarda ortaya çıktığı, ne kadar çocuğu etkilediği, çocuğun yaşantısında nedenli zorluk yarattığı, bunlar aslında bir tanının var veya yok denmesine sebep olur. Öbür türlü sadece bazı belirtileri var diyebilirsiniz ama tanı var diyebilmeniz için bunların olması gerekiyor çünkü ciddi bir şey söylemiş oluyorsunuz. Bir çocuk için bunu söylemek, o çocuğun hayatını çok

etkileyebilecek bir şey. Dolayısıyla bunu söylemek tek bir testle ya da tek bir yanlı, yalnızca öğretmen görüşü de olmaz, yalnızca test de olmaz. Hepsini harmanlamak gerekiyor.”

K10, “Tabi bu testin uygulayan kişiyle alakalı da değişiyor. Çocuğun teste girdiğindeki durumuyla da değişebiliyor.”

K14, “Yani şöyle, genellikle klinik gözlemim açıkçası çünkü test sonucu orada testi yapan kişiye çok bağlı zaten. Kimin yaptığına göre değişiyor. Buna maalesef şahit de oldum. Bir psikolog arkadaşın yaptığı testin atıyorum daha düşük puanlarda çıktığını veya başka arkadaşın. Çünkü o testi yaparken de biraz çocuğa motive etmek gerekiyor zekâ testlerinde. Onun yönergeleri var zaten. Çocuğu motive etmediğimizde, isteksiz bir şekilde test yaptığımızda çocuk da motivasyonu düşük olabilir ve yapamayabilir.”

3.3.2.2.DEHB. Çocuk ve ergen psikiyatristlerinin %26.67’si bireyin DEHB’den kaynaklı teste dikkatinin vermeyebildiği ve bu yüzden testle klinik gözlem sonuçları arasında uyumsuzluk yaşanabileceği görüşlerini belirtmişlerdir. Katılımcıların görüşleri şu şekildedir:

K10, “Çocuğun komorbid ek başka hastalıkları var mı buna göre de değişiyor. Mesela DEHB’si olan bir çocuk biz önce DEHB tedavisi başlıyoruz ondan sonrasında test istiyoruz genelde çocuklarımızdan çünkü bu sefer testte dikkat problemleri yüzünden tam performans gösteremiyorlar. Öğrenme güçlüğündeki tanı koyarken test bizim için tanılama için değil aslında bizim tanılamamızı desteklemek için kullandığımız bir araç. Uyumsuz geldiğinde de bizim eğer tanımız ve muayenemiz bunu destekliyorsa orada tabii ki az sonradan klinik muayenemiz oluyor.”

K14, “DEHB oluyor zaten. Siz bunu teste soktuğunuzda zaten puanı düşük çıkmış oluyor.”

3.3.2.3.Fizyolojik İhtiyaç. Çocuk ve ergen psikiyatristlerinin %13.33’ü ÖÖG riski olan bireylerin tanılanmasında bireyin uyku, hastalık gibi fizyolojik ihtiyaçlarından kaynaklı testle klinik gözlem sonuçlarının farklı çıkabileceği görüşlerini belirtmişlerdir. Katılımcıların görüşleri şu şekildedir:

K8, “Eğer çocuk testte girerken belirgin, bazen hastalığı olabilir, demotive olabilir, yoğun bir dikkat dağınıklığı olabilir. Test o zaman çok gerçeği yansıtmayabilir. Daha düşük bir performans gerçekleştirmiş olabilir.”

K14, “Çocuk uykusuz olabiliyor. Aileler böyle sabahın köründe paldır küldür getiriyorlar 8'de mesela 8.30'da gibi. Uykusuz olup yine düşük çıkabilir. O an yapmak istemeyebilir, canı istemeyebilir çocuğun sonuçta. Yine düşük çıkabilir. Uyumsuz çıkabilir. Hani bu noktalarda ben genelde kendi kanaatime yönelik de tavır sergiliyorum.”

3.3.2.4. Kültür Ve Norm Uyuşmazlığı. Çocuk ve ergen psikiyatristlerinden K15 (%6.67) yapılan WISC-R testinin kültür ve normlarımıza uygun olmadığından bireyin test sonucu ve klinik gözlem sonucunda uyumsuzluklar çıkabileceğini belirtmiştir. K15'in görüşü şu şekildedir:

K15, “Testlerle kesinlikle çok uyumsuz çünkü şöyle, diyor ki zekâ testi normal olması gerekiyor diyor ama genelde bizim gördüğümüz şu, şimdi bizim uyguladığımız zekâ testlerinin büyük bir çoğunu kültüre ve normlarımıza uygun değil. WISC-R testi bizim kendi Türk kültürüne uygun bir test değil. Normlarımıza da uygun olmadığından dolayı eğer sosyal kültürel düzey düşük bir aileden geliyorsa çocuk düşük çıkıyor sonuçları. Sanki çocukta zekâ geriliği varmış gibi bir sonuç veriyor bize. Sınır düzey, donuk ya da hafif mr sonuç geliyor ama çocukla klinik görüşme yaptığımızda çocuğun zekâsında hiçbir sıkıntı yok. Gayet zekâsı iyi yani. Günlük hayatta ilgili sorular her şeye çok iyi cevap veriyor. Sosyokültürel olarak öğretilmediği için ya da okul ya da başka başka sebeplerden dolayı çocuk sanki zekâ geriliği varmış gibi düşünülüyor. Öyle görülüyor. Şimdi öyle olduğunda testör testi yapma zekâ geriliği vardır ama biz diyoruz ki sadece bu zekâ geriliği değil, bu çocuğun öğrenme güçlüğünden dolayı diyoruz. Bu test uyumsuzluğu yaratıyor ya da karar verirken kişileri zorluyor. Bu nedenden dolayı.”

3.3.2.5. Kaygı. Çocuk ve ergen psikiyatristlerinden K1 (%6.67) ÖÖG riski olan bireyin test sırasında kaygılanabileceği bu sebepten dolayı test sonucu ve klinik gözlemin uyuşamayabileceğini belirtmiştir. K1'in görüşü şu şekildedir:

K1, “Bizim kendi klinik kanaatimiz de oldukça önemli çünkü test sırasında kaygı yapmış olabilir, anlamamış olabilir, testöre bunu sormamış olabilir. O yüzden

kendi klinik görüşmemizde de yine çocuğun akademik başarısına yönelik değerlendirmeleri tamamlıyoruz.”

3.3.2.6. Negativist Tutum. Çocuk ve ergen psikiyatristlerinin %13.33’ü ÖÖG riski olan bireyin test sırasında cevap verme isteği olmayıp negativist tutuma sahip olduğundan kaynaklı testle klinik gözlem sonuçlarının uyuşmayabileceğini belirtmişlerdir. Katılımcıların görüşleri şu şekildedir:

K11, *“Ne bileyim çocuk çok çekingen, reddetmiş oluyor. Aslında WISC-R alabilecekken porteus yapılmış oluyor falan ama orada da genelde normal çıkıyor ya da işte daha iyi düzeyde çıkıyor. Bizde çok olan bir şey değil ama olduğu zaman da biz klinik kanaatimizi kullanıyoruz. Sadece test sonucuna göre bir şey yazmıyoruz.”*

K13, *“Yani o yüzden o şey ne kadar farklı gelmiş falan bunlar önemli. Öyle bir durumda hani şey olabiliyor, negativist tutumu olan çocuklar cevap vermemiş oluyor vs. hani testle, o testi zaten çok o zaman önemsemiyoruz çünkü neden? Cevap verilemedi, sorulara cevap vermedi. İşte negativist tutumdayız falan gibi. Hani bu tip şeyler olabiliyor. Onları zaten göz önünde bulunduruyoruz. Yani her zaman için önden de klinik gözlem ama o testler de bize tabii ki çok yardımcı oluyor.”*

3.3.3. Karar Verme Süreci Öneri

Çocuk ve ergen psikiyatristleri ÖÖG riski bulunan bireylerin tanılanması ile alakalı karar verme sürecine önerilerde bulunmuştur. Çocuk ve ergen psikiyatristlerinin önerilerine göre karar verme süreci öneri alt teması; bireyin üstün yararı, hekim eğitimi, kurumlar arası işbirliği olmak üzere 3 kategoriye ayrılmıştır. Tablo 3.21.’de bu kategorilere görüş bildiren katılımcılar gösterilmiştir.

Tablo 3.21. Karar Verme Süreci Önerisi Alt TemaVe Kategoriler

Alt Tema	Kategori	Katılımcılar	f
Karar Verme Süreci Öneri	Bireyin Üstün Yararı	K7, K13	2
	Hekim Eğitimi	K5, K7, K8	3
	Kurumlar Arası İşbirliği	K2, K5, K7, K9, K10, K12, K14, K15	8
Toplam:			13

3.3.3.1 Bireyin Üstün Yararı. Çocuk ve ergen psikiyatristlerinden K7 (%6.67) ÖÖG riski olan bireylerin tanılanmasında karar verirken bireyin üstün yararının göz önünde bulundurulup karar verilmesi şeklinde öneride bulunmuştur. K7'nin görüşü şu şekildedir:

“Bütün bunların farkında olmak ve çocuğun üstün yararı ilkesine göre hareket etmenin ben en kıymetli şey tanı ismi koymak, tanılamaktan daha ziyade daha önemli olduğunu düşünüyorum. Yani belli çocuklarda kısa süreniz varsa ortada mağdur olan, mağdur olma riski olan bir çocuk varsa ve yapabilecekleriniz sınırlıysa o kadar çocuk için iyi olanı yapın. Yani en optimal olan değil. Tanılama süreci için optimal olan değil. Çocuk için yapılabileceklerin en iyisinin yapılması benim önerim.”

Çocuk ve ergen psikiyatristlerinden K13 (%6.67), bireyin üstün yararı göz önüne alınarak bireye yanlış tanı koyulmasının doğru olmadığı görüşünü belirtmiştir. K13'ün görüşü şu şekildedir:

“Yani şu olabilir. Şuna çok dikkat edilmeli. Belki de çocuğun yüksek yararı için çok göz önünde bulundurulmayabiliyor. Çocuğun gerçekten uygun bir eğitimi alıyor olması lazım öğrenme güçlüğü tanısı için. Çocuk okula gitmediyse, düzenli devam etmediyse işte anne baba okuma yazma bilmiyor ve evde hiç kimse ona bir hani bir şey öğretmediyse veya işte pandemi döneminde mesela herkese tabletten eğitim gördü o sırada belki evde de destek alamadıysa ve tableti de çok takip edemediyse vs. burada aa bu çocuk işte okumayı öğrenemedi o zaman öğrenme güçlüğü tanısı var demek değil. ama bazen şöyle bir durum olabiliyor, çocuğun desteğe ihtiyacı var mı? Var. Aile bunu karşılayabiliyor mu? Karşılayamıyor. Çevresinde bu konuda destek olabilecek birileri var mı? Yok. O zaman özel eğitim

öğretmenlerine, özel eğitimde destek olunsun diye bu tanının çıkarılmış çocuklar var veya Suriyeli vatandaşlar yine keza dil problemi var. Akademik alanda da geri destek alsın diye yani biraz belki fazla bir tanı konulabilir diye düşünüyorum ÖÖG'yle ilgili olarak ama bunun da şeyi yani onların aslında yüksek yararı için eğitim alsınlar şeklinde yapılıyor. Hatta böyle bilirsiniz de özel eğitim kurumlarında falan böyle özellikle belirli mahallelere gidip daha böyle ihmal edilen çocuklar böyle toplanıp ondan sonra işte akademik olarak geri diye bir şey yok sadece ek ders alacak diye böyle çıkartılabiliyor. Bunların aslında önüne geçmek lazım.”

3.3.3.2. Hekim Eğitimi. Çocuk ve ergen psikiyatristlerinin %20'si ÖÖG riski olan bireylerin tanılanmasında hekimlerin sürekli güncellenmesi ve eğitimler alması gerektiği görüşlerini belirtmişlerdir. Katılımcıların görüşleri şu şekildedir:

K7, “Tedavide çocuğun işte güçlük yaşadığı alanlara dair özel eğitim alması ne alacak diye sorunca çok da bilmiyoruz yani hani şu ve biraz burada bence hekimlerin de veya diğer tanılama sürecindeki profesyonellerin kendilerini update etmesi gerektiğini düşünüyorum yani B ile D'yi karıştırmak değil bir çocuğun artık oyunu oynarken yani bu ileri geri tuşlarıyla mı sağ eliyle mi yoksa işte sol eliyle mi ileri geri karakterlerini şu v, a, d falan gibi hani hangi eliyle oyunu oynadığı bile yani bence sorulmalı yani, sağ elinle sol kulağını tut gibi değil bir yandan bu çocuk oyun oynarken diyelim ailelere sorarken hani buradaki tuşları mı kullanmayı daha rahat buluyor yoksa üzerinde ok işaretleri olmamasına, harfler olmasına rağmen klavyenin sol tarafını mı daha iyi kullanabiliyor? veya becerileri nasıl? Hani belki bunların bile gözlenmesi gerektiği... Evet, yani biraz update etmek gerekiyor.”

K8, “Tabi hekimlerin, asistan hekimlerin eğitimi, eğitimin de bu konuya önem verilmesi.”

3.3.3.3. Kurumlar Arası İşbirliği Ve Standart Sağlanması. Çocuk ve ergen psikiyatristlerinin %53.33'ü ÖÖG riski olan bireylerin tanılanmasında kurumlar arası standart getirilip işbirliği ve koordinasyonun sağlanırsa sürecin daha iyi bir şekilde işleyeceği ile ilgili görüş bildirmişlerdir. Katılımcıların görüşleri şu şekildedir:

K1, “Karar vermeyle ilgili şöyle olabilir. Klinikler arası uygulamalarda farklılıklar olabiliyor. Hastaneler arası, RAM'lar arası farklılıklarda biz karşılaşıyoruz. Mesela tıbbi tanılama anlamında biz ÖÖG tanısı koymadan önce belli süre eğitim almış bir çocuğun akademik olarak zorlanmalarının olması

gerekiyor ama işte okul öncesi dönemden raporlanmış, okul öncesi dönemden tanısı koymuş çocuklar olabiliyor. Evet belirtiler okul öncesi dönemde de görebiliyoruz biz ÖÖG belirtilerini ama sağlık kurulu raporu çıkarma açısından çok erken yaşta erken hareket etmiyoruz genelde. Öncelikle ev içerisinde önerilerimiz vesaire olabiliyor. Belki daha standartlı edilebilir bazı şeyler, klinik uygulamalar.”

K5, “Bazıları çok gerçekten detaylı değerlendirmelerini bize yazıp gönderiyorlar. Bazı öğretmenler hiç doldurmuyor. Doldurmak istemiyorlar. Bu tamamen karşıdaki kişinin inisiyatifine bırakılmış bir durumda. Belki de bununla ilgili olarak aslında okullarla çalışarak ya da belki RAM'in devreye girmesiyle öğretmenlerin bu konuda biraz daha sorumluluk almaları yönünde bir uygulama ver ya da bilgilendirilmeleri yönünde. Belki çekinceleri var, onun için doldurmak istemiyor. Bir kısmı doldurması gerektiğini belki düşünmüyor. Bunun çok etkili, kilit bir rol oynadığını belki düşünmüyor. Bu konuda bence çok değişken olması biraz sıkıntı. Yani standartize edilmeli kesinlikle.”

K9, “Bunlar aslında bizim için oldukça önemli veriler oluyor. Yani biz buraya bakıyoruz, öğretmenlerin için yönlendirilmiş, çocuğun durumu ne? Bunlar bizim için çok önemli hayati bilgiler oluyor. Bu sürecin biraz daha aktif ilerlemesi gerekiyor diye düşünüyorum.”

K10, “Bu konuda işbirliği yapılıyor olması bizimle öğretmen okul tarafından ya da bu dediğiniz gibi formlar gönderilerek bizim işimizin kolaylaştırılması bunlar kıymetli şeyler.”

K14, “Bu noktada dediğim gibi RAM'dan keşke böyle bir verimiz gelse, tüm hastalar keşke öğretmen formuyla bize yönlendirsınler. Bunlar karar verme sürecinde çok önemli. Çünkü biz hastaya öğretmen formu veriyoruz, gönderiyoruz ama hasta tekrar o bir hafta yine gelmeyebilir veya öğretmen formunu getirmeyebiliyor. O yüzden bunu bir yapılandırılmış, öğrenme bozukluğu düşünülen bir öğretmen bunu düşündü, şu formları doldursa, şu şu testleri yapsa, bize direkt bu şekilde yönlendirseler, karar verme sürecimiz daha berrak olur.”

K15, “Bence öğretmenlerimiz veyahut rehber öğretmenlerimiz çocukları bize yönlendirdiğinde mutlaka sağlık kuruluşuna yönlendirme formunu doldurup gönderirlerse bizim için çok yol gösterici oluyor ve ailenin sürecini daha kolaylaştırıyor. Bize hastayı daha hızlı tanılama şansı sağlıyor. RAM'lar da aynı şekilde o sağlık kuruluşuna yönlendirme formu doldurabilirler ya da RAM'lar direkt yaptıkları testin sonucun değil de hastayla ilgili görüş ve önerilerini içeren bu

yönlendirme formuyla ilgili kendi görüş ve önerilerini sunarlarsa biz onları dikkate alırız. Direkt test sonucu şeklinde değil ya da işte şu tanı ya da bu tanı değil de hani hastada şu şu belirti ve bulgular mevcuttur. İşte ön tanı olarak bunları düşünüyoruz tarafınıza değerlendirilmesi şeklinde hani şey olursa daha güzel bir süreç işleyebilir.”

