

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ÖZGÜL ÖĞRENME BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUKLARDA
DANS/HAREKET TERAPİSİNİN PSİKOSOSYAL ETKİLERİNİN
İNCELENMESİ: 6 AY TAKİPLİ RANDOMİZE KONTROLLÜ
ÇALIŞMA

Uzm. Erg. Arif GÖKCEN

Ergoterapi Programı
DOKTORA TEZİ

Ankara
2025

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ÖZGÜL ÖĞRENME BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUKLARDA DANS/HAREKET
TERAPİSİNİN PSİKOSOSYAL ETKİLERİNİN İNCELENMESİ: 6 AY TAKİPLİ
RANDOMİZE KONTROLLÜ ÇALIŞMA

Uzm. Erg. Arif GÖKCEN

Ergoterapi Programı
DOKTORA TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Gamze Ekici ÇAĞLAR

Ankara
2025

Özgül Öğrenme Bozukluğu Olan Çocuklarda Dans/Hareket Terapisinin Psikososyal Etkilerinin İncelenmesi: 6 Ay Takipli Randomize Kontrollü Çalışma

Arif Gökçen

Prof. Dr. Gamze Ekici Çağlar

Bu tez çalışması 16.07.2025 tarihinde jürimiz tarafından Ergoterapi Programı'nda doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

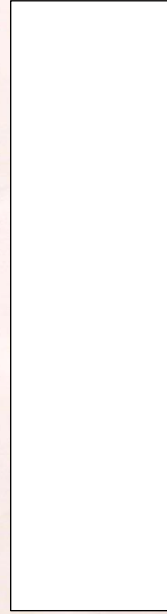
Jüri Başkanı: *Doç. Dr. Gökçen Akyürek*
Hacettepe Üniversitesi

Üye: *Doç. Dr. Hatice Abaoğlu*
Hacettepe Üniversitesi

Üye: *Doç. Dr. Zeynep Bahadır*
Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Üye: *Dr. Öğr. Üyesi Hayri Can Özden*
Hacettepe Üniversitesi

Üye: *Dr. Öğr. Üyesi Şeyda Candeniz*
Ankara Üniversitesi



Bu tez, Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuştur.

05 Ağustos 2025



Prof. Dr. Müge YEMİŞÇİ ÖZKAN

Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA ve FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan “Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge” kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren ... yıl ertelenmiştir. ⁽¹⁾
- Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren ... ay ertelenmiştir. (2)
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. (3)

06/08/2025

Arif Gökçen

“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”

- (1) Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez **danışmanın** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulu** iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.
- (2) Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez **danışmanın** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulunun** gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.
- (3) Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, **tezin yapıldığı kurum** tarafından verilir *. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise **ilgili kurum ve kuruluşun önerisi** ile **enstitü** veya **fakültenin** uygun görüşü üzerine **üniversite yönetim kurulu** tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.

Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir

* Tez **danışmanın** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulu** tarafından karar verilir.

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında zgn olduğunu, Tez Danışmanının Prof. Dr. Gamze Ekici ağlar danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

Arif Gökçen

TEŞEKKÜR

Lisans, yüksek lisans ve doktora eğitimim boyunca bilgisini ve deneyimini benden esirgmeden destekleyen, kimi zaman abla, kimi zaman anne gibi şefkatle yaklaşan saygıdeğer hocam ve tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Gamze Ekici Çağlar'a,

Ergoterapist olmamda büyük emeği olan ve ergoterapi mesleğinin ülkemizdeki kurucuları ve öncüleri olan başta Sayın Prof. Dr. Hülya Kayıhan olmak üzere Hacettepe Üniversitesi Ergoterapi Bölümü öğretim üyelerine,

Değerli bilgilerini ve deneyimlerini paylaşıp sabırla yol gösteren ve tez izleme komitesinde yer alan ve tezimi değerlendirmek üzere jüri olmayı kabul eden değerli hocalarım Sayın Doç. Dr. Hatice Abaoğlu'na ve Sayın Doç. Dr. Zeynep Bahadır'a,

Tezimi değerlendirmek üzere jüri üyesi olmayı kabul eden saygıdeğer hocalarım Sayın Doç. Dr. Gökçen Akyürek'e, Dr. Öğr. Üyesi Hayri Can Özden'e ve Dr. Öğr. Üyesi Şeyda Candeniz'e,

Bu tezin uygulama sürecinde öğrencilere ulaşmamda ön ayak olan Özel Nursel Özdemir Özel Eğitim Kurumları Kurucusu Psikolojik Danışman ve Rehberlik Öğretmeni Sayın Salih DüNDAR'a, Yusuf İzzet Gökçe İlkokulu Müdürü Sayın Bayram Sungur'a, Psikolojik Danışman ve Rehberlik Öğretmenleri Sayın Gülizar Barklı'ya, Sayın Didem Belci'ye ve tüm sınıf öğretmenlerine,

Tez sürecinde desteğini hep hissettiğim sevgili mesai arkadaşım Rukiye Genç'e,

Zor zamanlarda yardımına koşan, değerli bilgilerini benimle paylaşan, desteği ve arkadaşlığı için Dr. Öğr. Üyesi Mustafa Cemali'ye ve Dr. Erg. Yasin Tekeci'ye,

Tüm hayatım boyunca her türlü desteği, koşulsuz sevgisi ve sabırla bana destek olan anneme, babama ve ağabeyime,

Hayatımdaki en değerli yol arkadaşım, destekçim, her zaman yanımda olan canım eşim Büşra'ma,

Canım oğlum, ilk göz ağrım Selim'ime ve bu süreçte hayatıma giren minik Kerem'ime,

Sonsuz teşekkürler...