Bu araştırma bulguları, öğretmenlerin ÖÖG tanılama sürecinde önemli bir rol oynadığını ve çocuk ve ergen psikiyatristlerinin karar verme süreçlerinde öğretmenlerden gelen okul formlarına büyük ölçüde güvendiklerini ortaya koymuştur. Psikiyatristlerin %93.33'ü, okul formlarının tanı sürecine katkı sunduğunu belirtmiş ve öğretmen gözlemlerinin klinik kararlar açısından değerli olduğunu vurgulamıştır. Bu durum, Uçgun'un (2003) öğretmenin erken farkındalığının tanıya olan katkısını ve Demir'in (2005) öğretmen-aile iş birliğinin müdahaleyi mümkün kıldığını vurgulayan bulgularıyla örtüşmektedir. Nitekim K1, *öğretmenlerin verdiği akademik ve gelişimsel bilgilerin tanıda kullanıldığını belirterek, “Okuldan gelen evraklar bizim için çok önemli”* demektedir. Benzer şekilde K5, *öğretmenin sınıf içi gözlemi sayesinde tanı kriterlerinde belirtilerin diğer çocuklarla kıyaslanarak değerlendirilebildiğini* ifade etmektedir. K12 ise *“İyi gözleyen bir öğretmenin yazdığı form, 20 dakikalık görüşmeden daha değerlidir”* diyerek öğretmen katkısının önemini vurgulamıştır. Ancak öğretmen katkısının yalnızca formun varlığıyla değil, niteliğiyle de yakından ilişkili olduğu görülmektedir. Öğülmüş'ün (2021) çalışmasında vurgulanan biçimde, öğretmenlerin birçok durumda formu prosedür gereği, yüzeysel biçimde doldurduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada K11, öğretmen görüşlerinin çoğunlukla “yetersiz ve kısmi” bilgi içerdiğini, formların “tik atılmış ama açıklaması olmayan” şekilde geldiğini ifade etmiştir.

RAM formlarına ilişkin bulgular daha karmaşıktır. Psikiyatristlerin %46.67'si bu formların özellikle test içermesi durumunda faydalı olduğunu ifade etmiştir. Örneğin K1, *RAM'dan gelen bireysel değerlendirme raporlarının zekâ testleri içerdiği durumda tanılama sürecini kolaylaştırdığını* belirtmiştir. K14 de, *RAM'dan gelen detaylı, mühürlü, kapalı zarf içindeki belgelerin muayeneyi desteklediğini* ifade etmiştir. Ancak buna karşın K6, K10, K11 ve K15 gibi katılımcılar, *RAM formlarının ya gelmediğini ya da “itiraz dilekçesi” niteliğinde, yüzeysel veya geçersiz belgeler olduğunu* vurgulamışlardır. K13, *RAM raporlarının çoğu zaman zaten bilinen şeyleri*

tekrarladığını ve gerçek tanısal bir katkı sunmadığını belirtmiştir. Formların niteliğine dair farklılıklar yalnızca içeriğe değil, ulaşılabilirliğe de yansımaktadır. K6 ve K8, formların aileler yoluyla gönderilmesi sırasında güvenlik sorunları yaşandığını, bazen formların açık zarfla geldiğini, ailelerin içeriği okuyarak öğretmenle çatışmaya girebildiğini aktarmıştır. Bu durum, Öğülmüş'ün (2021) çalışmasında da vurgulandığı gibi formun gizliliğini ve geçerliliğini zedelemekte, psikiyatristlerin değerlendirme süreçlerini aksatmaktadır. Sonuç olarak, öğretmenlerin tanı sürecine katkısı potansiyel olarak oldukça değerlidir; ancak bu katkı, formların yapılandırılması, öğretmenlerin bilgi düzeyinin artırılması ve iletişim kanallarının güvenli hale getirilmesiyle gerçek işlevselliğe ulaşabilir. Katılımcı K5'in belirttiği gibi, "Bu konuda çok değişken olması sıkıntı... Standartize edilmeli." K7'nin ifadesiyle ise formların niteliği, "değerlendiren kişinin ne kadar özen gösterdiğini" yansıtmaktadır. Bu nedenle, öğretmenlerin ÖÖG'ye ilişkin belirtiler konusunda kavramsal bilgiye sahip olmaları için hizmet içi eğitim programlarının güçlendirilmesi, okullarda kullanılan performans belirleme formlarının yapılandırılmış ve açıklayıcı biçimde yeniden tasarlanması, okul ve sağlık kurumları arasında dijital, güvenli ve çift yönlü iletişim kanallarının kurulması tanı sürecinin işlevselliğini artırmak açısından elzemdir. Bu bulgular, literatürde Çakmak (2017), Kuzgun (2019) ve Öğülmüş'ün (2021) tespitleriyle de bütünlüklü biçimde örtüşmektedir.

Alanyazın incelendiğinde, RAM tarafından ÖÖG tanılama sürecinde kullanılan ölçme araçlarının çeşitliliği dikkat çekmektedir. Kuzgun (2019), RAM'larda Leither Uluslararası Performans Testi, Performans Belirleme Formu, Frostig Görsel Algı Testi, Bender-Gestalt Görsel Motor Algı Testi ve WISC-R gibi bilişsel ve algısal değerlendirme araçlarının kullanıldığını belirtmiştir. Daha kapsamlı bir liste sunan Börkan ve arkadaşları (2017), bu araçlara ek olarak Wechsler Sözel Olmayan Yetenek Testi, Peabody Resim-Kelime Testi, Kaufman Kısa Zeka Testi, Denver II Gelişimsel Tarama Envanteri, Ankara Gelişimsel Tarama Envanteri, Kelime Söyleyiş Testi, Kent E.G.Y, Beier Cümle Tamamlama Testi, Temel Kabiliyetler Testi (7-11 yaş), Stanford Binet Zeka Testi ve Gessel Gelişim Figürleri Testi gibi geniş bir test yelpazesini tanılama sürecinde kullandıklarını ifade etmiştir. Kemer ve Çakan (2021) ise RAM uygulamalarını daha dar bir çerçevede ele almış, WISC-R, Stanford Binet, Leither ve Gessel testlerinin sıklıkla başvurulmuş araçlar olduğunu aktarmıştır. Ancak bu çeşitliliğe karşın, Kuzgun (2019), RAM'larda

kullanılan eğitsel değerlendirme araçlarının ÖÖG tanılmasında niteliksel açıdan yetersiz olduğunu savunmaktadır. Bu görüş, çocuk ve ergen psikiyatristlerinin değerlendirmeleriyle de örtüşmektedir. Nitekim bu uzmanlar, tanılama sürecinde yalnızca bilişsel performansa dayalı testlerin değil, dikkat, bellek, yürütücü işlevler ve akademik becerilere özgü daha kapsamlı değerlendirmelerin yapılması gerektiğini vurgulamaktadır. Bu noktada dikkat çekici bir karşılaştırma hastane ortamında kullanılan test bataryaları ile yapılabilir. Hastanelerde, WISC-R ve WISC-IV gibi zekâ testlerinin yanı sıra Porteus Labirent Testi, Kent E.G.Y, D2 Dikkat Testi ve yalnızca sağlık kuruluşlarında erişimi sınırlı olan ÖÖG Bataryası gibi formal ölçme araçları kullanılmaktadır. Ancak ÖÖG Bataryası, hastanelerin çoğunda aktif biçimde uygulanmazken, RAM’larda yaygın olarak kullanılmakta; bu da RAM’ların ÖÖG’ye özgü değerlendirme uygulamalarında görece bir avantaj sunduğunu göstermektedir. Öte yandan, Leither ve ASİS gibi MEB onaylı testlerin hastanelerde yer almaması, RAM’ların tanılama sürecinde bazı açılardan daha donanımlı olduğunu düşündürmektedir. Dolayısıyla, ölçme araçlarının kurumsal bağlama göre çeşitlilik göstermesi, tanı sürecinde kullanılan yöntemlerin standardizasyonuna dair önemli bir sorun oluşturmaktadır. RAM’lar niteliksel olarak yetersiz görülse de, kullandıkları araçların çoğu hastane ortamlarında da yer almakta, hatta bazı araçlar yalnızca RAM’larda uygulanabilmektedir. Bu durum, tanılama sürecine ilişkin kurumsal görev tanımları, personel yeterlilikleri ve araç erişilebilirliği konularında daha bütüncül ve disiplinler arası bir yaklaşımın geliştirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Bu araştırmada çocuk ve ergen psikiyatristlerinin büyük çoğunluğu (%86.67), ÖÖG tanılama sürecinde test sonuçları ile klinik gözlemler arasında uyumsuzluk yaşanabildiğini ve tanı kararlarında klinik görüşmenin belirleyici olduğunu ifade etmiştir. Bu durum, tanı sürecinin yalnızca sayısal verilere değil, bireyin değerlendirme anındaki ruhsal, çevresel ve kültürel koşullarına da bağlı olduğunu göstermektedir. Mather ve Goldstein (2015) ile Fletcher et al. (2018) tarafından uluslararası düzeyde yapılan çalışmalarda da test skorlarının çocuğun potansiyelini her zaman yansıtamayabileceği ve duygusal-sosyal etkenlerin test performansını etkileyebileceği belirtilmiştir. Aynı şekilde AAP (2011), ÖÖG tanısında testlerin tek başına kullanılmaması gerektiğini ve multidisipliner bir değerlendirme sürecinin zorunlu olduğunu vurgulamaktadır. Benzer bir eğilim bu çalışmada da görülmektedir. Örneğin *K5, test sonuçlarının klinik kanaatle her zaman*

örtüşmeyebileceğini ve “hiçbir zaman bir teste göre tanı koymamak gerektiğini” özellikle belirtmiştir. K14, zekâ testlerinin çocuğun motivasyonuna ve testi yapan uzmanın yaklaşımına bağlı olarak sonuçlarının değişebileceğini ifade etmiş, “testi yapan kişiye çok bağlı” olduğunu vurgulamıştır. K10 da çocuğun teste girdiği andaki ruh hali ve uygulayıcının tutumunun sonuçlar üzerinde etkili olabileceğini söylemiştir. Bu görüşler, testör etkisi olarak adlandırılan bir değişkenin tanılamadaki belirleyici rolüne işaret etmektedir. Bunun yanında, çocuğun eş tanılar (örneğin DEHB), fizyolojik durumlar (uykusuzluk, hastalık), kültürel normlardan sapma ve test sırasındaki kaygı düzeyi gibi etkenler de test performansını olumsuz etkileyebilmektedir. K10 ve K14, DEHB tanısı olan çocukların dikkat problemleri nedeniyle testte düşük performans gösterebildiğini, bu nedenle önce DEHB tedavisi verdiklerini ve sonrasında değerlendirme yaptıklarını ifade etmişlerdir. K8, test sırasında çocukların “hastalığı olabilir, demotive olabilir” diyerek, fizyolojik ve duygusal durumların test sonuçlarını etkileyebileceğini dile getirmiştir. K14 ise sabah erken saatlerde gelen uykusuz çocukların düşük performans gösterdiğini gözlemlediğini ifade etmiştir. Sosyo-kültürel etkenler de testin güvenilirliğini sınırlayan başka bir unsurdur. K15, yaygın kullanılan WISC-R zekâ testinin Türkiye kültürüne uygun olmadığını, özellikle sosyoekonomik düzeyi düşük çocuklarda zekâ geriliği izlenimi yarattığını belirtmiş ve “çocuğun zekâsında sıkıntı olmadığını ancak test sonucunda farklı çıktığını” ifade etmiştir. Bu bulgu, Kuzgun’un (2019) RAM’daki testlerin ortam, kültür ve çocuğun psikolojik durumu ile yakından ilişkili olduğunu vurguladığı çalışmasıyla paraleldir. Test sonuçlarının güvenilirliğini etkileyen bir diğer değişken ise çocuğun negativist tutumu ve değerlendirmeye aktif katılım göstermemesidir. K11 ve K13, çocukların bazı durumlarda sorulara yanıt vermemesi, içe kapanması ya da çekingen davranması nedeniyle test skorlarının geçersiz veya yanıltıcı olabildiğini vurgulamışlardır. K1 ise test sırasında çocukların kaygı yaşayabileceğini, bu nedenle klinik gözlemin daha güvenilir bir kaynak olduğunu belirtmiştir. Bu bağlamda hem yerel hem de uluslararası literatür, tanı sürecinde klinik sezgi, gözlem ve uzman deneyiminin merkezi rolünü vurgulamaktadır. Testler, yalnızca uygun koşullar altında, bireyin ruhsal-fiziksel ihtiyaçları gözetilerek, güvenli ve sessiz bir ortamda uygulanmalı; sonuçlar ise mutlaka multidisipliner bir değerlendirme süreciyle yorumlanmalıdır. Tanı sürecinin güvenilirliğini ve geçerliliğini artırmak için test uygulayıcılarının eğitimi, ortam standartlarının sağlanması ve aile-okul iş birliğinin güçlendirilmesi gerekmektedir.

Sonuç olarak, çalışmanın bulguları göstermektedir ki ÖÖG tanılmasında test sonuçları değerli bir araç olmakla birlikte, tek başına belirleyici değildir. Psikiyatristlerin klinik gözlemleri, çocukların doğal ortamda sergilediği duygusal, bilişsel ve davranışsal tepkileri yakalayıp test skorlarındaki olası sapmaları dengelemede kritik bir işlev üstlenmektedir.

Çocuk ve ergen psikiyatristleri karar verme sürecine ÖÖG riski olan bireylerin daha hızlı ve doğru tanınması için şu önerilerde bulunmuşlardır:

- Bireyin üstün yararı ilkesi göz önüne alınması,
- Hekim eğitimleri yapıp hekimlerin sürekli olarak kendini güncellemesi,
- Kurumlar arası işbirliği ve standartın sağlanması önerilerinde bulunmuşlardır.

3.4. Görüşmeye Eklenen Konular

Görüşmeye eklenen konular teması, ÖÖG tanılanmasıyla ilgili ek görüş ve öneriler alt teması olmak üzere 1 alt temaya ayrılmıştır. Tablo 3.22.'de alt tema ve kategoriler gösterilmiştir.



Tablo 3.22. Görüşmeye Eklenen Konular Alt Tema Ve Kategoriler

Alt Tema	Kategori	Katılımcılar	f
ÖÖG Tanılanması Ek Görüş ve Öneriler	Özel Eğitimde Motor Beceriler Desteği	K2	1
	Tanılama Sonrası	K5, K8, K14	3
	RAM-Hastane Uyuşmazlığı	K1, K8, K10, K14	4
	Rehabilitasyon Merkezleri	K14, K15	2
	Dikkat İlaçları Temini	K8	1
Toplam:			11

3.4.1. Özel Öğrenme Güçlüğü Tanılanması Ek Görüş Ve Öneriler

Çocuk ve ergen psikiyatristlerine ÖÖG riski olan bireylerin tanılanmasıyla ilgili görüşmeye eklemek istediği konular sorulmuştur. Çocuk ve ergen psikiyatristlerinin görüşmeye eklediği konular ÖÖG tanılanmasıyla ilgili görüş ve önerileri alt teması altında özel eğitimde motor beceriler desteği, tanılama sonrası yapılan işlemler, RAM-Hastane uyumsuzluğu, rehabilitasyon merkezleri ve dikkat ilaçları temini olmak üzere 5 kategoriye ayrılmıştır.

3.4.1.1. Özel Eğitimde Motor Beceriler Desteği. Çocuk ve ergen psikiyatristlerinden K2 (%6.67) ÖÖG tanılı bireylerde motor becerilerden detaylı değerlendirme yapılamadığı ve ÖÖG tanılı bireylerin bununla ilgili de destek eğitim alması gerektiği görüşünü belirtmiştir. K2'nin görüşü şu şekildedir:

“Belki öğrenme güçlüğünde biz motor koordinasyonu çok bakamıyoruz burada. Hani gelişimsel koordinasyon da bunlara eşlik eden çocuklar olabiliyor. Onlarda gelişimsel koordinasyon bozukluğu da çok sık olabiliyor. Skolastik becerilerdeki o zayıflık onları bence yeterince değerlendiremiyoruz. Hani lateralleşme, harris testleri falan yapılabilir ama ince motorları, büyük çocuklar bence biraz o konuda belki kaybımız var, gözden kaçırdığımız nokta var. Bence özel eğitimde bu destek de alınması lazım, denge, ergoterapi desteği falan gerçi ihtiyaç dâhilinde sağlayabiliyoruz biz burada düğme ilikleme, ip bağlama, bağcık bağlama gibi. Ergoterapi ayağını biraz daha bence özel eğitimciler de desteklemeli, biz de burada desteklemeliyiz diye düşünüyorum.”

3.4.1.2. Tanılama Sonrası Yapılan İşlemler. Çocuk ve ergen psikiyatristlerinin %20'si ÖÖG riski olan bireylerin tanılanması yapıldıktan sonra ÖÖG tanısı alan bireylerle ilgili hangi işlemler yapıldığı hakkında bilgileri olmadığı görüşünü belirtmiştir. Katılımcıların görüşleri şu şekildedir:

K5, “Değerlendirme ve tanılama süreci diye zaten hani görüşmeyi yaptık ama belki de bu süreçlerden sonra neler yapılıyor? Onunla ilgili belki, bilmiyorum o ayrı bir görüşmemi gerektirir, nasıl olur onu bilemiyorum ama onu belki o aşamanın da değerlendirilmesi de en azından bundan sonra ne yapılıyor onun değerlendirilmesi belki. Yani tanıyı koyduk sonra ne oluyor? RAM’lar ne yapıyor. Tekrar ne zaman değerlendirilme yapılıyor? Çünkü bu başlayıp bir kez o değerlendirmeyi yapıp bitmeyen bir şey aslında. Sonra tekrar değerlendirmeler ne aralıkta olmalı, nasıl yapılmalı? RAM mı bunu yapmalı? Buna dair şey çok önemli oluyor çünkü takip. O da aslında değerlendirmenin tekrar nasıl değerlendirme yapılacak? O da değerlendirmenin bir parçası çünkü bu çocuklar aslında yıllar boyunca bazı desteklere ihtiyaç duyabiliyorlar. Onun için ne sıklıkta tekrarlanmalı, hangi testler ne zaman yapılmalı, bunun baz aldığını karşılaştırmak için onlar iyi bir şekilde arşivlenmeli. Belki bunlarla ilgili daha detaylı değerlendirmeler yapılabilir diye düşünüyorum.”