ÖZET

Gökcen, A., Özgül Öğrenme Bozukluğu Olan Çocuklarda Dans/Hareket Terapisinin Psikososyal Etkilerinin İncelenmesi: 6 Ay Takipli Randomize Kontrollü Çalışma, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ergoterapi Programı Doktora Tezi, Ankara, 2025. Çalışmamızda, dans/hareket terapisinin (DHT) özgül öğrenme bozukluğu (ÖÖB) olan çocuklarda anksiyete, depresyon, benlik saygısı ve sosyal beceri düzeyleri üzerine etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. 44 ÖÖB tanılı çocuğun dahil edildiği çalışmada, randomize olarak 22'sine rutin özel eğitim programları uygulanırken diğer 22'sine bu eğitime ek olarak DHT uygulanmıştır. ÖÖB tanılı çocukların anksiyete, depresyon, benlik saygısı ve sosyal beceri düzeylerinin tedavi öncesi ve sonrası değerleri karşılaştırılmıştır. Değerlendirme araçları olarak; Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri, Çocukta Anksiyete Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş-Ebeveyn Formu ve Sosyal Becerileri Değerlendirme Ölçeği kullanılmış olup ilk, son ve takip değerleri karşılaştırılmıştır. Sonuç olarak, müdahale öncesi ve sonrası karşılaştırıldığında, DHT grubunda benlik saygısı düzeylerinde ($p=0,001$), anksiyete ve depresyon düzeylerinde ($p=0,006$) ve sosyal beceri düzeylerinde ($p=0,001$) anlamlı bir iyileşme gözlemlenmiştir. Ayrıca, bu alanlardaki iyileşmenin 6 aylık takip sonrasında korunduğu belirlenmiştir. Bu alanlar için kontrol grubunda ise istatistiksel yönden anlamlı bir fark görülmemiştir. Bunun yanında sonuçların gruplar arası karşılaştırmaları incelendiğinde benlik saygısı açısından müdahale sonrası ve 6 ay sonundaki takip değerlendirmelerinde anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Bulgular doğrultusunda, DHT'nin olumlu etkileri nedeniyle ÖÖB olan çocukların rehabilitasyon uygulamalarına farklı bir bakış açısı getirerek fayda sağlayacağı düşünülmektedir. Bu sonuçlarla, ÖÖB tanılı çocuklarda DHT'nin rutin özel eğitim programlarına ek olarak uygulanmasının önemli olduğu görüşüne varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Özgül Öğrenme Bozukluğu, Dans/hareket terapisi, Anksiyete, Depresyon, Benlik Saygısı, Sosyal Beceri

ABSTRACT

Gökçen, A., Investigation of the Psychosocial Effects of Dance/Movement Therapy in Children with Specific Learning Disorders: Randomized Controlled Study with 6 Months Follow-Up, Hacettepe University Graduate School of Health Sciences Doctoral Thesis in Occupational Therapy, Ankara, 2025. This study aimed to investigate the effects of Dance/Movement Therapy (DMT) on anxiety, depression, self-esteem, and social skills in individuals diagnosed with Specific Learning Disabilities (SLD). A total of 44 individuals with SLD were enrolled and randomly assigned to two groups: 22 participants received routine special education programs, while 22 participants received DMT in addition to the standard educational interventions. Pre- and post-intervention levels of anxiety, depression, self-esteem, and social skills were evaluated. Assessment tools included the Coopersmith Self-Esteem Inventory, the Revised Child Anxiety and Depression Scale–Parent Version, and the Social Skills Rating System. Baseline, post-intervention, and follow-up measurements were compared. The results revealed statistically significant improvements in self-esteem ($p=0.001$), depression and anxiety levels ($p=0.006$), and social skills ($p=0.001$) in the DMT group following the intervention. Furthermore, the improvement in these areas was found to be maintained after a 6-month follow-up period. In contrast, no statistically significant differences were observed in these areas within the control group. In addition, intergroup comparisons of the results revealed a significant difference in terms of self-esteem in the post-intervention and 6-month follow-up assessments. Based on these findings, it is believed that DMT can offer a beneficial and alternative perspective in the rehabilitation of children with SLD. Consequently, these results suggest that incorporating DMT as a complementary approach to routine special education programs is important for children diagnosed with SLD.

Key Words: Specific Learning Disorder, Dance/movement therapy, Anxiety, Depression, Self-Esteem, Social Skills

İÇİNDEKİLER

YAYIMLAMA ve FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iv
ETİK BEYAN	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER ve KISALTMALAR	xi
ŞEKİLLER	xiii
TABLolar	xiv
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Özgül Öğrenme Bozukluğu Kavramı ve Tarihçesi	3
2.1.1. Özgül Öğrenme Bozukluğunun Tanılanması	4
2.1.2. Özgül Öğrenme Bozukluğunun Epidemiyolojisi	7
2.1.3. Özgül Öğrenme Bozukluğunun Etiyolojisi ve Patogenezisi	8
2.1.4. Özgül Öğrenme Bozukluğunda Görülen Problem Alanları	9
2.1.4.1. Akademik Alanlar	10
2.1.4.2. Bilişsel Alanlar	10
2.1.4.3. Duyusal-Motor Alanlar	10
2.1.4.4. Günlük Yaşam ve Katılım Alanları	10
2.1.4.5. Psikososyal Alanlar	11
2.1.5. Özgül Öğrenme Bozukluğunda Anksiyete ve Depresyon	12
2.1.6. Özgül Öğrenme Bozukluğu ve Benlik Saygısı	13
2.1.7. Özgül Öğrenme Bozukluğu ve Sosyal Beceri	14
2.2. Özgül Öğrenme Bozukluğunda Kullanılan Tedavi Yaklaşımları	15
2.2.1. Eğitsel Müdahale Yaklaşımları	15
2.2.2. Duyu-Algı-Motor Yaklaşımları	15
2.2.3. Bilişsel Terapiler	16
2.2.4. Psikososyal Yaklaşımlar	16
2.2.5. Fiziksel Aktivite Temelli Müdahaleler	17
2.3. Neden Dans?	18
2.4. Dans/Hareket Terapisi	18

3. GEREÇ ve YÖNTEM	21
3.1. Bireyler	21
3.2. Yöntem	22
3.3. Değerlendirme	23
3.3.1. Çocukların Demografik Özellikleri	24
3.3.2. Çocukların Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Değerlendirilmesi	24
3.3.3. Çocukların Benlik Saygısı Düzeylerinin Değerlendirilmesi	25
3.3.4. Çocukların Sosyal Becerilerinin Değerlendirilmesi	25
3.4. Dans/Hareket Terapisi	26
3.5. İstatistiksel Analiz	36
4. BULGULAR	37
4.1. Sosyodemografik Bulgular	37
4.2. Çocukların Anksiyete ve Depresyon Düzeylerine Ait Bulgular	38
4.3. Çocukların Benlik Saygısı Düzeylerine Ait Bulgular	43
4.4. Çocukların Sosyal Becerileri Düzeylerine Ait Bulgular	47
5. TARTIŞMA	51
6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER	63
7. KAYNAKLAR	65
8. EKLER	78
EK-1: Etik Kurul Karar Yazısı	
EK-2: Araştırma İzni	
EK-3: Tez Çalışması Orijinallik Raporu	
EK-4: Dijital Makbuz	
EK-5: Aydınlatılmış Onam Formları	
EK-6: Sosyodemografik Değerlendirme	
EK-7: Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri	
EK-8: Çocukta Anksiyete Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş-Ebeveyn Formu	
EK-9: Sosyal Becerileri Değerlendirme Ölçeği	
9. ÖZGEÇMİŞ	101

SİMGELER ve KISALTMALAR

BB	Bilişsel Beceriler
BDT	Bilişsel Davranışçı Terapi
CBSE	Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri
ÇADÖY-E	Çocukta Anksiyete Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş-Ebeveyn Formu
ÇÖZGER	Çocuklar İçin Özel Gereksinim Raporu
DB	Duygusal Beceriler
DHT	Dans/Hareket Terapisi
dk	Dakika
DSM-5	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı 5. Baskısı
fMRG	Fonksiyonel Manyetik Rezonans Görüntüleme
GAPBO	Günlük Aktivite Performansına Yönelik Bilişsel Oryantasyon
GEDME	Gayretli Eforla Doğru Mobiliteyi Elde Etme
GİYB	Grupla İş Yapma Becerileri
GYA	Günlük Yaşam Aktiviteleri
İBB	İlişkiyi Başlatma Becerileri
İKB	İleri Konuşma Becerileri
İSB	İlişkiyi Sürdürme Becerileri
KKEB	Kendini Kontrol Etme Becerileri
M	Medyan (Ortanca)
n	Birey Sayısı
ÖDDSG	Öz-Düzenlemeye Dayalı Strateji Geliştirme
ÖÖB	Özgül Öğrenme Bozukluğu
Q1	Birinci Çeyrek
Q3	Üçüncü Çeyrek
p	İstatistiksel Anlamlılık Düzeyi
SBDÖ	Sosyal Becerileri Değerlendirme Ölçeği
SDBCÇB	Saldırgan Davranışlarla Başa Çıkma Becerileri
SKEB	Sonuçları Kabul Etme Becerileri
SPSS	Statistical Package for the Social Science
SS	Standart Sapma
TKB	Temel Konuşma Becerileri

TSB	Temel Sosyal Beceriler
\bar{X}	Ortalama
χ^2	Ki-kare
YVB	Yön Verme Becerileri
%	Yüzde

ŞEKİLLER

Şekil	Sayfa
3.1. Akış şeması.	23

TABLOLAR

Tablo	Sayfa
2.1. Özgül öğrenme bozukluğu tanı ölçütleri.	5
3.1. Beyin Dansı'nın hareket modelleri.	27
4.1. Çocukların cinsiyetleri ve el tercihi dağılımları.	37
4.2. Çocukların yaşı, eğitim süreleri, kardeş sayısı, tanı süresi ortalamalarının karşılaştırılması.	38
4.3. DHT grubunun müdahale öncesi, sonrası ve 6 ay takibine ait anksiyete ve depresyon düzeylerinin toplam ve alt ölçek puanlarının karşılaştırmaları.	40
4.4. Kontrol grubunun müdahale öncesi, sonrası ve 6 ay takibine ait anksiyete ve depresyon düzeylerinin toplam ve alt ölçek puanlarının karşılaştırmaları.	41
4.5. Anksiyete ve depresyon düzeylerine ait toplam ve alt ölçek puanlarının ilk ve son değerlendirmelerindeki gruplar arası karşılaştırmaları.	42
4.6. DHT grubunun müdahale öncesi, sonrası ve 6 ay takibine ait Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırmaları.	44
4.7. Kontrol grubunun müdahale öncesi, sonrası ve 6 ay takibine ait Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırmaları.	45
4.8. Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri toplam ve alt boyut puanlarının ilk ve son değerlendirmelerindeki gruplar arası karşılaştırmaları.	46
4.9. DHT grubunun müdahale öncesi, sonrası ve 6 ay takibine ait Sosyal Becerileri Değerlendirme Ölçeği toplam ve alt ölçek puanlarının karşılaştırmaları.	48
4.10. Kontrol grubunun müdahale öncesi, sonrası ve 6 ay takibine ait Sosyal Becerileri Değerlendirme Ölçeği toplam ve alt ölçek puanlarının karşılaştırmaları.	49
4.11. Sosyal Becerileri Değerlendirme Ölçeği toplam ve alt ölçek puanlarının ilk ve son değerlendirmelerindeki gruplar arası karşılaştırmaları.	50