K8, “Mesela sizin planladığınız bu doktorların, hekimlerin RAM’larla iletişiminin daha arttırılması, RAM’ları bu konularda, hani doktorlar gidip eğitimler veriyorlar mı? Emin değilim. Belki bunlar yapılabilir. RAM görevleri ne yapıyorlar? Nasıl bir değerlendirme yapıyorlar? Çocuk onlara geldiğinde, kaynaştırma öğrencisi midir? Bu değerlendirmeleri neye göre yapıyorlar? Onların da bize aktarılması. Çoğu hekim RAM’daki işleyişe hâkim değil. Ben de daha önce hiç bulunmadım mesela bir RAM’da. Bu işlemleri tam olarak nasıl yapıyorlar onu bilmiyorum. Bir de galiba farklı RAM’larda farklı yaklaşımlar da oluyor. Bazı RAM’lardan böyle geri dönüşü almıyoruz ama bazılarından alıyoruz.”

K14, “Özel eğitim merkezlerinde öğrenme bozukluğuyla alakalı ne kadar yeterli çalışma yapılıyor emin değilim. Şimdi farklı ortamlarda görüyorum, öğrenme bozukluğu olan çocuklara, öğrenme güçlüğü olan çocuklara farklı eğitim modellerine göre galiba okuma-yazma öğretilmesi gerek. Onların da belirli eğitimlerden geçmesi lazım ama hastalardan aldığım bilgi çok bu yönde değil aslında ve dediğim gibi, tamam ÖÖG var hastada ama dikkat eksikliği de varsa bunu rehabilitasyon merkezinde öğretmenin fark edebilmesi lazım. Ya fark etmiyor, ya fark

ediyor, yönlendirmiyor veyahut da o yönlendirmesi yapıyor ama aile bunu umursamıyor gibi sıkıntılar var. Bu süreçte şöyle oluyor, biz burada tanılıyor güzel, bu çocuklar için bir şeyler yapmaya çalışıyoruz ama sonraki süreçler o kadar böyle bozuk bir şekilde işliyor ki yani bizim yaptığımız emek boşa mı gidiyor? Yani nerede ne yapıyoruz gerçekten soru işareti. Bazı bilinçli ebeveynler oluyor, aileler oluyor. Gerçekten tıkr tıkr işliyor ve çocuk çok fark ediyor. Yani okumayı bilmeyen, matematiği bilmeyen çocuk neredeyse sınıf düzeyine gelebiliyor ama bazı ailelerde gerçekten bilinçsiz, isteksiz veya dediğim gibi özel eğitim yanlış yönlendirebiliyor. Öyle olduğu noktada da biz bu süreci ne kadar kaliteli hale getirmeye çalışırsak çalışalım bir bozukluk olduğunu düşünüyorum.”

3.4.1.3. RAM-Hastane Uyuşmazlığı. Çocuk ve ergen psikiyatristlerinin %26.67’si RAM tarafından hastaneye geri yönlendirmeler olduğu görüşünü belirtmişlerdir. Çocuk ve ergen psikiyatristleri RAM’la uyuşamadıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların görüşleri şu şekildedir:

K1, “Bir tanılama yapıyoruz, rapor çıkartıyoruz. RAM’la uygulamalar farklı olabiliyor, raporlar geri dönebiliyor, eğitimler onaylanmayabiliyor. Ben kendi gözlemime yönelik şöyle bir farklılık görüyorum. RAM’dan, Milli Eğitim’den bizim beklentimiz, mesela iki tane öğrenme bozukluğu tanısı koyduğumuz çocuk olsun, birisi işte problemleri çözebilirken birisi çözemiyordur. Birisinin işte ne bileyim, b, d’yi karıştırması varken öbürünün başka bir belirtisi vardır. RAM, Milli Eğitim’den aslında bizim tıbbi olarak beklentimiz, bu içeriğin tespiti, içerik tespitinde çocuğa özgü hani o eğitim programının hazırlanması ama RAM’dan gelen şeylerde o içerik tespitinden sonra tanı koyma sürecine müdahil olunmaya çalışıldığına dair bir şey var. Bu çocuk işte zekâ geriliği, yok bu çocuk öğrenme güçlüğü, evet öğrenme güçlüğü değil gibi. Yani orada eğitsel içeriği değerlendirmeye tıbbi tanılama yapma farklı şeyler. Biraz tıbbi tanılara karışıldığını düşünüyoruz ama bu da uygun değil. Sonuçta tıbbi tanıyı bir hekim koyar. Bu anlamda bazen böyle uyumsuzluklar olabiliyor raporlarda. Bir de bizim gözlemimiz şimdi sınır zekâ dediğimiz bir kavram var. Sınır zekâ işte normal beklediğimiz zekâdan bir standart sapma vesaire gerilik olması. Genelde bu klinik olarak nasıl yansıyor? Akademik başarı bir sınıf, iki sınıf yaklaşık geri oluyor ve tüm becerilerde bir zorlanma oluyor. Atıyorum 7 yaşındaki bir çocuğa 5 yaş becerisine sahip oluyor. 6 yaş becerisine sahip oluyor. Zekâ geriliği boyutunda değil ama sınır düzeyinde bir gecikme var. Şimdi bazen şöyle

oluyor. RAM'da yani milli eğitimin rapor sisteminde sınır zekâ diye bir şey yokmuş benim bildiğim. Böyle olunca sınır zekâ çocukları öğrenme bozukluğu tanısına doğru kaydırıp eğitimden yararlandırma gibi bir yaklaşım var ama hani bu klinik anlamda doğru değil çünkü ÖÖG ayırıcı belirtileri olan bir bozukluk başlı başına tanımlanmış. Hani onun belirtilerini taşımayan çocuğa ÖÖG demek çok uygun olmuyor. Biz de genelde şöyle bir sıkıntı yaşıyoruz. İşte zekâsı 70'in üstündeyse ve biz, işte ne bileyim, 75 zekâlı bir sınır zekâ, raporu çıkardığımız bir çocuk olsun, RAM geri gönderiyor. Hani bu normal zekâ, siz buna öğrenme bozukluğu deyin. Tanı olarak. Tanıyı değiştirin gibi bize böyle raporlar yazıp gönderebiliyorlar. Bu anlamda bir sıkıntı yaşıyoruz.”

K8, “Mesela sınırda mental kapasitesi olan çocuklara biz ÖÖG tanısını da koyabiliyoruz. Yani iki eş tanıyı birlikte koyabiliyoruz çünkü tam bir zekâ geriliği demek değil hani sınırda mental kapasite ama gerçekten bazı çocukların mental kapasiteleri sınırda ve ÖÖG belirtileri de var yoğun bir şekilde. Biz bu iki tanıyı eş tanı olarak koyabiliyoruz bazı vakalarda. Sonrasında bazen geri dönüşler alabiliyoruz. RAM'da bu sınırda mental kapasiteye yönelik eğitim verilmediği sadece mesela ÖÖG'ye yönelik eğitimler verildi. Bireysel eğitim ayrıca verilmedi ya da işte bu iki tanının birlikte konmayacağı gibi. Bazen bazı RAM'daki görevliler ya da aileler bize öyle aktarıyor, bilmiyorum ama tanımızla ilgili sorgulamalar, müdahaleler olabiliyor bazen. Orada bence bir iletişim problemi var. Hekimlerle, RAM görevlileri arasında”

K14, “Bazen RAM'da yanlış yönlendirebiliyor bu arada. Ondan da sorun oluyor. Mesela bir rapor çıkartılmış oluyor. Doktorun bir kanaati var. RAM bu sefer yani bu tanıdığı kesinlikle değildir. Şunu şunu yaptık gibi böyle bu tanıya gidin değiştirin gibi şeyler söyleniyor. Aile yine nerede, ne yapıyor, ne için, ne değiştiriyor hiçbir farkında olmadan tekrar bize itiraz için çok fazla başvuranlar var. Dediğim gibi bu rapor silinsin. Şimdi şunu anlamıyorum RAM nasıl işliyor ama. Diyelim ben çocuğa böyle ÖÖG diye rapor çıkardım. İki senelik bir rapor. Birinci sınıfa çıktı, üçüncü sınıfa geldi. Tamam, bu rapor bitti zaten. Yani RAM neden tekrar bu raporu sildirin, kaynaştırma öğrencisi olmasın diye bize gönderiyor ben onu anlamıyorum. Şöyle yapması lazım o zaman, kendisi zekâ testi yapar, değerlendirme yapar. Der ki bana, yani doktor hanım bu çocuğun raporu bitti ama bunun güçlüğü devam ediyor, raporunu devam ettirin şu şu sebeple diye. Bana bir yazıyla gelir, ben bir rapor çıkarırım Ama RAM öyle yapmıyor. Sizin raporunuz bitti, tamam bitti. Ama RAM

sanki rapor devam ediyormuş gibi. Kaynaştırma öğrencisi oluyor aile ve bu aile için çok büyük bir problem. Bize geliyorlar. Yani bunların çözülmesi lazım bence. Yani şöyle bu tanı koymak, karar vermek, rapor çıkartmak kısmı bence bizim için en kolay kısım. Dediğim gibi hasta bana geliyor. Yarım saatte değerlendirmem. Zekâ testim. Üçüncü haftamda kesin tanıyı koyuyorum. Ama bu söylediğim problemler benim şu an daha çok başımı ağrıtıyor. Yani RAM ve özel eğitimin yanlış yönlendirmeleri, hastaları gereksiz bilgiler, yani gereksiz demeyeyim, yanlış bilgiler vermesi, gereksiz işlemler istemeleri, yani rapor süresi bitmiş bir hastanın rapor süresi bitmiştir. Bunu nasıl açıklama yapmamız gerekiyor bilmiyorum. Siz rapor süresi bitmiş olan hastayı değerlendirirsiniz, o zaman değerlendirmenizi yazıyla bize gösterin. Yani hastalar geliyor, hocam RAM bize böyle böyle dedi. Çok komik yani, komşum bana böyle böyle dediği demekle aynı o zaman. RAM değerlendirdiyse raporunu da göndermen gerekiyor. Bu konuda çok mustaribiz açıkçası. Özel eğitimcilerim ve RAM'dakilerin bilgilendirilmesi gerek veya bunu neden yapıyorlarsa mantıklı bir açıklamasını bir kâğıda yazıp bize gönderseler çok iyi olur. İletişim eksikliği çok fazla var bence. Yani ailelere bir şey söylüyorlar, aileler başka bir şey anlıyor muhtemelen yani. Şunu da demiyorum, hep özel eğitimci ya da RAM'da problem değil muhtemelen. Onlar belki doğru söylediler ama hali çok yanlış anladı ama onların doğru söylediklerini, ne için yönlendirdiklerini bana yazılı göndermeleri lazım. Yazılı, kapalı zarfta göndersinler lütfen.”

3.4.1.4. Rehabilitasyon Merkezleri. Çocuk ve ergen psikiyatristlerinin %13.33'ü rehabilitasyon merkezleriyle ilgili problem yaşadıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların görüşleri şu şekildedir:

K14, “Şöyle bu karar verme sürecinde de bahsettiğim gibi yani özel eğitimciler maalesef özel eğitim merkezleri diyeyim rehabilitasyon merkezleri maalesef çok yanlış yönlendiriyorlar. Yani yönlendirmeleri güzel bir şey ama aileye nasıl yanlış bilgiler verip öyle bir dolduruyorlar ki biz ailelerle burada çatışıyoruz. Dediğim gibi anne zann ediyor ki Türkçe matematik dersi alacak yani bedava Türkçe matematik dersi. Şimdi bu baktığınızda bütün herkes ister ve hastayı yönlendiriyorlar bize ama bunun böyle olmadığını, bunun bir hastalık olduğunu, bozukluk olduğunu, engel raporu olduğunu söyleyince ortalık karışıyor.”

“DEHB olan çocukları da öğrenme bozukluğu gibi yönlendiriyorlar. Türkçe'yi yapamıyor mesela, okumayı öğrenmedi. Hiçbir detay yok, okumayı

öğrenmedi mi tamam hemen size öğrenme bozukluğu vardır, rapor alalım gibi bir yönlendirme var ama o çocukta dikkat eksikliği var mı? Hiç bilinmiyor yani bu sorulmamış. Şimdi biz bunları da tespit edip gördüğümüzde yine bizim için problem çıkıyor. Yani ben şu an özel eğitimcilerin yani destek mi oluyorlar, köstek mi oluyorlar çok emin değilim. Bir de şöyle cümleleri çok fazla. Siz rapor çıkartın ileride sildirirsiniz. Sildirmek diye bir şey, bir şeyi kayıt altına alındırsa onu silinmek gibi bir ihtimali yok sistemde gözüküyor. Tamam, sonraki süreçte iki yıl bitiyor ve biz bunu raporu artık ÖÖG yoktur. Özel gereksinim yoktur raporu veriyoruz ama ailenin kafasında silinmiş olması silinmiş bir durum olmadığı için biraz özel eğitimciler destek olalım derken biraz köstek oluyorlar. Yani maddi kaygılardan dolayı mı neden böyle yapıyorlar bilmiyorum açıkçası. Bununla alakalı bir güçlük olduğunu düşünüyorum.”

K15, “İşte ya ailesi parayla kendi ders aldırıyor ya da işte RAM aracılığıyla işte ÇÖZGER aracılığıyla rehabilitasyon merkezlerinden özel eğitim alıyor ama rehabilitasyon merkezlerinden alınan özel eğitimin kalitesi bence düşük ve yetersiz ve bu çocuklara yeterli etki sağlamıyor. İkincisi, disleksi tanılı çocukların çoğunun zekası, hepsinin zekası normal olduğundan dolayı bu çocuklar da rehabilitasyon merkezine eğer karma bir rehabilitasyon merkezine giderlerse stigmatizasyon yani kendilerini engelliymiş gibi hissetme ve diğer ağır çocukları gördüğünde o kuruma gitmek istememe veya kendilerini kötü hissetme durumu çok sık oluyor. O yüzden disleksi tanılı çocuklar için daha özel olan böyle bireysel ayrılmış belki rehabilitasyon merkezleri yapılabilir. Daha da önemlisi ben disleksi tanılı çocukların rehabilitasyon merkezlerinden değil de bence okulda bireysel destek eğitimi alması gerekiyor. Ben o görüştim. Bu nedenden dolayı bu çocukların bireysel destek eğitiminin rehabilitasyon merkezlerinde değil de okulda bireysel eğitim planı kapsamına alınıp orada özel eğitim öğretmenlerinin, her okulun kendine ait bir disleksi özel eğitim öğretmenin olması ve okulda diyelim ki 20 tane disleksi tanılı ve raporlu öğrenci varsa özel eğitimin rehabilitasyon merkezine gitmeden okulda verilmesini daha doğru olur. Devlet kaynaklı sağlanmasını da okullarda sağlanmasını hem aile hem de çocuk açısından daha stigmatizasyon açısından ve bu çocukların desteklenmesi açısından daha iyi çünkü başlatıyoruz bir süre sonra çocuk iki sene sonra gitmek istemiyor. Biraz büyüdükten sonra ergenliğe doğru o kuruma devam etmiyor. Bu en önemli sorun.”

3.4.1.5. Dikkat İlaçları Temini. Çocuk ve ergen psikiyatristlerinden K8 (%6.67) genellikle ÖÖG riski olan bireylerin DEHB'yle ilgili tedavilerinin yapılması için gerekli ilaçların eczanelerden temininin zorlaştığı görüşünü belirtmiştir. K8'in görüşü şu şekildedir:

‘‘Mesela řu anda en çok yaşadığımız zorluklardan birisi, en çok kullandığımız dikkat ilaçlarının eczanelerde bulunamıyor oluşu. Haliyle dikkat dağınıklığıyla etkin bir şekilde tedavi edilmiyor.’