1. GİRİŞ

Özgül öğrenme bozukluğu, bireylerin zekâ düzeyleriyle uyumlu olmamasına rağmen okuma, yazma ve matematik gibi akademik becerilerde beklenen başarıyı gösterememeleriyle karakterize edilen nörogelişimsel bir bozukluktur (1). ÖÖB olan bireylerin çocukluk döneminde deneyimlediği, yüksek akademik performans elde etmedeki zorluk, sadece akademik performansın kendisiyle sınırlı değildir, aynı zamanda günlük okul ilişkilerindeki sosyal ve duygusal zorlukları da beraberinde getirebilir (2). Bu doğrultuda akademik zorluklar, depresyon ve kaygı için bir uyarı işareti olabilir ve bu durumlara katkıda bulunabilir (3). Bununla birlikte ÖÖB tanısı olan çocuklarda benlik saygısı, sosyal ve duygu düzenleme becerilerinde belirgin olumsuz etkiler görülebilmektedir (4, 5). ÖÖB tanısı olmayan öğrencilerle karşılaştırıldığında, ÖÖB tanılı öğrencilerde anksiyete, depresyon ve sosyal uyum güçlüğü gibi sorunların daha sık görüldüğü bildirilmektedir (6-9). Bu kapsamda ÖÖB'nin yalnızca eğitimsel desteklerle değil aynı zamanda çocuğun duygusal ve sosyal gelişimini de destekleyecek bütüncül bir yaklaşımla ele alınması gerekmektedir (10).

Ergoterapi, bireylerin günlük yaşam aktivitelerine (GYA) bağımsız ve anlamlı katılımını desteklemeyi amaçlayan bir meslek alanı olarak ÖÖB tanılı çocukların motor beceriler, sosyal etkileşim ve duygu düzenlemelerindeki güçlükleri hedef alan bütüncül yaklaşımlar geliştirmektedir (11, 12). Bu açıdan ergoterapi müdahaleleri, yalnızca akademik becerilerin geliştirilmesi ile sınırlı kalmamakta; aynı zamanda sosyal becerilerin artırılması, benlik saygısının gelişimi ve duygusal dayanıklılığın güçlendirilmesi gibi psikososyal alanlarda da önemli katkılar sağlayabilmektedir (13). Psikososyal sorunlarla başa çıkmada ÖÖB tanılı çocukların rehabilitasyonunda sıklıkla bilişsel terapi, duyu bütünleme terapisi, müzik terapi, psikoterapi ve neurofeedback gibi çeşitli rehabilitasyon yaklaşımları uygulanmaktadır (14, 15). Bunlarla birlikte, bu alanda fiziksel aktivite de etkili bir tamamlayıcı müdahale yöntemi olarak ön plana çıkmaktadır (16). Fiziksel aktivite; depresyon, anksiyete ve diğer ruhsal belirtileri azaltmanın yanı sıra çocuk ve ergenlerin öz-yeterlik algısını, sosyal becerilerini ve benlik saygısını geliştirmede de önemli katkılar sunmaktadır (17-20).

Fiziksel aktivitenin formlarından biri olan DHT, bireyin bilişsel, duygusal, fiziksel ve sosyal bütünlüğünü güçlendirmek için (21, 22). Bu açıdan DHT gibi beden odaklı müdahalelerin, sosyal ve duygusal işlevselliği artırmada etkili olabileceği gösterilmiştir (23).

Dans/hareket terapisinin eğitimsel ve klinik ortamlarda kullanımı artmakla birlikte, ÖÖB tanılı çocuklarda bu terapinin psikososyal etkilerini inceleyen çalışmalar oldukça sınırlıdır. Yapılan bu araştırmalar ÖÖB olan çocuklarda DHT'nin dikkat, motor beceriler, motor planlama, benlik saygısı ve duyguları tanıma üzerindeki pozitif etkilerini bildirmektedir (24-28). Genellikle ÖÖB özelinde küçük örneklem gruplarıyla yapılmış olup, DHT'nin uzun dönemli etkileri ve sürdürülebilir kazanımları konusunda literatürde çalışma eksikliği bulunmaktadır. Bu bağlamda, bu tez çalışması ÖÖB tanılı çocuklarda DHT uygulamasının anksiyete, depresyon, benlik saygısı ve sosyal beceriler gibi psikososyal etkilerini uzun dönemli inceleyerek bu alandaki bilgi ihtiyacını doldurmayı ve literatüre yeni kanıtlar kazandırmayı amaçlamaktadır.