ÖÖG tanısı almış bireyler, yalnızca akademik performans açısından değil, aynı zamanda günlük yaşam becerileri açısından da akranlarına göre önemli farklılıklar gösterirler. Bu bireylerin çevreleri tarafından sergilenen davranışları sıklıkla “sakarlık”, “dikkatsizlik”, “önemsememe” ya da “sorumluzluk” gibi etiketlerle tanımlanırken; akademik alandaki performansları “tembellik”, “düzensizlik” ve “motivasyonsuzluk” şeklinde yorumlanabilmektedir. Ancak yapılan araştırmalar, bu gözlemlenen davranışların temelinde sıklıkla motor beceri yetersizliklerinin yattığını göstermektedir (Ayres and Robbins, 2005). Motor öğrenme güçlüğü, bireyin ince ve kaba motor becerilerinde yaşadığı güçlükler nedeniyle, günlük yaşamda basit görünen görevleri yerine getirmekte zorlanmasına yol açar. Bu durum yalnızca bireyin akademik başarısını değil, aynı zamanda öz bakım, oyun, spor ve sosyal etkinliklere katılım gibi alanlardaki işlevselliğini de olumsuz etkiler (Hands and Larkin, 2006). Örneğin kalem tutma, makas kullanma, ayakkabı bağlama, düğme ilikleme gibi günlük yaşam görevleri ya da fiziksel koordinasyon gerektiren spor etkinliklerinde bu bireylerin yaşıtlarından belirgin şekilde geri oldukları gözlemlenmektedir (Ploughman, 2008). Uluslararası çalışmalar da bu gözlemleri desteklemektedir. Zwicker et al. (2012) tarafından yapılan bir meta-analizde, motor koordinasyon güçlüğü yaşayan çocukların, yalnızca fiziksel değil aynı zamanda sosyal-duygusal gelişim alanlarında da risk altında oldukları bulunmuştur. Özellikle sosyal izolasyon, düşük benlik saygısı ve öğrenmeye karşı gelişen olumsuz tutumların motor becerilerle doğrudan ilişkili olduğu vurgulanmaktadır. Bu bağlamda, öğrenme güçlüğü yaşayan bireylerin okul başarısızlıklarının yalnızca bilişsel yetersizlikle değil, motor planlama ve uygulama becerilerindeki eksiklikle de ilişkili olduğu anlaşılmaktadır (Döhla and Heim, 2016). ÖÖG tanısı alan bireylerin önemli bir bölümünde Gelişimsel Koordinasyon Bozukluğu belirtileri görülmektedir. Bu durum, DSM-V’te ayrı bir bozukluk olarak

tanımlanmakla birlikte, sıklıkla ÖÖG ile eş zamanlı olarak görülmekte ve motor becerilerde yetersizliklerle karakterize edilmektedir (APA, 2013). Bu tür bireylerde sadece akademik müdahaleler yeterli olmamakta; aynı zamanda ergoterapi, duyuşal bütünleme terapisi ve motor koordinasyon çalışmaları da destekleyici hizmetler olarak önerilmektedir (Smits-Engelsman and Blank, 2011). Uygulamada birçok ülkede bu gereksinimlere yanıt verecek şekilde çok disiplinli müdahale yaklaşımları geliştirilmektedir. Örneğin, Birleşik Krallık'ta uygulanan "Motor Skills Training Program" ve Kanada'daki "CO-OP (Cognitive Orientation to Occupational Performance)" modeli, ÖÖG olan çocuklara hem akademik destek hem de motor beceri gelişimini birlikte sunan başarılı örneklerdir (Polatajko et al., 2001). Tüm bu bulgular ve uygulamalar ışığında, ÖÖG tanısı almış bireylerin desteklenmesinde sadece akademik alanlara odaklanmak yetersiz kalmaktadır. Bu bireylerin motor becerilerindeki eksiklikler, hem günlük yaşama katılımında hem de psikososyal gelişimde ciddi engeller yaratabildiğinden, tanı sonrası bireysel eğitim planlarında motor gelişimi destekleyen hedefler de mutlaka yer almalıdır.

ÖÖG tanısı, sadece klinik bir teşhis değil; aynı zamanda eğitsel, psikososyal ve çevresel müdahaleleri gerektiren çok yönlü bir sürecin başlangıcıdır. Ancak tanı sonrası sürece ilişkin bilgi eksikliği, özellikle tanıyı koyan çocuk ve ergen psikiyatristleri açısından önemli bir sorun olarak ortaya çıkmaktadır. Alanyazında bu duruma dikkat çeken araştırmalar bulunmaktadır. Ögülmüş (2021) çalışmasında, çocuk ve ergen psikiyatristlerinin büyük bir kısmının tanı sonrası RAM süreci, BEP uygulamaları ve eğitsel yönlendirmeler gibi konularda bilgi eksikliği yaşadığını ortaya koymuştur. Psikiyatristlerin büyük çoğunluğu, eğitsel sürecin nasıl ilerlediği, RAM'da yapılan değerlendirmeler ve çocuğa ne tür destekler sağlandığı konusunda yeterince bilgi sahibi olmadıklarını belirtmiştir. Benzer şekilde, bu çalışmayla paralel olarak yürütülen mevcut araştırmamda da çocuk ve ergen psikiyatristlerinin %20'si, ÖÖG tanısı konduktan sonra bireylerle ilgili hangi işlemlerin yapıldığına dair bilgi sahibi olmadığını ifade etmiştir. Bu bulgu, literatürdeki tespitlerle örtüşmekte ve sağlık-eğitim iş birliği eksikliğine işaret etmektedir. Reid et al. (2013) tarafından yapılan bir çalışma, çocuk psikiyatristlerinin önemli bir kısmının okul temelli tanı sonrası uygulamalardan haberdar olmadığını ve bu durumun çocukların destek sürecinde kopukluklara yol açtığını göstermiştir. Aynı şekilde, Mather ve Wendling (2018), ÖÖG tanısı konduktan sonra yapılması gereken eğitimsel değerlendirme ve müdahalelere dair psikiyatristlerin bilgi düzeylerinin düşük olduğunu, bunun da

multidisipliner çalışmayı sınırladığını vurgulamıştır. Tüm bu bulgular, ÖÖG tanısının yalnızca klinik düzeyde bırakılmaması gerektiğini; eğitimciler, rehber öğretmenler ve psikiyatristler arasında sistematik bir iletişim ve yönlendirme mekanizması kurulmasının önemini ortaya koymaktadır. Aksi takdirde tanı, bireyin gereksinim duyduğu eğitimsel desteklerle bütünleşememekte ve çocuğun akademik ve sosyal gelişimi için kritik fırsatlar kaçırılabilir.

ÖÖG tanı süreci, yalnızca tıbbi bir değerlendirmeyi değil, aynı zamanda eğitimsel planlamayı da içeren çok boyutlu bir işleyiş gerektirmektedir. Ancak bu sürecin uygulamada ciddi kurumsal kopukluklarla sekteye uğradığı görülmektedir. Yapılan araştırmada çocuk ve ergen psikiyatristlerinin %26.67'si RAM tarafından hastaneye geri yönlendirme yapıldığını belirtmiş; çoğu katılımcı RAM ile kendi tanıları arasında uyumsuzluk yaşandığını, raporlarının geçersiz sayıldığını ya da ailelerin tekrar hastaneye başvurmaya zorlandığını ifade etmiştir. Bu durum, tanı sürecinin bütüncül işleyemediğini ve çocuğun ihtiyaç duyduğu eğitsel desteğin zamanında sunulamadığını göstermektedir. Katılımcı görüşleri bu durumu açıkça yansıtmaktadır. Örneğin K1'in ifadesinde tıbbi tanı ile eğitsel değerlendirme arasındaki sınırların ihlal edildiği, RAM personelinin tıbbi tanıya müdahil olmaya çalıştığını şu şekilde belirtmiştir: *"Tıbbi tanılara karışıldığını düşünüyoruz ama bu da uygun değil. Sonuçta tıbbi tanıyı bir hekim koyar."* Bu ifade, alanda tıbbi ve eğitsel tanının birbirine karıştırıldığına yönelik yaygın bir sorunu ortaya koymaktadır. Benzer biçimde K8, *sınırdaki zihinsel kapasiteye sahip çocuklara eş tanı (ÖÖG + sınırda zeka) konulabildiğini, ancak RAM tarafından bu yaklaşımın kabul görmediğini belirtmiştir.* Bu durum RAM ve hastane arasında terminolojik ve uygulama temelli uyumsuzlukların bulunduğunu ortaya koymaktadır. K14'ün ifadeleri ise daha sistematik bir kurumsal çatışmaya işaret etmektedir: *"Rapor süresi bitmiş olan hastanın rapor süresi bitmiştir. Bunu nasıl açıklama yapmamız gerekiyor bilmiyorum. Siz rapor süresi bitmiş olan hastayı değerlendirirsiniz, değerlendirmenizi yazıyla bize gösterin."* Bu ifadeden, RAM tarafından sağlık raporlarının gerekçesiz biçimde sorgulandığı, süresi dolmuş raporlar hakkında yeniden işlem yapılması için ailelerin hastaneye yönlendirildiği anlaşılmaktadır. Psikiyatristin bu durumdan duyduğu rahatsızlık, yalnızca iletişim eksikliğine değil, aynı zamanda görev ve yetki alanlarının belirsizliğine işaret etmektedir. Bu bulgular, Çakmak'ın (2017) çalışmalarındaki sonuçlarla doğrudan örtüşmektedir. Çakmak, RAM ile hastaneler arasında yaşanan temel sorunun, bireyin tıbbi tanısı ile eğitsel

tanısı arasındaki uyumsuzluk olduğunu belirtmiştir. Özellikle ÖÖG tanısı konan bireylerin RAM tarafından “hafif düzeyde zihinsel yetersizlik” şeklinde değerlendirilmesi ya da tam tersi şekilde, düşük bilişsel kapasiteye sahip bireylerin ÖÖG tanısıyla eğitsel sürece alınması gibi örnekler bu uyumsuzluğun sahadaki yansımalarıdır. Kuzgun (2019) da tıbbi ve eğitsel tanıları arasındaki paralelliğin sağlanmasının sürecin güvenilirliğini artırdığını ve bireyin ihtiyaçlarına uygun hizmet sunumunu kolaylaştırdığını vurgulamıştır. Tıbbi tanının eğitsel değerlendirme sürecine yön verici olması beklenirken, RAM tarafından bu tanıların dikkate alınmaması veya değiştirilmesinin önerilmesi, sistemsel bir güvensizlik yaratmaktadır. Bu bağlamda araştırma bulguları, alanyazındaki çalışmalarla büyük ölçüde örtüşmektedir. Çocuk ve ergen psikiyatristlerinin yaşadığı sıkıntılar üç temel ekseninde toplanabilir: Tanı Uyuşmazlıkları, Geri Yönlendirme Sorunu, İletişim Eksikliği ve İş Birliği Yetersizliği.

Araştırma kapsamında görüşülen çocuk ve ergen psikiyatristlerinden biri (%6.67), ÖÖG tanısı almış bireylerin sıklıkla DEHB ile eş tanı aldığını, ancak bu bireylerin tedavisinde kullanılan ilaçlara erişimde önemli sıkıntılar yaşandığını belirtmiştir. Katılımcı K8’in ifadesi şu şekildedir:

“Mesela şu anda en çok yaşadığımız zorluklardan birisi, en çok kullandığımız dikkat ilaçlarının eczanelerde bulunamıyor oluşu. Haliyle dikkat dağınıklığıyla etkin bir şekilde tedavi edilmiyor.”

Bu görüş, hem klinik müdahalelerin sürekliliği hem de ÖÖG'ye eşlik eden DEHB semptomlarının kontrol altına alınabilmesi açısından kritik bir soruna işaret etmektedir. Bilindiği üzere, ÖÖG ve DEHB'nin yüksek eş tanı oranına sahip olması (Willcutt, 2012; DuPaul et al., 2013), bu iki bozukluğun birlikte değerlendirilmesini ve tedavi edilmesini gerekli kılmaktadır. DEHB semptomlarının, akademik performans, motivasyon, dikkat süresi ve planlama becerileri gibi alanlarda olumsuz etkileri bulunmaktadır (Barkley, 2015). Bu nedenle, uygun farmakolojik müdahalenin yapılamaması, ÖÖG tanısı almış bireylerin eğitimsel desteklerden yeterince yararlanamamasına neden olabilmektedir. Uluslararası düzeyde incelendiğinde, bazı ülkelerde benzer sorunların yaşandığı görülse de, gelişmiş ülkelerde DEHB tedavisinde ilaç temini genellikle daha sistematik ve sürdürülebilir şekilde organize edilmektedir. Örneğin, ABD’de, DEHB tedavisinde kullanılan ilaçlar DEA (Drug Enforcement Administration) kontrolünde olmakla birlikte, reçeteli olarak temin edilebilmekte ve eczanelerde yüksek bulunabilirlik oranına

sahiptir (CDC, 2020). İngiltere’de, NHS bünyesinde çalışan psikiyatristler tarafından reçete edilen DEHB ilaçları yerel eczanelerde yaygın olarak bulunmaktadır. NICE (National Institute for Health and Care Excellence) tarafından belirlenen kılavuzlar, hem ilaç kullanım kriterlerini hem de doz titrasyon süreçlerini standartlaştırmaktadır (NICE, 2018). Sonuç olarak, araştırma bulgusu hem Türkiye’deki uygulamada karşılaşılan zorlukları gözler önüne sermekte hem de uluslararası uygulamalarla kıyaslandığında önemli bir eşitsizliği gündeme getirmektedir. DEHB’ye eşlik eden ÖÖG vakalarında tedavinin sürekliliğini sağlamak, eğitsel müdahalelerden beklenen verimi almak açısından kritik öneme sahiptir. Bu bağlamda ilaç temin süreçlerinin kolaylaştırılması, ithalat ve dağıtım planlamalarının güncellenmesi ve eczanelerde erişilebilirliğin artırılması yönünde politikalar geliştirilmelidir.



4.SONUÇ VE ÖNERİLER

4.1. Sonuç

Bu çalışma ÖÖG riski olan bireylerin tanılanmasında çocuk ve ergen psikiyatristlerinin görüş ve önerileri; fark edilme, değerlendirme ve karar verme süreci olmak üzere 3 başlığa ayrılmıştır. Çalışmanın sonunda çocuk ve ergen psikiyatristlerinin eklemek istedikleri görüş ve öneriler belirtilmiştir. Hepsinin sonucunda bulgular ortaya çıkmıştır. Bulunan bulgular alanyazınla desteklenerek yorumlanarak tartışılmıştır. Araştırmanın sonunda bu sonuçlara ulaşılmıştır:

4.1.1. Fark Edilme Sürecine İlişkin Sonuçlar

- ÖÖG riski olan bireyler hastaneye yönlendirilirken genellikle öğretmenler bilinçli ve sosyal medyayı takip eden aileler, özel eğitim merkezi ve kurum tarafından yönlendirildiği,
- Çocuk ve ergen psikiyatrisi bölümünden randevu bulmada ailelerin zorlanabildiği bu da tanılama sürecini uzattığı bu sebeple hekim sayısının artırılması veya alt üniteler kurulması gerektiği,
- ÖÖG olan bireylerin fark edilmesinin ilkökul dönemlerinde olduğu ancak tanılananın okul öncesi döneminde de fark edilip erken tanılama yapılabileceği,
- ÖÖG'ye eşlik eden DEHB olabildiği bunun da ÖÖG'yi maskeleyebildiği ve ayırt edici tanıların yapıldıktan sonra ÖÖG tanısı konulması gerektiği,
- Çevresel etmenlerinde ÖÖG'ye neden olabileceği bu nedenle ÖÖG çevresel faktörlerden kaynaklı olsa bile tanı konulabileceği alanyazında görülmüştür ancak çocuk ve ergen psikiyatristleri tanı vermek için öncelikle çevresel faktörleri belirlemeye çalıştıkları düzeltme ve uyarlamaları yapmaya çalışıldığı eğer ki düzeltme sağlayamazlarsa tanı verilebildiği,
- Ailenin bilgi yetersizliği, ileride ÖÖG tanısının önüne çıkma şüphesi ve çevresine göre bireyin etiketlenilebileceğini düşündüğünden fark edilme sürecinin geciktiği bu sebeple aile eğitimleri düzenlenmesi gerektiği,

- Öğretmenlerin ÖÖG bilgilerinin yetersiz olduğu için bireylerin yönlendirmesinde gecikme yaşanabildiği veya bireyleri yanlış şekilde yönlendirebildikleri bu sebeple öğretmen eğitimleri düzenlenmesi gerektiği,
- Okullarda tarama yapılırsa fark edilme ve tanılama sürecinin hızlanacağı sonuçlarına ulaşılmıştır.

4.1.2. Değerlendirme Sürecine İlişkin Sonuçlar

- Çocuk ve ergen psikiyatristleri değerlendirme sürecinde bireyin gelişim öyküsüne, okul hayatına, çevresinde uyaran eksikliğinden mi, fizyolojik ihtiyaçlardan mı kaynaklı ÖÖG yaşıyıp yaşamadığını öğrenmek amacıyla anamnez alındığı; bireye eşlik eden ve ayırt edici tanıların yapıldığı; bireyin çevresinden, okul ve ailesinden formlarla bilgi toplama süreci yapıldığı; bireyin zihinsel bir yetersizliği olup olmadığına dair zekâ testi yapıldığı,
- Detaylı değerlendirme yapılabilmesi için bireyin heyete başvurmadan önce çocuk ve ergen psikiyatrisine başvurması gerektiği,
- Öğretmenler tarafından yönlendirilen bireylerin bilgi toplama sürecini yapabilmek adına detaylı bir yönlendirme formu yollanması gerektiği,
- Ailenin ÖÖG' yle ilgili bilgisiz olması, hastaneye ne için geldiğini bilmemesi veya etiketlenme düşüncesinden dolayı öykü almada güçlük yaşanabileceği,
- ÖÖG'yle ilgili ÖÖG bataryası dışında sadece ÖÖG' yi değerlendiren değerlendirme aracı olmadığı zekâ ölçekleri ile genellikle değerlendirme yapıldığı,
- ÖÖG bataryasının her hastanede uygulanmadığı ve uygulayan psikoloğun az olduğu,
- Tanılama süresiyle ilgili kesin bir süre olmadığı bu sürenin bireyin durumuna göre değişebildiği,
- Çocuk ve ergen psikiyatristlerinin video kayıtları, okul karnesi, bireyin defterleri gibi araçları da değerlendirmesinde etkin olarak kullandıkları,
- Çocuk ve ergen psikiyatristlerinin değerlendirme süresini yetersiz bulduğu bu sürenin en az 30-60 dakika arasında olması gerektiği,
- Çıkarılan sağlık raporu süresi; kaynaştırma ve rapor kaldırma, yaş, eşlik eden tanı, izleme, aile, imkâna ulaşma, bireyin performansı gibi faktörlere göre değiştiği sonuçlarına ulaşılmıştır.

- ÖÖG riski olan bireylerin değerlendirilmesinde fiziki ortamla ilgili hastaneye ve bireye göre değişkenlik gösterdiği sonucuna ulaşılmış olup çocuk ve ergen psikiyatristleri; genellikle standart bir değerlendirme ortamı olmadığı, değerlendirilen bireylerin yaş ve gelişimine göre materyal eksikliği olduğu, poliklinikler yoğun olduğu için değerlendirme sırasında sessiz bir ortam sağlanamadığı, değerlendirme odalarının darlığı gibi olumsuz görüşlerde bulunmuşlardır.

4.1.3. Karar Verme Sürecine İlişkin Sonuçlar

- Öğretmenlerin, ÖÖG riski olan bireyin sınıf içinde ya da farklı gelişim alanlarındaki durumunu, öğretmenin sınıf içinde yaptığı uyarlamaları öğretmen formuyla nitelikli ve açıklayıcı şekilde gönderirse çocuk ve ergen psikiyatristlerinin karar verme tanılama sürecini hızlandırdığı,
- Alanyazında RAM’da yapılan testlerin niteliksel olarak yetersiz olduğu görülmektedir ancak hastanede yapılan formal değerlendirme araçlarının çoğunluğunun RAM’larda uygulandığı hatta daha fazla formal değerlendirme aracı olduğu,
- Hekimlerin RAM’da yapılan işlemler ve testler ile ilgili bilgisi olmadığı bu sebeple hekimlere eğitim ve sunumlar yapılması sonuçlarına ulaşılmıştır.
- Çocuk ve ergen psikiyatristleri RAM’dan gönderilen formla ilgili farklı görüşlerde bulunmuşlardır. Bu görüşlere göre RAM’dan gönderilen formların tanılamada işe yaradığı özellikle geçerlilik güvenilirliği olan test yapıp gönderilirse tanılamada daha etkili olacağı, bazı çocuk ve ergen psikiyatristleri sadece tanıya itiraz şeklinde form geldiği, RAM tarafından form gönderilmediği ya da gönderilen formlarda yapılan testlerin basit olduğu gibi farklı sonuçlara ulaşılmıştır.
- Öğretmenler tarafından gönderilen formların bazen çocuk ve ergen psikiyatristlerine ulaşmadığı, gelen formların kapalı zarfta mühürlü resmi şekilde gelmediği, bu formların kapalı zarf içindeyse aileler tarafından açılıp gelebildiği bu da ulaşılabilirlikle ilgili sorun olduğu göstermektedir.
- Çocuk ve ergen psikiyatristleri ÖÖG riski olan bireylerin tanılanmasında klinik gözlem ve test sonuçlarının; testörden, DEHB’den, fizyolojik ihtiyaçlardan, kültür ve norm uyumsuzluğundan ve kaygıdan kaynaklı uyumsuzluk

olabildiği bunun sonucunda klinik gözlem sonuçlarına göre tanı koydukları sonucu ortaya çıkmıştır.

4.1.4. Görüşmeye Eklenen Konularla İlgili Sonuçlar

- ÖÖG olan bireylerin motor becerilerde bozuklukları olduğu bununla ilgili de destek alması gerektiği,
- Kurumlar arası (Ram-Okul-Hastane) işbirliği, etkileşim, standartın olmadığı kurumlar arası işbirliği ve standartın olması gerektiği,
- Dikkat ilaçları temin edilmekte zorluk yaşanılabildiği sonuçlarına ulaşılmıştır.

4.2. Öneriler

Literatürde yapılan araştırmalar göz önünde tutularak uygulamaya yönelik ve ileriki araştırmalara yönelik önerilere bu bölümde yer verilmiştir.

4.2.1. Uygulamaya Yönelik Öneriler

- Bireyin eğitimsel kayıplarının önüne geçip akranlarından farklılıkların artmadan okul öncesi dönemde de erken tanılama yapıp erken müdahale edilebilmesi,
- Okullarda standart taramaların yapıp bu taramalar sonucunda çocuk ve ergen psikiyatrisine yönlendirilmesi,
- Çocuk ve ergen psikiyatrisine yönlendirme işlemi sadece okullar ve RAM tarafından entegre sistem kurulup bunun üzerinden yapılması,
- Çocuk ve ergen psikiyatristi hekim sayısının artırılması ve alt üniteler kurulması bu sayede çocuk ve ergen psikiyatrisinden randevu bulma zorluğunun önüne geçilmesi,
- ÖÖG riski olan bireylerin değerlendirme muayene sürelerinin en az 30-60 dakika arası olması,
- ÖÖG riski olan bireylerin sağlık raporu almak için direk heyete başvurmadan öncelikle bir çocuk ve ergen psikiyatristi hekimine başvurması ve detaylı değerlendirmeler sonrasında çocuk ve ergen psikiyatristi tarafından heyete yönlendirilmesi,

- Uygulanan tedavileri aileler anlamakta ve takip etmekte güçlük yaşayabildiklerinden dolayı süreci takip etmesine yardımcı olacak aile danışmanları olması,
- ÖÖG riski olan bireylerin değerlendirilmesinde standart bir değerlendirme ortamının oluşturulması, bireylerin yaş ve gelişim özelliklerine göre materyal desteği sağlanması,
- ÖÖG riski olan bireylerin çocuk ve ergen psikiyatrisine yönlendirilmesinde öğretmenlerin kapalı zarf ve mühürlü biçimde formla yönlendirme yapması bu formlara bireyin tüm gelişim özellikleri, akademik performansı ve uyarlamalar hakkında detaylı bilgi vermesi,
- Okul ve RAM tarafından bireyin tüm gelişim özellikleri, akademik performansı, varsa test sonucu, yapılan uyarlamalar hakkında nitelikli bilgiler verilmesi gerekmektedir, bu formların ulaşılabilirliği ve sürekliliği açısından bununla ilgili MEB ve Sağlık Bakanlığı tarafından entegre sistem oluşturulması,
- ÖÖG olan bireylerin motor becerilerde de bozukluk yaşayabildiği bu sebeple ÖÖG olan bireylere motor beceriler ile ilgili de destek verilmesi,
- Hekimlerin RAM’da yapılan işlemler ve testler ile ilgili bilgisi olmadığı bu sebeple hekimlere eğitimler ve sunumlar yapılması,
- RAM ve hastaneler arasından işbirliği ve uyumsuzluk olduğu görüldüğünden RAM-hastane işbirliği için çalıştaylar ve etkinlikler düzenlenmesi,
- ÖÖG olan bireylerin destek eğitimlerini okullarından alması bununla ilgili özel eğitim danışman öğretmenlerinin istihdam edilmesi önerilmektedir.
- ÖÖG bataryasının tüm hastanelerdeki psikologlar tarafından uygulanabilir hale getirilip değerlendirme araçları çeşitliliğinin ve uygulanabilirliğinin sağlanması,
- ÖÖG riski olan bireylerin ailesi tarafından erken fark edilip erken müdahale edilmesi için ailelere ÖÖG ve diğer gereksinim grupları hakkında sürekli eğitimler verilmesi,
- ÖÖG riski olan bireylerin fark edilmesi genellikle okullardaki öğretmenler tarafından olmaktadır ancak öğretmenlerin ÖÖG’yle ilgili eğitimsiz ve yetersiz olması tanılama sürecini uzatacağı ve yanlış yönlendirmeye neden olacağından öğretmenlere sürekli eğitimler düzenlenmesi erken, doğru ve hızlı tanılanıp erken müdahale açısından önemli olacaktır.

4.2.2. İleriki Araştırmalara Öneriler

- Bu çalışma çocuk ve ergen psikiyatristlerinin yoğunluğu sebebi iki ilde gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmanın farklı illere genelleyerek de yapılması,
- Tanılanması gerçekleşmiş olan ÖÖG tanılı bireylerin izleme süreçleriyle ilgili çocuk ve ergen psikiyatristleriyle araştırma yapılması,
- ÖÖG dışında diğer özel gereksinimli bireylerin tanılanması ile ilgili de çocuk ve ergen psikiyatristlerinin görüş ve önerilerinin de yapılması,
- Tanılama ve izleme süreciyle ilgili diğer paydaşların da görüş ve önerileri alınması önerilmektedir.



I.KAYNAKÇA

American Academy of Pediatrics (AAP). (2011). Policy Statement: Learning Disabilities, Dyslexia, and Vision. *Pediatrics*, 127(3), 818–856.

Abalı, O. (2012), Hiperaktivite ve Dikkat Eksikliği. Adeda Yayıncılık.

Akbulut, S. (2012), Gerçekten eşit miyiz? Acı (ma), zayıf gör (me) ve yok say (ma) ekseninde engelli ayrımcılığı. K. Çayır ve M. A. Ceyhan (eds.), Ayrımcılık: Çok boyutlu yaklaşımlar içinde, İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, 149-162.

Akçamete, G., Ceber, H. (1999). Kaynaştırılmış sınıflardaki işitme engelli ve işiten öğrencilerin sosyometrik statülerinin karşılaştırmalı olarak incelenmesi. *Ankara Üniversitesi Özel Eğitim Dergisi*, 2(3), 11-17.

Akkök, F. (2003), Bayan Perşembeler, Farklı Özelliği Olan Çocuk Anneleri İle Yapılan Psikolojik Danışma Gruplarının Ardından. Özgür Yayın Dağıtım.

Akman Dömbekci, H., Erişen, M. A. (2022). Nitel araştırmalarda görüşme tekniği, *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 22(Özel Sayı 2), 141-160.

Aksoy, V., Şafak, P. (2020). 573 sayılı KHK'dan günümüze özel eğitimde eğitsel tanılama ve değerlendirme: Neredeyiz, nereye gitmeliyiz? *Turkish Journal of Special Education Research and Practice*, 2(1), 47-67.

Aktürk, Ü. (2012), Engelli Çocuğu Olan Anne-Babaların Kaygı Düzeyi Ve Başa Çıkma Stratejilerinin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya, (Danışman: Yrd. Doç. Dr.Rukuye Aylaz).

Altun, T., Uzun, F. G. (2016). Sınıf öğretmenlerinin özel öğrenme güçlüğü olan öğrencilerin eğitime yönelik görüşleri, *The Journal of Academic Social Science Studies*, 44, 33-49.

American Academy of Pediatrics. (2011). ADHD: Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics*, 128(5), 1007–1022.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.), American Psychiatric Publishing.

Ataman, A. (2009). *Özel gereksinimli çocuklar ve özel eğitim*. Ankara: Gündüz Eğitim ve Yayıncılık.

Anthony, H., Reupert, A., McLean, L. (2024). Parent experiences of specific learning disorder diagnosis: A scoping review. *Dyslexia*, 30(e1757).

APA. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders-5. American Psychiatric Association.

Araz Altay, M., Görker, I. (2018). DSM-5 kriterlerine göre özgül öğrenme bozukluğu tanısı alan olguların psikiyatrik eşanı ve WISC-R profillerinin değerlendirilmesi. *Arch Neuropsychiatry*, 55(2), 127-134.

Arslandaş, S. (2020), Dikkat ve dikkat eksikliği nedir? Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun (DEHB) tanımı ve özellikleri. İçinde: Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu. Kurnaz A, Şengün G, (eds.), Pegem Akademi.

Asfuroğlu, B. Ö., Fidan, S. T. (2016). Özgül öğrenme güçlüğü. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 38(1), 49-54.

Aslan, K. (2015). Özgül öğrenme güçlüğü'nün erken dönem belirtileri ve erken müdahale uygulamalarına dair derleme, *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(Ek Sayı 2), 577-588.

Atalay, Ö. D. (2013), Özgül Öğrenme Güçlüğü Tanılı Çocuğa Sahip Annelerin Algılanan Sosyal Destek Düzeylerinin Ve Stresle Başa Çıkma Tutumlarının İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Bilim Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Mehmet Bayhan Üge).

Ayres, A. J., Robbins, J. (2005), Sensory integration and the child: Understanding hidden sensory challenges. Western Psychological Services.

Bailey, C. A. (2008), A guide to qualitative field research. 2nd ed. Pine Forge Press.

Balıkçı, Ö. S., Görgün, B. (2021). Özel öğrenme güçlüğü olan öğrencilerin yürütücü işlevlerine yönelik uygulanan müdahalelerin incelenmesi. *E-Kafkas Eğitim Araştırmaları Dergisi*, 8, 642-662.

Baltacı, A. (2018). Nitel araştırmalarda örnekleme yöntemleri ve örnek hacmi sorunsalı üzerine kavramsal bir inceleme. *Bitlis Eren Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 7(1), 231-274.

Barkley, R. A. (2015). Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment (4th ed.). Guilford Press.

Başar, M., Göncü, A., Baran, M. S. (2020). Öğrenme güçlüğü yaşayan öğrencilerin eğitiminde bir eylem araştırması. *Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 1, 1-22.

Baykoç Dönmez, N. (2015), Özel Gereksinimli Çocuklar ve Özel Eğitim.3. baskı. Eğiten Kitap Yayıncılık.

Baykoç, N. (2011), Özel Gereksinimli Çocuklar ve Özel Eğitim. Eğiten Kitap.

Bazeley, P., & Jackson, K. (2013), Qualitative data analysis with NVivo (2nd ed.). Sage Publications Ltd.

Bear, G. G., Minke, K. M., Manning, M. A. (2002). Self-Concept of Students With Learning Disabilities: A meta-analysis. *School Psychology Review*, 31(3), 405-427.

Belirgan, S. (2016), Genel Psikiyatri Polikliniği Ve Bir Aile Danışmanlık Merkezine İlk Kez Başvuran Olgularda Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Ve Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğuna Eşlik Eden 1. Eksen Psikiyatrik Bozukluk Yaygınlığının Araştırılması. Tıpta Uzmanlık Tezi. Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir. (Danışman: Prof. Dr. M. Akif Ersoy).

Bender, W. N., Sarı H. (Çev.) (2016), Öğrenme Güçlüğü Olan Bireyler ve Eğitimleri. Nobel Akademik Yayıncılık.

Bertaux, D. (1981), From The Life-History Approach To The Transformation Of Sociological Practice. Biography and Society: The Life History Approach in the Social Sciences. SAGE Publications.

Bıçakcı, A., Çakıroğlu, O. (2023), Özel Öğrenme Güçlüğü Tanılı Çocuğu Olan Ailelerin Görüşleri Ve Deneyimleri: Tanılama sürecinin keşfi. *Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 36(3), 786-817.

Bıçakcı, M., & Çakıroğlu, H. (2023). Özgül öğrenme güçlüğü riski olan çocukların tanı süreçlerinde aile deneyimleri. *Eğitimde Araştırmalar Dergisi*, 27(1), 45-64.

Bird, R. (2021), The Dyscalculia Toolkit: Supporting Learning Difficulties İn Maths. Sage Publications.

Birliği, A. P., Köroğlu E. (Çev.) (2013), DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı. Hekimler Yayın Birliği.

Blue-Banning, M., Summers, J. A., Frankland, H. C., Nelson, L. L., & Beegle, G. (2004). Dimensions of family and professional partnerships: Constructive guidelines for collaboration. *Exceptional Children*, 70(2), 167–184.

Börkan, B., Öztemür, G., Yılmaz, O., Çetintaş, Ş., Gülcan, B., Özcan, M. (2017), Rehberlik ve araştırma merkezlerinde psikolojik test uygulama süreçleri. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 7(48), 161-185.

Bradley, C. (1937), The behavior of children receiving benzedrine. *American Journal of Psychiatry*, 94, 577-585.

Braun, V., Clarke, V. (2013), Successful Qualitative Research: A Practical Guide For Beginners. SAGE.

Briggs, C. (1986), Learning How To Ask: A Sociolinguistic Appraisal Of The Role Of The Interview In Social Science Research. Cambridge University Press.

Bryant, D. P., Bryant, B. R., Hammill, D. D. (2000), Characteristic behaviors of students with ld who have teacher-identified math weaknesses. *Journal of Learning Disabilities*, 33(2), 168-177.

Bumin, G., Günal, A., Tükel, Ş. (2008), Anxiety, depression and quality of life in mothers of disabled children. *S. D. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*, 15(1), 6-11.

Büyüköztürk, K., Kılıç Çakmak, E., Akgün, Ö. E., Karadeniz, Ş., Demirel, F. (2018), Bilimsel Araştırma Yöntemleri. 25. baskı. Pegem Akademi.

Cardillo, R., Garcia, R. B., Mammarella, I. C., Cornoldi, C. (2018). Pragmatics of language and theory of mind in children with dyslexia with associated language difficulties or nonverbal learning disabilities. *Applied Neuropsychology: Child*, 7(3), 245-256.

Catts, H. W. (1989), Defining dyslexia as a developmental language disorder. *Annals of Dyslexia*, 39, 50-64.

Cavkaytar, A., Diken, H. İ. (2005), Özel Eğitime Giriş. Kök Yayıncılık.

Cavkaytar, A., Melekoğlu, M., Yıldız, G. (2014), Geçmişten günümüze özel gereksinimli olma ve zihin yetersizliği: Dünyada ve Türkiye’de kavramların evrimi. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, Eğitim Özel Sayısı, 111-122.

Centers for Disease Control and Prevention. (2020). Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder (ADHD): Data & statistics.

Charmaz, K. (2006), Constructing Grounded Theory: A Practical Guide Through Qualitative Analysis. London: SAGE.

Cheng, K., & Myers, K. M. (2005), *The Essentials Of Child And Adolescent Psychiatry*. Lippincott Williams & Wilkins.

Cook, B. G., Li, D., Heinrich, K. M. (2015), Obesity, physical activity, and sedentary behavior of youth with learning disabilities and ADHD. *Journal of Learning Disabilities*, 48(6), 563-576.

Corbin, J., & Strauss, A. (2008), *Basics Of Qualitative Research Techniques And Procedures For Developing Grounded Theory*. 3rd ed. SAGE Publications.

Cortiella, C., & Horowitz, S. H. (2014). *The state of learning disabilities: Facts, trends and emerging issues*. 3rd ed. National Center for Learning Disabilities.

Creswell, J. W. (2017), *Eğitim Araştırmaları: Nicel Ve Nitel Araştırmanın Planlanması, Yürütülmesi Ve Değerlendirilmesi*. Edam.

Çakıroğlu, O., Melekoglu, M. A. (2014), Statistical trends and developments within inclusive education in Turkey. *International Journal of Inclusive Education*, 18(8), 798–808.

Çakıroğlu, O. (2019). Özel öğrenme güçlüğü olan çocukların özellikleri. İçinde: Özel Öğrenme Güçlüğü Olan Çocuklar. M. A. Melekoğlu & O. Çakıroğlu (eds.), *Özel Öğrenme Güçlüğü Olan Çocuklar*. Vize Akademik, s: 48-70.