Çalışmanın hipotezleri (H0) şunlardır:

1. ÖÖB olan çocuklarda DHT'nin anksiyete düzeyleri üzerine etkisi yoktur.
2. ÖÖB olan çocuklarda DHT'nin depresyon düzeyleri üzerine etkisi yoktur.
3. ÖÖB olan çocuklarda DHT'nin benlik saygısı düzeyleri üzerine etkisi yoktur.
4. ÖÖB olan çocuklarda DHT'nin sosyal becerileri düzeyleri üzerine etkisi yoktur.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Özgül Öğrenme Bozukluğu Kavramı ve Tarihçesi

Öğrenme bozukluğu kavramı, ortaya çıkışından bu yana önemli ölçüde değişim geçirmiştir (29). ÖÖB'nin tarihsel gelişimi, 19. yüzyılın sonlarında "kelime körlüğü" kavramının ortaya atılmasıyla başlamıştır. Bu kavram, ilk kez Kussmaul tarafından 1877 yılında, normal zekaya sahip olmasına rağmen belirgin okuma bozukluğu çeken bireylerin tanımlanması amacıyla kullanılmıştır (30). Ardından Hinshelwood ve Morgan gibi nörologlar, disleksi terimini kullanarak bu bireylerin beyin kaynaklı özel bir bozukluğa sahip olduklarını ileri sürmüşlerdir (31, 32).

Modern anlamda "öğrenme bozukluğu" terimi ise ilk kez 1963 yılında Samuel Kirk tarafından, gelişimsel dil bozuklukları, okuma ve yazma sorunları yaşayan çocuklar için önerilmiştir (33, 34). Bu öneri, 1963'te Şikago'da düzenlenen bir konferansta sunulmuş ve Amerika Öğrenme Güçlüğü Derneği'nin (Learning Disabilities Association of America) kuruluşuna öncülük etmiştir (35).

1960'lardan itibaren, ÖÖB'nin tanımı ve sınıflandırılması konusunda önemli gelişmeler yaşanmıştır. 1968 yılında ABD Federal Eğitim Dairesi, öğrenme bozukluklarını ilk kez resmi olarak tanımlamış ve tanı kriterlerini belirlemiştir (36). Bu tanım, zekâ düzeyi normal olan çocuklarda görülen okuma, yazma veya matematikteki gelişimsel yetersizlikleri kapsayacak biçimde geliştirilmiştir. Bu çerçevede öğrenme bozuklukları, bireyin potansiyeliyle akademik performansı arasındaki uyumsuzluk temelinde değerlendirilmiştir (37).

1975 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde yürürlüğe giren Tüm Engelli Çocuklar İçin Eğitim Yasası (The Education for All Handicapped Children Act - EAHCA), öğrenme bozukluğu olan bireylerin ücretsiz ve uygun eğitime erişim hakkını yasal güvence altına almıştır. Bu yasa, sonraki yıllarda Engelli Bireyler Eğitim Yasası (Individuals with Disabilities Education Act - IDEA) adıyla güncellenmiş ve özellikle müdahaleye yanıt (Response to Intervention, RTI) modelini tanılama sürecine entegre etmiştir (38).

1980’li yıllardan itibaren öğrenme bozukluklarının yalnızca bilişsel değil aynı zamanda sosyal, kültürel ve politik bağlamlarla da ilişkili olduğu görüşü önem kazanmaya başlamıştır. Özellikle Sleeter 1986 yılında, öğrenme bozukluğu tanı kategorisinin sosyoekonomik koşullar ve eğitim sistemine ilişkin beklentilerle şekillendiğini öne sürmüştür (39). Bu eleştirel bakış, tanı sistemlerinin tarafsız olmadığına ve sosyal etiketleme süreçlerine hizmet edebileceğine dikkat çekmiştir (40).

Son yıllarda, öğrenme bozuklukları, nörogelişimsel bir çerçevede ele alınmaktadır (41). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı 5. Baskısı (DSM-5), "özüml öğrenme bozukluğu" başlığı altında bu bozuklukları tanımlamakta ve akademik becerilerde beklenen düzeyin altında performans gösterme ile karakterize etmektedir. Bu gelişmeler doğrultusunda, DSM-5’te, özgül öğrenme bozukluğu “nörogelişimsel bir bozukluk” olarak sınıflandırılmış ve dil, okuma, yazma, matematik gibi alanlardaki yetersizliklerin, bireyin eğitimsel ve toplumsal işlevselliğini kalıcı biçimde etkileyebileceği belirtilmiştir (1).

En güncel tanımıyla ÖÖB, çocukların dinlediğini anlama, anlamlı ve uygun iletişim kurma, doğru ve akıcı okuma, okuduğunu anlama, aritmetik işlemleri yerine getirme, matematiksel akıl yürütme, okunaklı ve makul sürede yazı yazma, çoklu motor becerileri gerçekleştirme ve dikkati gelişimsel süreçlere uygun biçimde kullanma gibi temel akademik becerilerin edinilmesi ve kullanılmasındaki gecikme veya bozulmayla karakterize edilen tanısal bir kategori olarak ifade edilmiştir (42).