Çakmak, Z. (2017), *Rehberlik ve Araştırma Merkezi Personelinin Öğrenme Güçlüğü Olan Bireylerin Değerlendirilme Süreçlerine İlişkin Görüşleri*, Yüksek Lisans Tezi. Anadolu Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir. (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Özlem Kaya)

Çayır, A., Balcı, E. (2023), Öğrenme güçlüğü olan öğrencilerin yazma güçlüklerinin belirlenmesi. *Uluslararası Türkçe Edebiyat Kültür Eğitim Dergisi*, 12(4), 1822-1832.

Çelik, H., Başer Baykal, N., Kılıç Memur, H. N. (2020). Nitel veri analizi ve temel ilkeleri. *Eğitimde Nitel Araştırmalar Dergisi – Journal of Qualitative Research in Education*, 8(1), 379-406.

Çınar, B. M. (2023). Özgül öğrenme güçlüğü olan çocuklarda dil gelişimin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Gelişim Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul. (Dr. Öğr. Üyesi Eren Yılmaz).

Çitil, M. (2015). Özel gereksinimli çocuk. İçinde: Temel Eğitim Öğretmenleri İçin Kaynaştırma Uygulamaları ve Özel Eğitim. Ataman, A. (eds.). Vize Yayıncılık, s: 57-82.

Czamara, D., Tiesler, C. M. T., Kohlböck, G., Berdel, D., Hoffmann, B., Bauer, C. P., & Heinrich, J. (2013). Children with ADHD symptoms and learning difficulties: Comorbidity and environmental risk factors. *PLOS ONE*, 8(8), e72891.

T.C. Resmi Gazete. ÇÖZGER. 20.02.2019. Sayı:30692. Resmi Gazete, Ankara.

DeMarrais, K. (2004). Qualitative interview studies: Learning through experience. In DeMarrais, K. & Lapan S.D(Eds.), *Foundations for research: Methods of inquiry in education and the social sciences* (pp. 51-68). London: Lawrence Erlbaum Associates.

Demir, B. (2005). Okul Öncesi ve İlkokul Birinci Sınıfa Devam Eden Öğrencilerde Özel Öğrenme Güçlüğü'nün Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Özel Eğitim Anabilim Dalı, İstanbul. (Danışman: Prof. Dr. Ümran Korkmazlar).

Demir, R., Ceylan, M. (2024). Öğrenme güçlüğü olan öğrencilerin okul derslerine yönelik benlik saygılarının incelenmesi. *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 10(3), 728-746.

Demirbilek, M. (2013). The needs of mentally disabled individuals and their families. *Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care*, 7(3), 58-64. <https://doi.org/10.5455/tjfmpe.45355>

Deniz, E., Hamarta, E., Akdeniz, S. (2015). Öğrenme güçlüklerinin belirtileri. İçinde.Öğrenme güçlükleri, Doğru S. Y. (Eds.). Eğiten Kitap, s: 49-67.

Dikici-Sığırtmaç, A., Deretarla-Gül, E. (2010). Okul Öncesinde Özel Eğitim. Kök Yayıncılık.

Doğan, H. (2012). Özel Öğrenme Güçlüğü Riski Taşıyan 5-6 Yaş Çocuklar İçin Uygulanan Erken Müdahale Eğitim Programının Etkisinin İncelenmesi. Doktora Tezi. Marmara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İlköğretim Ana Bilim Dalı, İstanbul. (Danışman: Doç. Dr. Rengin Zembat).

Doksat, N. (2014). Anne Babalar İçin Başucu Kitabı. İstanbul: Som Kitap.

Döhla, D., & Heim, S. (2016). Developmental dyslexia and dysgraphia: What can we learn from the one about the other? *Frontiers in Psychology*, 6, 2045.

DSM. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). American Psychiatric Association.

DuPaul, G. J., Gormley, M. J., & Laracy, S. D. (2013). Comorbidity of LD and ADHD: Implications of DSM-5 for assessment and treatment. *Journal of Learning Disabilities*, 46(1), 43–51.

Dulcan, M. (1997). Practice parameter for the assessment and treatment of children, adolescent, and adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36, 85-121.

Eguavoen, E. O. & Eniola, M. S. (2016). Influence of self-concept and social acceptance on academic achievement of students with visual impairment in Oyo State, Nigeria. *IJAHS*, 5(3), 213-230.

Elbaum, B., Vaughn, S. (2003). For which students with learning disabilities are self-concept interventions effective? *Journal of Learning Disabilities*, 36(2), 101-108.

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

Eripek, S. (2002). Özel Eğitim. Anadolu Üniversitesi Yayınları.

Fletcher, J. M., Lyon, G. R., Fuchs, L. S., & Barnes, M. A. (2018). *Learning disabilities: From identification to intervention* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Fuchs, D., & Fuchs, L. S. (2006). Introduction to response to intervention: What, why, and how valid is it? *Reading Research Quarterly*, 41(1), 93–99.

Fuchs, L., Lyon, G. R., Fletcher, J. M., & Chhabra, V. (2006). Treatment of learning disabilities. In Mash, E. J. & Barkley, R. A. (Eds.), *Treatment of childhood disorders* (3rd ed.). Guilford Press.

Garland, A. F., Hough, R. L., McCabe, K. M., Yeh, M., Wood, P. A., & Aarons, G. A. (2003). Prevalence of psychiatric disorders in youths across five sectors of care. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(5), 527–534.

Graham, N., & Tancredi, H. (2020). Equity in educational diagnosis: Perspectives from remote Indigenous communities. *Journal of Educational and Developmental Psychology*, 10(2), 1–13.

Grigorenko, E. L. (2001). Developmental dyslexia: An update on genes, brains, and environments. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(1), 91–125.

Girli, A. (2014). Öğrenme Güçlüğü Olan Çocukların Eğitimleri. Eğiten Kitap.

Glaser, B. G. (1965). The constant comparative method of qualitative analysis. *Social Problems*, 12(4), 436-445.

Görgün, B., Melekoğlu, M. A. (2019). Türkiye’de özel öğrenme güçlüğü alanında yapılan çalışmaların incelenmesi. *Sakarya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 9(1), 83-106.

Griffiths, C. C. (2007). Pragmatic abilities in adults with and without dyslexia: A pilot study. *Dyslexia*, 13(4), 276-296.

Guardiola, J. (2001). The evolution of research on dyslexia. *Institute for Behavioral Genetics and Department of Psychology*, 32, 3-30.

Güldenoğlu, İ. B., Kargın, T., Miller, P. (2012). İyi ve zayıf okuyucuların kelime işleme ve okuduğunu anlama becerilerinin karşılaştırılması olarak incelenmesi. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*, 12(4), 2807-2828.

Häcker, H. O., Stapf, K. H. (2004). Dorsch Psychologisches Wörterbuch.14. Baskı. Bern: Hans Huber.

Hamstra-Bletz, L., & Blöte, A. W. (1993). A longitudinal study on dysgraphic handwriting in primary school. *Journal of Learning Disabilities*, 26(10), 689-699.

Hands, B., Larkin, D. (2006). Physical fitness differences in children with and without motor learning difficulties. *European Journal of Special Needs Education*, 21(4), 447-456.

Hannon, F. (2007). Literature review on attitudes towards disability (C. 9). Dublin: National Disability Authority. Retrieved from: www.nda.ie.

Harwell, J. M., Jackson, R. W. (2008). The Complete Learning Disabilities Handbook: Ready-To-Use Strategies And Activities For Teaching Students With Learning Disabilities. Jossey-Bass.

Hornstra, L., Denessen, E., Bakker, J., van den Bergh, L., & Voeten, M. (2010). Teacher attitudes toward dyslexia: Effects on teacher expectations and the academic achievement of students with dyslexia. *Journal of Learning Disabilities*, 43(6), 515-529.

Huberman, A. M., Miles, M. B. (1994). Qualitative data analysis: An expanded sourcebook. (2nd ed.). Sage Publications.

Işık, E., Semerci, Ç. (2019). Eğitim alanı nitel araştırmalarında veri üçgenlemesi olarak odak grup görüşmesi, bireysel görüşme ve gözlem. *Turkish Journal of Educational Studies*, 6(3), 53-66.

İşeri, E., Sarı, B. A. (2008). Çocuklukta Bilişsel Gelişim Ve Bozuklukları: Zeka Geriliği Ve Öğrenme Bozuklukları. İçinde. Kognitif Nörobilimler. Karakaş S. (Eds.). Nobel Kitabevleri, S: 489-506.

Kaplan, B.J. (2008). Specific learning Disabilities and motor skills: An overview. Academic Press.

Karacabey, M. F. (2019). Eğitimde araştırma yöntemleri. In. Şen, S. & Yıldırım, İ. (Eds.) Nitel veri toplama teknikleri (pp. 358-402). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.

Karahan, S., Uca, S., Güdük, T. (2022). Nitel araştırmalarda görüşme türleri ve görüşme tekniklerinin uygulanma süreci. *Nitel Sosyal Bilimler*, 4(1), 78-101.

Karaman, D., Türkbay, T., Gökçe, F. S. (2006). Özgül öğrenme bozukluğu ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu binişikliğinin bilişsel özellikleri. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 13(2), 60-68.

Karataş, Z. (2017). Sosyal bilim araştırmalarında paradigma değişimi: Nitel yaklaşımın yükselişi. *Electronic Journal of Social Sciences*, 16(62), 1360-1376.

Kargın, T. (2007). Eğitsel değerlendirme ve bireyselleştirilmiş eğitim programı hazırlama süreci. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi*, 8(1), 1-13.

Kargın, T., Ergül, C., Büyüköztürk, Ş., Güldenoğlu, B. (2015). Anasınıfı çocuklarına yönelik erken okuryazarlık testi (EROT) geliştirme çalışması. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi*, 16(3), 237-268.

Kaya, D., Koca, F. (2023). Özel öğrenme güçlüğü olan bireylerin tanılama süreçleri ile ilgili yapılan çalışmaların incelenmesi. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 11(146), 480-493.

Kemer, B., Çakan, M. (2020). Rehberlik ve araştırma merkezlerinde sıklıkla kullanılan psikolojik ölçeklerin geçerliğinin ölçme standartlarına göre incelenmesi. *JRES*, 7(1), 323-248.

Kenyon, E., Beail, N., Jackson, T. (2013). Learning disability: Experience of diagnosis. *British Journal of Learning Disabilities*, 42(4), 257-263.

Kirk, S. A. (1963). Behavioral diagnosis and remediation of learning disabilities. Proceedings of the Conference on Exploration into the Problems of the Perceptually Handicapped Child. Perceptually Handicapped Children, Chicago.

Kocaoğlu, A., Acartürk, H. T., İskenderoğlu, A., Çelenk, H. B. (2023). Okul öncesi öğretmenlerinin kaynaştırma/bütünleştirme uygulamalarına ilişkin görüş ve önerileri. *Sakarya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 23(1), 47-69.

Köroğlu, E. (Çev.) (2014). Ruhsal bozuklukların tanıs ve sayımsal elkitabı. DSM-5 tanı ölçütleri başvuru elkitabı, Amerikan Psikiyatri Birliği. Hekimler Yayın Birliği.

Köse, B. (2018). Bruininks-Oseretsky motor yeterlik testi 2 kısa formunun Türkçe uyarlaması ve özgül öğrenme güçlüğü olan çocuklarda geçerlilik ve güvenilirliği, Yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara. (Danışman: Prof. Dr. Hülya Kayıhan).

Kranzler JH, FloydRG, Benson N, Zabolki B, Thibodaux L. (2016). Classification agreement analysis of Cross-Battery Assessment in the identification of specific learning disorders in children and youth. *International Journal of School & Educational Psychology*, 4(3), 124-36.

Krippendorff, K. (2018). Content analysis: An introduction to its methodology (4th ed.). Sage Publications.

Kulich, L. S. (2009). Making the batter better: Using the fluency development lesson as a recipe for success. *Illinois Reading Council Journal*, 37(4), 26-36.

Kuzgun, Z. (2019). Özel öğrenme güçlüğü olan bireylerin tanılama sürecinde karşılaşılan güçlüklerle ilgili rehberlik araştırma merkezi (RAM) personelinin görüşlerinin incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi, Konya. (Danışman: Hakan Sarı).

Lagae, L. (2008). Learning disabilities: Definitions, epidemiology, diagnosis, and intervention strategies. *Pediatric Clinics of North America*, 55(2), 367–384.

Landerl, K., & Moll, K. (2010). Comorbidity of learning disorders: Characteristics of children with dyslexia and developmental dyscalculia. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(3), 287–294.

Laufer, K. (2000). Accommodating students with specific writing disabilities. *Journalism and Mass Communication Educator*, 54(4), 29-36.

Lyon, G. R., Shaywitz, S. E., & Shaywitz, B. A. (2001). A definition of dyslexia. *Annals of Dyslexia*, 51(1), 1–14.

Macdonald, S. J. (2009). Towards a social reality of dyslexia. *International Journal of Inclusive Education*, 13(4), 433–452.

Marone, D., Johnston, E. (2002). Teaching students who have a learning disability: Strategies for faculty, tutors, and learning instructors. Weingarten Learning Resources Center.

Marshall, C., Rossman, G. B. (2014). Designing qualitative research (6th ed.). Sage Publications.

Mason, M. (2010). Sample size and saturation in PhD studies using qualitative interviews. *Forum Qual Soc Res*, 11(3), 1-19.

Mather, N., Goldstein, S. (2007). Learning disabilities and challenging behaviors: A guide to intervention and classroom management. Brookes Publishing.

Mather, N., & Goldstein, S. (2015). Learning disabilities and challenging behaviors: A guide to intervention and classroom management (3rd ed.). Paul H. Brookes Publishing Co.

Mather, N., & Wendling, B. J. (2018). *Essentials of Dyslexia Assessment and Intervention*. Wiley.

Mayer, R. E., & Alexander, P. A., Handbook of Research on Learning and Instruction.

Maxwell, J. A. (2013). Qualitative research design: An interactive approach (3. baskı). SAGE Publications.

Melekoğlu, M. A. (2011). Türkiye’de özel öğrenme güçlüğü olan öğrencilerin değerlendirme süreci. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*, 11(2), 901–918.

Melekoğlu, M. A. (2021). Özel öğrenme güçlüğü’nün nedenleri ve özellikleri. İçinde: Öğrenme güçlüğü ve özel yetenek. M. A. Melekoğlu (eds.). Ankara: Pegem, s: 24-51.

Merriam, S. B. (2009). Qualitative research: A guide to design and implementation: Revised and expanded from qualitative research and case study applications in education. San Francisco, USA: Jossey-Bass.

Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). Qualitative data analysis: An expanded sourcebook: Sage Publication.

Miller, A. C., Keenan, J. M., Betjemann, R. S., Willcutt, E. G., Pennington, B. F., Olson, R. K. (2013). Reading comprehension in children with ADHD: Cognitive underpinnings of the centrality deficit. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(3), 473-483.

Miranda, A., Soriano, M., Fernández, I., Meliá, A. (2008). Emotional and behavioral problems in children with attention deficit-hyperactivity disorder: Impact of age and learning disabilities. *Learning Disability Quarterly*, 31(4), 171-185.

Morra, J., Tracey, D. (2006). The impact of multiple fluency interventions on a single subject. *Reading Horizons: A Journal of Literacy and Language Arts*, 47(2), 175-199.

Mutlu, Y. (2016). Bilgisayar destekli öğretim materyallerinin matematik öğrenme güçlüğü yaşayan öğrencilerin sayı algılama becerileri üzerindeki etkilerinin incelenmesi, Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Erzurum. (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Levent Akgün).

Mutlu, Y. (2020). Gelişimsel diskalkuli nedir?. İçinde: Diskalkuli matematik öğrenme güçlüğü tanımı, özellikler, yaygınlığı, nedenleri ve tanınması. Y. Mutlu, S. Olkun, L. Akgün, & M. H. Sarı (eds). Pegem Akademi, s:1-9.

National Joint Committee on Learning Disabilities (NJCLD). (2011). Learning disabilities: Implications for policy regarding research and practice. *A multidisciplinary perspective*.

Neuendorf, K. A. (2017). The content analysis guidebook (2nd ed.). Sage Publications.

Neuman, L. W. (2007). Basics of social research: Qualitative and quantitative approach. Pearson Education.

National Institute for Health and Care Excellence. (2018). Attention deficit hyperactivity disorder: Diagnosis and management (NICE guideline NG87).

NJCLD. (2014). The state of learning disabilities: Facts, trends and emerging issues. National Center for Learning Inc.

Norbury, C. F., Gooch, D., Wray, C., Baird, G., Charman, T., Simonoff, E., & Pickles, A. (2016). The impact of nonverbal ability on prevalence and clinical presentation of language disorder: Evidence from a population study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(11), 1247–1257.

Öğülmüş, K. (2021). Özel öğrenme güçlüğü tanılma süreci. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 23(2), 395-404.

Öğülmüş, K. (2021). Türkiye’de özel öğrenme güçlüğü olan bireylerin tanılama sürecinin rehberlik araştırma merkezi perspektifinden incelenmesi. *OPUS - Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 18(Eğitim Bilimleri Özel Sayısı), 4178-4200.

Öğülmüş, S. (2021). Özgöl öğrenme güçlüğü tanısı almış bireylerin tanılanma sürecinde yaşadıkları deneyimler. Doktora Tezi. Gazi Üniversitesi, Ankara. Eğitim Bilimleri Enstitüsü. (Danışman: Prof. Dr. Hasan Şimşek)

Özat, N. E. (2010). Öğrenme güçlüğü yaşayan çocuklarda Frostig Görsel Algı Eğitim Programının etkisi / The impact of Frostig Visual Perception Training Program on dyslexic children, Yüksek Lisans Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu. (Danışman: Emine Eratay).