2.1.1. Özgül Öğrenme Bozukluğunun Tanılanması

“Öğrenme güçlüğü” ve “öğrenme bozukluğu” terimleri sıklıkla birbirinin yerine kullanılmaktadır (43). DSM-5’te “özüml öğrenme bozukluğu” terimi kullanılmaktadır (1). Öğrenme bozukluklarının, öğrenme ve akademik becerilerdeki güçlüklerin bireyin kronolojik yaşıyla karşılaştırıldığında "önemli ve ölçülebilir şekilde düşük olması" ve bu durumun akademik ya da mesleki performansı ya da GYA’yı anlamlı biçimde etkilemesi durumunda tanılandığını belirtir (1, 44). Çocuğun temel bilişsel potansiyelinde bir yetersizlik olmasa da, bilgiye erişme, bilgiyi işleme ve organize etme becerilerinde özgül bozulmalar meydana geldiği vurgulanmaktadır (45). Ayrıca, bu bozulmaların zeka geriliği, görme veya işitme bozuklukları gibi diğer

durumlarla açıklanamaması önemlidir (46). DSM-5 kriterlerine göre ÖÖB'nin tanı ölçütleri ise Tablo 2.1'de belirtilmiştir (1).

Tablo 2.1. Özgül öğrenme bozukluğu tanı ölçütleri.

Kriter	Açıklama
A. Temel Belirti	Gerekli girişimlerde bulunulmuş olmasına karşın, en az altı aydır süren, aşağıdaki belirtilerden en az birinin varlığı ile belirli, öğrenme ve okul becerilerini kullanma güçlükleri: 1. Sözcük okumanın yanlış ya da yavaş ve çok çaba gerektiriyor olması (örn. tek tek sözcükleri yüksek sesle okurken, yanlış ya da yavaş ve duraksayarak okur, sıklıkla sözcükleri kestirir [öngörür], sözcükleri seslendirmede güçlükler yaşar). 2. Okunanın anlamını anlama güçlüğü (örn. düzyazıyı düzgün okuyabilir ancak sırayı, ilişkileri, çıkarımları ya da derin anlamları anlamaz). 3. Harf harf söyleme/yazma güçlükleri (ünlü ya da ünsüz harfleri ekleyebilir, çıkarabilir ya da bunların yerini değiştirebilir). 4. Yazılı anlatım güçlükleri (örn. cümleler içinde birden çok dilbilgisi ya da noktalama yanlışları yapar; paragraf düzenlemesi kötüdür, görüşlerinin yazılı anlatımı açık değildir). 5. Sayı algısı, sayı gerçekleri ya da hesaplama güçlükleri (örn. sayıları, bunların büyüklüğünü ve ilişkilerini anlaması kötüdür; yaşitlarının matematik dersinden öğrendiklerinden değişik olarak, tek rakamlı sayıları eklerken parmak hesabı yapar; sayısal hesaplamaların ortasında kaybolur ve işlemleri değiştirebilir). 6. Sayısal usullama (akıl yürütme) güçlükleri (örn. nicel sorunları çözmek için matematikle ilgili kavramları, gerçekleri ya da işlemleri uygulamakta çok güçlük çeker).
B. Etki Alanı	Etkilenen okul becerileri, kişisel olarak uygulanan geçerli başarı ölçümleri ve kapsamlı klinik değerlendirme ile doğrulandığı üzere, kişinin zamandizinsel (kronolojik) yaşına göre beklenenden önemli ölçüde ve ölçülebilir derecede altındadır ve okul ya da işle ilgili başarıyı ya da günlük yaşam etkinliklerini ileri derecede bozar. On yedi yaşında ve üzerinde olan kişilerde, geçerli değerlendirmelerin yerine, işlevselliği bozan, belgeli öğrenme güçlükleri öyküsü kullanılabilir.
C. Başlangıç Zamanı	Öğrenme güçlükleri okul yıllarında başlar, ancak etkilenen okul becerileriyle ilgili gerekler, kişinin sınırlı yeterliğini aşmadıkça tam olarak kendini göstermeyebilir (örn. zamanla sınırlı sınavlar, dar bir zamanda uzun ve karmaşık raporlan okuma ya da yazma, okulda aşırı yüklenme).
D. Hariç Tutulması Gereken Durumlar	Öğrenme güçlükleri, anlıksal yetiyitimleri, düzeltilmemiş görme ya da duyma keskinliği, diğer ruhsal ve sinirsel bozukluklar, ruhsal-toplumsal güçlükler, okulda kullanılan dili tam bilmeme ya da eğitsel yönergelerin yetersizliği ile daha iyi açıklanamaz.

DSM-5'te ÖÖB, ortak genel özellikler temelinde bir çatı tanı grubu olarak tanımlanmakta, bunun yanı sıra yaşanan akademik güçlükler üç alt grup altında ayrıntılı biçimde açıklanmaktadır (1). Bu bozukluklar şunlardır:

Disleksi (Okuma bozukluğu): Bireyin yaşına ve eğitim seviyesine uygun olarak beklenen okuma becerilerini edinmede güçlük yaşamasıyla karakterize edilen nörogelişimsel bir bozukluktur (47). Bu durum, kelime tanıma, doğru ve akıcı okuma, heceleme ve okuduğunu anlama süreçlerinde belirgin zorluklarla kendini gösterir (48). Disleksili çocuklar genellikle fonolojik işleme, yani dilin ses bileşenlerini tanıma ve işleme konusunda zorluk yaşarlar (49).

Disgrafi (Yazılı anlatım bozukluğu): Bireyin yaşına ve eğitim seviyesine uygun yazma becerilerini edinmede zorluk yaşamasıyla karakterize edilen nörogelişimsel bir bozukluktur. Bu durum, yazının okunaklılığı, harf ve kelime aralıkları, yazma hızı ve yazım kurallarına uyum gibi alanlarda belirgin güçlüklerle kendini gösterir. Disgrafi, genellikle motor becerilerdeki yetersizlikler, dilsel işleme sorunları veya her ikisinin kombinasyonu ile ilişkilidir (50).