Özbulut, M., Özgür-Sayar, Ö. (2009). Bir sosyal dışlanma fotoğrafı: Engelli bireylerin toplumla bütünleştirilmesine yönelik tespit, bilgilendirme ve veri tabanı oluşturma çalışması (ÖZVERİ-Malatya) projesi araştırma sonuçları. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 17(17), 59-76. <https://doi.org/10.21560/SPCD.27217>

Özçivit Asfuroğlu, B., Fidan, S. T. (2016). Özgöl öğrenme güçlüğü. *Osmangazi Journal of Medicine*, 38(Special Issue 1), 49-54.

Özen, K. (2012). Özel öğrenme güçlüğü tanısı almış 7-9 yaş çocukların geliştirdikleri zihin kuramı yetenekleri ile sosyal gelişimleri arasındaki ilişkinin incelenmesi ve sağlıklı gelişim gösteren grup ile karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi. Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul. (Danışman: Prof. Dr. Nermin Çelen).

Özsoy, Y., Özyürek, M., Eripek, S. (1998). Özel eğitime muhtaç çocuklar: Özel eğitime giriş. Ankara: Karatepe Yayınları.

Özyürek, A. (2001). What do speech-gesture mismatches reveal about language-specific processing? A comparison of Turkish and English. In C. Cavé, I. Guaitella, & S. Santi (eds.), *Oralité et gestualité: Interactions et comportements multimodaux dans la communication: Actes du Colloque ORAGE 2001* (pp. 567-581). L'Harmattan.

Özyürek, M. (1981). Öğrenme güçlükleri. *Eğitim ve Bilim*, 6(31), 32-37.

Pham, A. V., Riviere, A. (2015). Specific learning disorders and ADHD: Current issues in diagnosis across clinical and educational settings. *Current Psychiatry Reports*, 17(6), 38.

Pierangelo, R., & Giuliani, G. (2006). Learning disabilities: A practical approach to foundations, assessment, diagnosis, and teaching.

Ploughman, M. (2008). Exercise is brain food: The effects of physical activity on cognitive function. *Developmental Neurorehabilitation*, 11(3), 236-240.

- Polatajko, H. J., Mandich, A. D., Miller, L. T., & Macnab, J. J. (2001). Cognitive orientation to daily occupational performance (CO-OP): Part II--The evidence. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 20(2-3), 83-106.
- Punch, K. F. (2005). Introduction to social research: Quantitative and qualitative approaches (2nd ed.). SAGE.
- Qu, S. Q., Dumay, J. (2011). The qualitative research interview. *Qualitative Research in Accounting & Management*, 8(3), 238-264.
- Rahul, D. R., Ponniah, R. J. (2021). The modularity of dyslexia. *Pediatrics and Neonatology*, 62(3), 240-248. <https://doi.org/10.1016/j.pedneo.2021.03.001>
- Rea, P. J., McLaughlin, V. L., Walter-Thomas, C. (2002). Outcomes for students with learning disabilities in inclusive and pullout programs. *Exceptional Children*, 68(2), 203-223.
- Reed, P., & Osborne, L. A. (2012). Impact of diagnostic practices on the self-concept of children with learning disabilities. *European Journal of Special Needs Education*, 27(1), 1-17.
- Reid, G. (2005). *Learning Styles and Inclusion*. London: Paul Chapman Publishing.
- Reid, M. D., Gonzalez, J. E., & Fuchs, D. (2013). Bridging the gap: School-psychiatric collaboration and special education outcomes. *Journal of Learning Disabilities*, 46(5), 404-412.
- Rommelse, N. N. J., Altink, M. E., Fliers, E. A., Martin, N. C., Buschgens, C. J. M., Hartman, C. A., Ark., v. (2009). Comorbid problems in ADHD: Degree of association, shared endophenotypes, and formation of distinct subtypes. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37(6), 793-804.
- Rotzer, S., Kucian, K., Martin, E., von Aster, M., Klaver, P., Loenneker, T. (2008). Optimized voxel-based morphometry in children with developmental dyscalculia. *NeuroImage*, 39(1), 417-422.
- Salman, U., Özdemir, S., Salman, A. B., Özdemir, F. (2016). Özel öğrenme güçlüğü "Disleksi". *FNG & Bilim Tıp Dergisi*, 2(2), 170-176.
- Saraç, S. (2014). Okuma güçlükleri ve disleksi. *Psikoloji Çalışmaları*, 34(1), 71-77.
- Sargın, N., Akdan, M. F. (2016). Sonsuz acı: Psikolojik travma. İçinde: Eğitim ve psikolojiden yansımalar. N. Sargın, S. Avşaroğlu & A. Ünal (eds.), Konya: Çizgi Kitabevi, s:5-16.

Scanlon, D. (2013). Specific learning disability and its newest definition: Which is comprehensive? And which is insufficient? *Journal of Learning Disabilities*, 46(1), 26–33.

Selçuk, Z. (2002). Dikkat eksikliği ve hiperaktif çocuklar. 3. baskı. Pegem Akademi Yayıncılık.

Semerci, B. (2013). Öğrenme güçlüğü nasıl yendim? Yeşil Dinozor Yayınevi.

Senate Labor and Human Resources Committee. (1997). S. Rept. 105-17 - Individuals with Disabilities Education Act Amendments of 1997 (No. S.717). <https://www.congress.gov/congressional-report/105thcongress/senate-report/17>

Shalev, R. S. (2004). Developmental dyscalculia. *Journal of Child Neurology*, 19(10), 765-771.

Sharma, G. (2004). A comparative study of the personality characteristics of primary school students with learning disabilities and their non-learning disabled peers. *Learning Disability Quarterly*, 27(3), 127-140.

Shaywitz, S. E., Morris, R., & Shaywitz, B. A. (2008). The education of dyslexic children from childhood to young adulthood. *Annual Review of Psychology*, 59, 451–475.

Silver, C., & Lewins, A. (2014). Using NVivo in qualitative research. Sage Publications.

Silver, L. (1992). The misunderstood child. Library of Congress Catalog.

Sipal, R. F., Bayhan, P. (2010). Service delivery for children who are deaf: Thoughts of families in Turkey. *Journal of Disability Policy Studies*, 21(2), 81-89.

Smith, C., & Strick, L. (2010). Learning disabilities: A to Z: A parent's complete guide to learning disabilities from preschool to adulthood. Free Press.

Smits-Engelsman, B. C. M., Niemeijer, A. S., & Van Galen, G. P. (2001). Fine motor deficiencies in children diagnosed as DCD based on poor grapho-motor ability. *Human Movement Science*, 20, 161–182.

Smits-Engelsman, B. C., & Blank, R. (2011). Motor learning in children with developmental coordination disorder: Interventions and underlying mechanisms. *Current Opinion in Neurology*, 24(2), 145–149.

Snowling, M. (2005). Specific learning difficulties. *The Medicine Publishing Company Ltd Psychiatry*, 4(9), Developmental Disorders.

Snowling, M. (2012). Early identification and interventions for dyslexia: A contemporary view. *Journal of Research in Special Educational Needs*.

Snowling, M. J., & Hulme, C. (2012). Interventions for children's language and literacy difficulties. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 47(1), 27–34.

Steele, C. M. (2004). A threat in the air: How stereotypes shape intellectual identity and performance. *American Psychologist*, 59(4), 307–316.

Sürücü, Ö., & Gündoğdu, B. (2008). Öğrenme bozuklukları. İçinde: Çocuk ve ergen psikiyatrisi temel kitabı. Çetin, F. Ç. (eds.). HYB Yayıncılık, s:216-232.

Şahin, S. (2010). Öğrenme güçlüğü olan çocuklar ve eğitimleri. İçinde: Öğretmenlik programları için özel eğitim. Baykoç, N. (eds.). Ankara: Gündüz Eğitim ve Yayıncılık s: 197-207.

T.C Resmi Gazete. Özel Eğitim Hizmetleri Yönetmeliği. 07.07.2018. Sayı:30471. Resmî Gazete, Ankara.

T.C. Resmi Gazete. 573 Sayılı Özel Eğitim Hakkında Kanun Hükmünde Kararname 06.06.1997. Sayı: 23011, Resmi Gazete, Ankara.

Tanrıverdi, A. (2023). Özgül öğrenme güçlüğü olan çocuklarda ebeveyn tutumlarının incelenmesi. *Eurasian Academy of Sciences Social Sciences Journal*, 46, 138-154.

Tansley, P., & Panckhurst, J. (1981). Children with specific learning difficulties. *International Journal of Rehabilitation Research*, 4(4), 601.

Tercan, H., Yıldız Bıçakçı, M. (2018). Özgül öğrenme güçlüğü olan çocukların annelerinin tanılama öncesi çocuklarının genel gelişim özelliklerine ilişkin görüşleri. *The Journal of Academic Social Science Studies*, 68, 581-591.

Tiryakioğlu, Ö., Avcıoğlu, H. (2013). Rehberlik ve araştırma merkezi müdürlerinin özel eğitim bölümünün sorunlarını algılamaları. *Turkish International Journal of Special Education and Guidance & Counselling* ,(TIJSEG, 2)(1), 13-29.

Törin, K. (2022). Özel gereksinimli bireye sahip olan ebeveynlerin depresyon, kaygı, stres belirtileri ve sosyal destek algıları arasındaki ilişki, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Kent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul. (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Gizem Akcan).

Trainor, A. A. (2010). Reexamining the promise of parent participation in special education: An analysis of cultural and social capital. *Anthropology & Education Quarterly*, 41(3), 245–263.

Turgay, A. (2009). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu: Tanı ve Tedavi Rehberi. Nobel Kitabevi.

U.S. Department of Education. (2018). 40th annual report to Congress on the implementation of the Individuals with Disabilities Education Act, 2018. Office of Special Education and Rehabilitative Services, Office of Special Education Programs

Uçgun, D. (2003). Türkçe öğretimi açısından özel öğrenme güçlüğü. *TÜBAR*, 13, 203-217.

Urfalı Dadandı, P., Şahin, M. (2018). Özgül öğrenme güçlüğü tanısı olan ve normal gelişim gösteren çocukların benlik kavramları, öz-yeterlik inançları ve sosyal becerilerinin karşılaştırılması. *İlköğretim Online*, 17(2), 532-545.

Uslu, F., Demir, E. (2023). Nitel bir veri toplama tekniği: Derinlemesine görüşme. *Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi*, 40(1), 289-299.

Willcutt, E. G., Doyle, A. E., Nigg, J. T., Faraone, S. V., & Pennington, B. F. (2010). Validity of the executive function theory of ADHD: A meta-analytic review. *Biological Psychiatry*, 57(11), 1336–1346.

Willcutt, E. G. (2012). The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analytic review. *Neurotherapeutics*, 9(3), 490–499.

Yavuz, E. C., Durualp, E. (2023). Öğrenme güçlüğü olan ergenlerin okul aidiyetleri ile akademik ortamlarda olumsuz değerlendirilme korkularının incelenmesi. *Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 25(1), 357-371.

Yıldırım, A., Şimşek, H. (2016). Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri. 10. baskı. Seçkin Yayıncılık.

Yıldız, S. (2019). Özel öğrenme güçlüğü tanısı almış 7-12 yaş arası çocukların anne-babalarında depresyon, anksiyete ve evlilik uyumu arasındaki ilişkiler. Yüksek Lisans Tezi. Yakın Doğu Üniversitesi, Kıbrıs. (Danışman: Prof.Dr. Fatma Gül Cırhinlioğlu).

Yılmaz, K., Şahin, T. (2016). Eğitim fakültelerindeki araştırma görevlilerinin mesleki deneyimlerinin incelenmesi: Araştırma görevlisi olmanın anlamına ilişkin fenomenolojik bir çalışma. *Finansal Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi*, 8(15), 143-168.

Yurtsever, Ş. (2013). Eğitsel tanılama ve değerlendirme sürecinde görev alan rehberlik ve araştırma merkezi personelinin karşılaştığı sorunların belirlenmesi, Yüksek lisans tezi. Marmara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul. (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Nur Akçin).

Zima, B. T., Murphy, J. M., Scholle, S. H., & Hoagwood, K. E. (2005). National quality measures for child mental health care: Background, progress, and next steps. *Pediatrics*, 115(1), 22–29.

Zwicker, J. G., Missiuna, C., Harris, S. R., & Boyd, L. A. (2012). Developmental coordination disorder: A review and update. *European Journal of Paediatric Neurology*, 16(6), 573–581. <https://doi.org/10.1016/j.ejpn.2012.05.005>



II. EKLER

Ek-1 Gönüllü Katılımcı Formu

GÖNÜLLÜ KATILIMCI FORMU

“Özel Öğrenme Güçlüğü Olan Bireylerin Tanılanma Sürecinde Çocuk ve Ergen Psikiyatristlerinin Görüş ve Önerileri” adlı tez kapsamında gerçekleştirilecek çalışmamda, Özel Öğrenme Güçlüğü olan bireylerin fark edilme, değerlendirme ve karar verme tüm tanılanma aşaması hakkında görüş ve önerilerinizin belirlenmesi amacıyla yapılmaktadır. Çalışma, Biruni Üniversitesi Özel Eğitim Anabilim Dalı, Özel Eğitim Tezli Yüksek Lisans Bölümünde yüksek lisans eğitimini sürdüren Mehmet Çağatay Öztaş tarafından Dr. Öğr. Üyesi Özlem İLKER danışmanlığında sürdürülmektedir.

Araştırma nitel bir araştırma olacak olup görüşmelerin kaydedilmesi yoluyla bilimsel araştırma verileri toplanacaktır. Araştırma kapsamında toplanan veriler, sadece bilimsel amaçlar doğrultusunda kullanılacaktır. Araştırma kapsamında toplanan ses kayıtları ve veriler üçüncü kişilerle paylaşılmayacaktır. Araştırma kapsamında toplanan veriler başka bir araştırma doğrultusunda kullanılmayacaktır. Veriler araştırma sonrasında şifreli dosyalama yoluyla korunacak ve beş yıl sonunda imha edilecektir. Bu verileri ve ses kayıtlarını istediğiniz takdirde inceleyebilirsiniz. Araştırmaya katılım gönüllük esasına dayanır. Araştırma kendi adınız yer almayacaktır. Bütün bilgileriniz gizli tutulacaktır. Araştırma’da kod isimleri kullanılacaktır.

Veri toplama sürecinde araştırmanın amacı dışında sizi rahatsız eden herhangi bir soru/talep olmayacaktır. Yine de katılımınız sırasında rahatsızlık hissederseniz çalışmadan istediğiniz zamanda ayrılabilirsiniz. Çalışmadan ayrılmanız durumunda sizden toplanan veriler araştırma verisi olarak kullanılmayacak ve ses kayıtları çalışmadan çıkarılacak ve imha edilecektir.

Gönüllü katılımcı formu okumak ve değerlendirmek üzere ayırdığınız zaman için teşekkür ederim. Çalışma hakkındaki sorularınızı Biruni Üniversitesi Özel Eğitim Tezli Yüksek Lisans bölümünden Mehmet Çağatay Öztaş’a yöneltebilirsiniz.

Araştırmacının Adı-Soyadı: Mehmet aęatay ZTAő

Adres:

Cep Tel:

İő Tel:

Bu çalışmaya kendi rızamla katıldığım, çalışmadan istediğim takdirde ayrılabilceğimi ve elde edilen verilerin bilimsel amaçlarla kullanılmasını kabul ediyorum.

Katılımcı Adı-Soyadı:

İmza:

Tarih:

X X X X X

Ek-2 Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

Yarı Yapılandırılmış Görüşme Soruları

Adınız:

Soyadınız:

Doğum Tarihiniz:

Mesleki Deneyim:

Çocuk ve Ergen Psikiyatristi Alan Deneyimi:

Varsa Özel Öğrenme Güçlüğü ile İlgili Alınan Eğitimler:

Fark Edilme Süreci

1) Türkiye’de Özel Öğrenme Güçlüğü ’nün tespit edilmesinde yaşanan sorunlarla ilgili düşünceleriniz nelerdir?

- a) Başvuru süreci
- b) Ailelerin izlemesi gereken adımlar
- c) Başvuru yaşları
- d) Önerileri

Değerlendirme Süreci

2) Hastaneye, Özel Öğrenme Güçlüğü riski ile gelen bireylerin değerlendirme sürecinde neler yapıyorsunuz sırasıyla anlatabilir misiniz?

3) Özel Öğrenme Güçlüğü riski olan bireylerin değerlendirilmesinde hangi araçları kullanıyorsunuz, kullanılan değerlendirme araçlarının ayırt ediciliği hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

- a) Kullanılan formal ölçme araçları
- b) Standart ölçme araçları dışında kullanılan informal ölçme araçları
- c) Ölçme araçlarını oluşturmakta kullanılan bilgi kaynakları
- d) Diğer yetersizliklerden veya tipik gelişim gösteren bireylerden ayırt ediciliği

4) Özel Öğrenme Güçlüğü riski olan bireylerin değerlendirilmesinin yapıldığı ortamın fiziki şartlarının uygunluğu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

5) Başvuru, değerlendirme ve karar verme süreci zaman(gün, ay, yıl) bakımından ortalama ne kadar sürmektedir, sürecin olması gereken zaman aralığı hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

a) Bir gün içinde değerlendirdiğiniz ortalama özel öğrenme güçlüğü riski olan birey sayısı

b) Hastanenin verdiği randevu süresi

c) Ortalama olması gereken değerlendirme süresi

d) Size ayrılan hasta sayısı

6) Değerlendirilen bireylerin rapor süresini belirleme şartları hakkındaki düşünceleriniz nelerdir?

7) Değerlendirme sürecinde yaşanan sorunlara ilişkin önerileriniz nelerdir?