Diskalkuli (Matematik bozukluğu): Diskalkuli, bireyin yaşına ve bilişsel gelişim düzeyine kıyasla aritmetik ve sayısal işleme becerilerinde belirgin, kalıcı ve açıklanamayan zorluklar yaşamasıyla tanımlanan nörogelişimsel bir bozukluktur (51). Bu çocuklar, temel matematiksel işlemleri yapma, sayı sembollerini tanıma, sayıları sıralama, zaman yönetimi, para hesabı ve mantıksal ilişkileri kavrama gibi becerilerde zorlanırlar (52).

Dispraksi (Gelişimsel koordinasyon bozukluğu): Dispraksi, motor planlama becerilerindeki yetersizlikle karakterize edilen nörogelişimsel bir bozukluktur. Genellikle “gelişimsel koordinasyon bozukluğu” olarak sınıflandırılır ve motor becerilerin yaşa uygun düzeyde gelişmemesiyle belirginleşir (1). Bu bozuklukta, ayakkabı bağlamak, düğme iliklemek, el yazısı yazmak ve spor aktivitelerine katılmak gibi günlük yaşam aktivitelerinde, akademik görevlerinde ve sosyal katılımı önemli zorluklar yaşamasına neden olur (53). Nörogelişimsel temelli olması nedeniyle sıklıkla özgül öğrenme bozukluğu ile komorbidite gösterir (54). Özgül öğrenme bozukluğu ve dispraksi, tanısal olarak farklı kategorilerde yer alsada, etiyolojik ve semptomatik düzeyde önemli bir etkileşim ve örtüşme sergileyen nörogelişimsel bozukluklardır (55). Bu ilişkinin anlaşılması, hem tanısal süreçlerin iyileştirilmesi hem de bireyselleştirilmiş eğitim ve müdahale programlarının geliştirilmesi açısından kritik öneme sahiptir (56).

2.1.2. Özgül Öğrenme Bozukluğunun Epidemiyolojisi

Özgül öğrenme bozukluğu, okul çağındaki çocuklar arasında oldukça yaygın görülen bir nörogelişimsel bozukluktur. Prevalans oranları ülkeden ülkeye değişiklik gösterse de genel olarak okul çağı nüfusunun yaklaşık %5 ile %15'ini etkilediği bildirilmektedir (1). Bu oran, kullanılan tanı ölçütleri, örneklem özellikleri ve değerlendirme yöntemlerine bağlı olarak değişkenlik göstermektedir (57). Yapılan epidemiyolojik çalışmalarda ÖÖB, en sık disleksi biçiminde karşımıza çıkmaktadır ve bunu disgrafi ve diskalkuli takip etmektedir (58).

Amerika Birleşik Devletleri'nde ÖÖB'nin genel görülme sıklığı %5–15 arasında bildirilmiştir. Disleksi %5–10, diskalkuli %3–6, disgrafi ise %5–20 aralığında tanımlanmıştır (32, 59, 60). Avrupa'da ÖÖB prevalansının yaklaşık %10 olduğu tahmin edilmektedir (37). Disleksinin ise görülme sıklığı %5-10 arasındadır (61, 62). Bazı araştırmalar, bu oranın %3 ile %12 arasında değiştiğini bildirmektedir (63). Diskalkuli prevalansı genellikle %3 ile %7 arasında tahmin edilmektedir (64). Disgrafinin Avrupa'daki görülme sıklığı ise %5 ile %15 arasında değişmektedir (62). Bu geniş aralığın, disgrafi tanısının karmaşıklığına ve farklı tanı kriterlerinin kullanımına bağlı olabileceği belirtilmiştir. Batı Avrupa ülkelerinde, kapsamlı tarama programları ve özel eğitim yasaları sayesinde, öğrenme bozuklarının daha erken teşhis edildiği ve bu nedenle daha yüksek tanı oranlarına sahip oldukları bilinmektedir (65).

Türkiye'de yapılan bir araştırmada ise ÖÖB yaygınlığı %6, disleksi için %4, disgrafi için %3,6, diskalkuli için ise %1,8 olarak bildirilmiştir (66). Gelişmiş ülkelerde okul temelli tarama ve izleme sistemleri yaygınken, gelişmekte olan ülkelerde bu sistemler henüz yeterince gelişmemiştir. Bu durum, Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde tanı oranlarını düşürebilmekte, özellikle kırsal bölgelerde bu durum daha belirgin olabilmektedir (30, 67). Bunun yanında tanı ölçütlerindeki ve kullanılan değerlendirme araçlarındaki farklılıkların (DSM-5, ICD-11, yerel protokoller), bu oranlardaki çeşitliliğin nedeni olarak belirtilmiştir (68).

Cinsiyet farklılıkları açısından da değerlendirildiğinde, erkeklerde ÖÖB tanısı alma oranı, kızlara göre belirgin şekilde daha yüksektir. Erkeklerin kızlara oranı bazı çalışmalarda 2:1 ile 3:1 arasında rapor edilmiştir (30).

Günümüzde gelişmiş tanılama sistemleri ve öğretmen farkındalığının artmasıyla birlikte ÖÖB tanısı alan çocukların sayısı yükselmekte, buna bağlı olarak da erken müdahale programları ve özel eğitim hizmetlerinin kapsamı genişlemektedir. Ancak düşük gelirli ülkelerde ÖÖB'ye yönelik yeterli tarama ve destek mekanizmalarının bulunmaması, tanının göz ardı edilmesine ve eğitimsel eşitsizliklerin artmasına yol açmaktadır (69).