Karar Verme Süreci

8) Özel Öğrenme Güçlüğü riski olan bireylerin tanılama aşamasında okul ve Rehberlik Araştırma Merkezi tarafından gönderilen formun karar verme sürecine etkisini açıklar mısınız?

a) Raporda bulunan öğrenci hakkındaki düşüncelerin niteliği

b) Formun karar verme sürecine etkisi

c) Formun ulaşılabilirliği

9) Özel Öğrenme Güçlüğü riski olan bireylerin uygulanan testler sonucu ile klinik gözlem sonuçlarını karşılaştırdığınızda sonuçları hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

a)Uyuşma ve uyumsuzluk durumu

10) Karar Verme Sürecine ilişkin önerileriniz nelerdir?

11) Özel öğrenme güçlüğü riski olan öğrencilerin değerlendirme ve tanılama süreciyle ilgili olarak bu görüşmeye eklemek istediğiniz bir konu var mı?



**Ek-3 ÖÖG Olan Bireylerin Tanılanmasında Çocuk Ve Ergen Psikiyatristlerinin
Görüş Ve Önerileri Etik Kurul İzni**

T. C. BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI			
Tarih: 24.01.2024 Toplantı Sayısı: 86	Karar No: 2024/86-112 Dr. Öğr. Üyesi Özlem İlker'in yürütmeyi planladığı "Özel Öğrenme Güçlüğü Olan Bireylerin Tanılama Sürecinde Çocuk ve Ergen Psikiyatristlerinin Görüş ve Önerileri" konulu araştırma projesi incelenmiş olup, yapılan inceleme sonucunda araştırmanın etik yönden uygun olduğuna karar verilmiştir.		
ÜYELER			
Adı soyadı /Unvan	Alanı	Bölümü	İmza
Prof. Dr. Ahmet BELCE (Etik Kurul Başkanı)	Tıp Fakültesi	Tıbbi Biyokimya AD.	
Prof. Dr. Cem Oktay GÜZELLER (Etik Kurul Başkan Yard.)	Eğitim Fakültesi	Eğitim Bilimleri Bölümü	
Prof. Dr. Nezihe KIZILKAYA BEJİ (Üye)	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Hemşirelik Bölümü	
Doç. Dr. Zeynep HOŞBAY (Üye)	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü	
Dr. Öğr. Üyesi Manolya SAĞLAM (Üye)	Eğitim Fakültesi	İngilizce Öğretmenliği Bölümü	
Dr. Öğr. Üyesi Merve TOKPUNAR (Üye)	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Beslenme ve Diyetetik Bölümü	
Dr. Öğr. Üyesi Münir DEMİREL (Üye)	Diş Hekimliği Fakültesi	Protetik Diş Tedavisi AD.	

Ek-4 Kodlama Anahtarı

TEMA	ALT TEMA	KATEGORİ	KODLAR
FARK EDİLME SÜRECİ	YÖNLENDİRME SÜRECİ	HASTANEYE YÖNLENDİRME	Öğretmen Yönlendirme, Aile Yönlendirme, Özel Eğitim Merkezi ve Kurum Yönlendirme
		RANDEVU ALMA SÜRECİ	Randevu Bulma Zorluğu
		FARK EDİLME YAŞ ARALIĞI	İlkokul Dönemi, Erken Tanılama
	DİKKAT EDİLMESİ GEREKEN HUSUSLAR	EŞLİK EDEN VE AYIRT EDİCİ TANI	Eşlik Eden Tanı, Ayırt Edici Tanı, DEHB
		ÇEVRESEL FAKTÖRLER	Okula Devam, Kırsal Bölge, Sosyo-Akademik Destek
	AİLE	AİLENİN BİLGİ YETERSİZLİĞİ AİLENİN ETİKETLENME VE ÖNÜNE ÇIKMA ŞÜPHESİ	ÖÖG Bilgisizliği, Ciddiye Almama, DEHB Tedavi Zorluğu Etiketlenme Korkusu, İleride Önüne Çıkma Korkusu, Hekimlerin Bilgi Sahibi Olmaması
	ÖĞRETMEN	FARKINDALIK VE BİLGİ YETERSİZLİĞİ	Öğretmen Bilgilendirmesi, Öğretmen Farkındalığı, Öğretmen Deneyimi, ÖÖG'yi Fark Edememe
	ÇOCUK VE ERGEN PSİKİYATRİSTLERİNİN FARK EDİLME SÜRECİNE İLİŞKİN ÖNERİLERİ	ERKEN TANILAMA	Erken Dönemde Fark Etme
		TARAMA	İlkokul Döneminde Okullarda Tarama Yapılması, RAM Yönlendirmesi
		HEKİM SAYISININ ARTIRILMASI VE ALT ÜNİTELERİNİN KURULMASI	Çocuk ve Ergen Psikiyatrist Sayısının Artırılması, Psikolog ve Meslek Elemanı Artırılması, Branşlaşma ve Alt Ünitelerinin Kurulması
		AİLE EĞİTİMLERİ	Okul Eğitimleri, Aile Bilgilendirilmesi
		ÖĞRETMEN EĞİTİMLERİ	Öğretmen Bilgilendirici Sunumları, Öğretmen Hizmet İçi Eğitim
		AİLE DANIŞMANI ATANMASI	Süreç Takibi İçin Danışman
DEĞERLENDİRME SÜRECİ	DEĞERLENDİRME AŞAMALARI	ANAMNEZ	Bireyin Gelişim Öyküsü
		EŞLİK EDEN VE AYIRT EDİCİ TANI	Eşlik Eden Tanı, Ayırt Edici Tanı, DEHB
		BİLGİ TOPLAMA SÜRECİ	Okuldan ve Öğretmenlerden Bilgi Toplanması, Aileden Bilgi Toplanması
		ZEKÂ TESTİ	Ayırt Edici Tanının Yapılması İçin Zekâ Testi
	DEĞERLENDİRME ARAÇLARI	FORMAL DEĞERLENDİRME	ÖÖG Belirti Tarama Formu, Turgay DEHB Ölçeği, WISC-R ve WISC-IV, Porteus Labirent Testi, ÖÖG Bataryası, Bender-Gestalt, Kent EGY, D2 Dikkat Testi
		İNFORMAL DEĞERLENDİRME	Video Kayıtları, Okul Karnesi, Okuma Ve Yazma Matematik Çalışması, Öğretmen Ve Aile Bilgi Formu, Defter İncelemesi
	FİZİKİ ŞARTLAR	OLUMLU GÖRÜŞLER	Testör, Muayene Oda
		OLUMSUZ GÖRÜŞLER	Muayene Oda Darlığı, Sessiz Ortam, Standart, Materyal
	TANILAMA ZAMAN ARALIĞI	TANILAMA SÜRESİ	Randevu Alma Hızı, Aile Eğitim Düzeyi, Eşitliği, Fiziki Şartların Uygunluğu, Erken Başvuru
		DEĞERLENDİRME MUAYENE SÜRESİ	Olması Gereken Süre, Yetersiz Süre
		DEĞERLENDİRİLEN BİREY SAYISI	Randevu Fazlalığı, Ortalama Birey
	RAPOR SÜRESİ BELİRLEME ŞARTLARI	KAYNAŞTIRMA ve RAPOR KALDIRMA	Rapor Sildirme, Kaynaştırma Öğrencisi Olma
		YAŞ	Başvuru Yaşı, Başvurduğu Sınıf
		EŞLİK EDEN TANI	Psikiyatrik Durumlar, DEHB, Tedavi, Fonolojik Bozukluk
		İZLEME	Hekim Takibi, Tekrar Değerlendirme
		AİLE	Aile Katılımı ve İlgisi, İhmal Edilme,
		İMKANA ULAŞMA	Kırsal İmkân
		BİREYİN PERFORMANSI	ÖÖG Belirti Şiddeti, Akademik Performans
		DEĞERLENDİRME ARAÇLARI	Testlerin Uygulanabilmesi, ÖÖG Bataryası,
	DEĞERLENDİRME SÜRECİ ÖNERİLERİ	DEĞERLENDİRME SÜRESİ	Muayene Sürelerinin Artırılması
		HEYETE BAŞVURMA SÜRECİ	Psikiyatriye Başvuru
		RAM	Ram Beyan, RAM Yönlendirmesi, Zekâ Testi,
		FİZİKSEL KOŞULLAR	Hasta Sayısı, Hekim Sayısı, Değerlendirmenin Bölünmesi
		ÖĞRETMEN	Öğretmen Aktivitesi

Ek-4 Kodlama Anahtarı Devamı

TEMA	ALT TEMA	KATEGORİ	KODLAR
KARAR VERME SÜRECİ	OKUL VE RAM FORMLARI	OKUL FORMU	Öğretmen Bilgi ve Gözlemi, Bireyin Performansı
		RAM FORMU	RAM Testi, Karar Verme Sürecinde Etkili, Karar Verme Sürecinde Etkisiz, Tanıya İtiraz, RAM'dan Form Gönderilmemesi
		FORMLARIN NİTELİĞİ	Öğretmen, Form Detay, Formların Öznelliği
		FORMLARIN ULAŞILABİLİRLİĞİ	Kapalı Zarf, Ailelerin Formları Açması, Okul Tatil Dönemi, Ulaşılabilirlik Yüksek
	TEST VE KLİNİK GÖZLEM UYUŞMAZLIĞI	TESTÖR	Testörün Uygulamadaki Durumu, Profesyonel Kişilerce Uygulama, Uygulanan Kişiyi Motivasyon Sağlama
		DEHB	Dikkat Problemleri
		FİZYOLOJİK İHTİYAÇLAR	Hastalık, Uykusuzluk
		KÜLTÜR VE NORM UYUŞMAZLIĞI	WISC-R Türk Kültürüne ve Normlara Uygun Değil
		KAYGI	Test Sırasında Kaygı
		NEGATİVİST TUTUM	Bireyin Testi Reddetmesi, Bireyin Cevap Vermemesi
	KARAR VERME SÜRECİ ÖNERİ	BİREYİN ÜSTÜN YARARI	Bireyin Üstün Yararına Göre Karar, Bireyin Üstün Yararına Göre Fazla Tanı Koyulmasının Önüne Geçilmesi
		HEKİM EĞİTİMİ	Hekimlerin Kendini Güncellemesi
		KURUMLAR ARASI İŞBİRLİĞİ ve STANDART SAĞLANMASI	Standart Klinik Uygulamalar, RAM ve Öğretmen Sorumluluğu, Öğretmen Ve Okul İşbirliği,
	GÖRÜŞMEYE EKLENEN KONULAR	ÖZEL EĞİTİMDE MOTOR BECERİLER DESTEĞİ	Motor Becerilerin Psikiyatristler Tarafından Değerlendirilememesi, Özel Eğitim Desteği
		TANILAMA SONRASI	Ram Süreç Değerlendirmesi, Takip Süreci, Ram İşleyişi, Özel Eğitim Merkezleri
		RAM-HASTANE UYUŞMAZLIĞI	RAM'dan Rapor İtirazı, Sınırdaki Mental Kapasiteye ÖÖG Tanısı Konulması, RAM-Hekim İletişim Problemi,
		REHABİLİTASYON MERKEZLERİ	Yanlış Yönlendirme, ÖÖG Olan Bireylerin Rehabilitasyon Merkezlerindeki Hisleri, Okulda Özel Eğitim Desteği
		DİKKAT İLAÇLARI TEMİNİ	Yoğunlukla Kullanılan Dikkat İlaçlarının Eczanede Bulunmakta Zorluk Çekilmesi

Ek-5 Kodlayıcı Güvenirliği Formu

GÖZLEMCİLER ARASI GÜVENİRLİK BELİRLEME TABLOSU

Değerlendiren 1:

Değerlendiren 2:

Görüşme No	Soru No	Paragraf No	Değerlendiren 1 Kod	Değerlendiren 2 Kod	G.A	G.B

III. İNTİHAL RAPORU

ÖZEL ÖĞRENME GÜÇLÜĞÜ OLAN BİREYLERİN TANILANMASINDA ÇOCUK VE ERGEN PSİKİYATRİSTLERİNİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİ

ORJİNALLİK RAPORU

% 15	% 14	% 7	% 8
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	%5
2	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	%1
3	www.researchgate.net İnternet Kaynağı	%1
4	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	%1
5	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı	%1
6	eurasianacademy.org İnternet Kaynağı	%1
7	earsiv.anadolu.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
8	www.mebpersonel.com İnternet Kaynağı	%1
9	www.muhasabenews.com İnternet Kaynağı	%1
10	acikerisim.gelisim.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1

katalog.marmara.edu.tr

11	Internet Kaynağı	<%1
12	Submitted to Erciyes Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<%1
13	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 Internet Kaynağı	<%1
14	tekedergisi.com Internet Kaynağı	<%1
15	www.okuldisleksi.com Internet Kaynağı	<%1
16	openaccess.biruni.edu.tr Internet Kaynağı	<%1
17	Submitted to Yakın Doğu Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<%1
18	65940eec-f6c1-49bd-bd74-9d315dfe3466.filesusr.com Internet Kaynağı	<%1
19	core.ac.uk Internet Kaynağı	<%1
20	Submitted to Trakya University Öğrenci Ödevi	<%1
21	karyay.karatay.edu.tr Internet Kaynağı	<%1
22	usos2010.firat.edu.tr Internet Kaynağı	<%1
23	Submitted to Akdeniz University Öğrenci Ödevi	<%1
24	Submitted to Bahcesehir University Öğrenci Ödevi	<%1

25	Submitted to Adtalem Global Education, Inc. Öğrenci Ödevi	<%1
26	Çelik, Pinar. "Türkiye'de ve Avrupa'da 2000-2013 Tarihleri Arasında Özel Gereksinimli Çocuklarla İlgili Yapılmış Olan Müzik Eğitimi Çalışmalarının Değerlendirilmesi", Dokuz Eylül Üniversitesi (Turkey), 2024 Yayın	<%1
27	turansam.com İnternet Kaynağı	<%1
28	Cakmak, Zulal. "Rehberlik ve Arastirma Merkezi Personelinin ogrenme Guclugu Olan Bireylerin Degerlendirilme Sureclerine Iliskin Gorusleri.", Anadolu University (Turkey), 2021 Yayın	<%1
29	slidetodoc.com İnternet Kaynağı	<%1
30	Submitted to Gumushane University Öğrenci Ödevi	<%1
31	dspace.biruni.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
32	Yavuz, Emrullah Can. "Öğrenme güçlüğü olan ergenlerin okul aidiyetleri ile akademik ortamlarda olumsuz değerlendirilme korkularının incelenmesi", Ankara Üniversitesi (Turkey), 2024 Yayın	<%1
33	www.smartofjournal.com İnternet Kaynağı	<%1
34	donusumpsikoloji.com İnternet Kaynağı	<%1

35	cms.galenos.com.tr İnternet Kaynağı	<%1
36	www.gulumserakademi.com İnternet Kaynağı	<%1
37	disleksi.com.tr İnternet Kaynağı	<%1
38	pdfs.semanticscholar.org İnternet Kaynağı	<%1
39	Submitted to (school name not available) Öğrenci Ödevi	<%1
40	www.anadiliegitimi.com İnternet Kaynağı	<%1
41	Yüzlü, Utku. "Ön lisans öğrencilerinin yaşam boyu öğrenme eğilimleri ile yaşam boyu öğrenme anahtar yeterlik düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi", Bartın University (Turkey), 2024 Yayın	<%1
42	Ucar, Ahmet Serhat. "Zihin Yetersizliği Olan Bireylerin İstihdam Surecinde Yer Alan Paydaşların İstihdam Surecine Yönelik Görüş ve önerileri", Anadolu University (Turkey), 2021 Yayın	<%1
43	openaccess.hku.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
44	www.efdergi.hacettepe.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
45	Submitted to Abant İzzet Baysal Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<%1

46	Submitted to Kastamonu University Öğrenci Ödevi	<%1
47	Yüce, Mehmet. "İşitme engelli bireylerin diyanet işleri başkanlığının sunduğu din hizmetlerine yönelik görüşleri", İzmir Katip Celebi University (Turkey), 2024 Yayın	<%1
48	abakus.inonu.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
49	doczz.biz.tr İnternet Kaynağı	<%1
50	earsiv.odu.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<%1
51	www.akademikbilgisistemi.com İnternet Kaynağı	<%1
52	www.ozelcocuklaregitim.com İnternet Kaynağı	<%1
53	Submitted to Anadolu University Öğrenci Ödevi	<%1
54	Submitted to Istanbul Aydın University Öğrenci Ödevi	<%1
55	Sert, Onur. "Otizm Spektrum Bozukluğu Olan Çocuklara İletişim Becerilerinin Kazandırılmasına İlişkin özel Eğitim öğretmenlerinin Görüş ve önerilerinin Belirlenmesi.", Anadolu University (Turkey), 2021 Yayın	<%1
56	Şeker, Burcu Yıldız. "Görme ve İşitme Engelli Öğrencilerin Açık ve Uzaktan Eğitimde	<%1

Karşılaştıkları Sorunlar ve Çözüm Önerileri",
Marmara Üniversitesi (Turkey), 2022

Yayın

57 www.eyuder.org <%1
İnternet Kaynağı

58 Kaya, Ali. "Bakım ve Koruma Altında Bulunan Zihin Yetersizliği Olan Bireylere Yönelik Günlük Yaşam Eğitimi Programı Geliştirilmesi", Anadolu University (Turkey), 2021 <%1
Yayın

59 acikerisim.kastamonu.edu.tr <%1
İnternet Kaynağı

60 acikerisim.selcuk.edu.tr:8080 <%1
İnternet Kaynağı

61 celebi, Hatice Zehra. "Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Almış öğrencilerin Sınıfta Yaşadığı Güçlüklerin öğretmen Görüşleri Açısından İncelenmesi", Necmettin Erbakan University (Turkey), 2022 <%1
Yayın

62 www.engelsizkariyer.com <%1
İnternet Kaynağı

63 Çam, Deniz. "Almanya'daki Türk Ailelerinin Özel Eğitim Hizmetlerinden Yararlanmasına İlişkin Deneyim ve Görüşlerinin Belirlenmesi", Marmara Üniversitesi (Turkey), 2022 <%1
Yayın