2.1.3. Özgül Öğrenme Bozukluğunun Etiyolojisi ve Patogenezi

Özgül öğrenme bozukluğunun etiyolojisi ve patogenezi oldukça karmaşık ve çok faktörlüdür. Kesin bir neden belirlemek zor olsa da, araştırmalar genetik, nörobiyolojik ve çevresel faktörlerin bir kombinasyonunun ÖÖB'ye katkıda bulunduğunu göstermektedir (70).

Özgül öğrenme bozukluğu olan çocukların ailelerinde ÖÖB öyküsü olması yaygın olan bir durumdur (71). Bu durum genetik yatkınlığın önemli bir rol oynadığını düşündürmektedir (72). Ayrıca belirli genlerdeki varyasyonların okuma, yazma ve matematik becerilerini etkileyen beyin bölgelerinin gelişimini etkileyebileceği düşünülmektedir. Moleküler genetik araştırmalar, özellikle DYX1C1, ROBO1, DCDC2 ve KIAA0319 gibi genlerin öğrenme bozukluklarıyla ilişkili olabileceğini göstermiştir (73). Bu genlerin beyin gelişimi ve nöral göç süreçlerinde görev aldığı, dolayısıyla öğrenme sürecine temel teşkil eden nörobilişsel işlevleri etkileyebileceği ileri sürülmektedir (74).

Nörogörüntüleme çalışmaları, ÖÖB tanılı bireylerin beyin yapısı ve işlevinde bazı farklılıklar olduğunu göstermiştir (71). Okuma, yazma ve matematik becerilerinden sorumlu beyin bölgelerindeki bağlantı ve aktivite farklılıkları ÖÖB'nin nedenlerinden olabileceği belirtilmektedir (75). Bununla birlikte disleksi tanılı bireylerde sol temporo-parietal bölgedeki yapısal ve işlevsel farklılıklar olduğu ortaya koyulmuş olup bu bölgelerin dil ve okuma süreçlerinde kritik öneme sahip olduğu vurgulanmıştır (48). fMRG ve EEG gibi çeşitli beyin görüntüleme tekniklerini kullanan çalışmalar, okuma ve matematiksel işlem becerilerinde görev alan bazı beyin bölgelerini tanımlamıştır. Özellikle fusiform girus, angular girus ve superior temporal girusun dil işleme ve sözcüklerin görsel olarak tanınmasında kritik öneme sahip

olduğu belirtilmiştir. Ayrıca, okuma becerisinin gelişiminin büyük ölçüde sol hemisferde yer alan görsel, işitsel ve anlamsal işlemeleyi bütünleştiren iki taraflı beyin ağına bağlı olduğu gösterilmiştir (74, 76). Ancak, ÖÖB tanılı bireylerin beyinlerinde belirgin yapısal anomalilere ilişkin bulguların tutarsız olması ve nörobiyolojik faktörlerin önemli olmasına rağmen bozukluğun tek başına bu faktörlerle açıklanamayacağını göstermektedir (77).

Doğum öncesi faktörler (örn. annenin hamilelik sırasında sigara içmesi alkol kullanması veya ilaç kullanımı, radyasyon maruziyeti, enfeksiyonlar), doğum sırasındaki hipoksi, doğum sonrası faktörler (örn. erken doğum, düşük doğum ağırlığı, yenidoğan sarılığı, konvülsiyonlar, gelişimsel gecikme) ve erken çocukluk dönemindeki olumsuz deneyimler (örn. ihmal, istismar), düşük gelirli aileler ve düşük sosyoekonomik düzey gibi çevresel faktörlerin de ÖÖB için öngörücü etkenler olduğu belirtilmiştir (77-79).

Özgül öğrenme bozukluğunun patogenezi, yani hastalığın gelişim mekanizması tam olarak anlaşılamamıştır. Ancak, genetik ve çevresel faktörlerin etkileşiminin beyin gelişimini etkileyerek, bilgi işlemede güçlükler ve akademik becerilerde bozulmaya yol açtığı düşünölmektedir (80, 81). Araştırmalar, ÖÖB'nin anlaşılmasında bütöncöl bir yaklaşımın benimsenmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Bu doğrultuda, öğrenme bozukluklarının tek bir nedenden değil, çeşitli risk faktörlerinin etkileşimiyle ortaya çıktığı öne sürölmektedir (82).

2.1.4. Özgöl Öğrenme Bozukluğunda Görölen Problem Alanları

Özgöl öğrenme bozukluğu, yalnızca akademik başarıda yetersizlikle sınırlı olmayan, çok boyutlu ve çocuğun işlevselliğini çeşitli alanlarda etkileyen nörogelişimsel bir bozukluktur. Klinik gözlemler ve literatür verileri, ÖÖB tanılı çocuklarda yalnızca okuma, yazma ve matematik gibi akademik becerilerde değil; aynı zamanda bilişsel alanlar, duyuşsal-motor alanlar, psikososyal alanlar, günlük yaşam ve katılım alanlarında belirgin zorluklar yaşandığını ortaya koymaktadır (83-86).

2.1.4.1. Akademik Alanlar

Özgül öğrenme bozukluğunun temel belirtileri arasında, bireyin yaşına ve zekâ düzeyine uygun biçimde gelişmeyen okuma (disleksi), yazılı anlatım (disgrafi) ve matematik (diskalkuli) becerileri yer almaktadır. Dislekside özellikle fonolojik farkındalık, hızlı adlandırma, sözcük tanıma ve okuduğunu anlama alanlarında güçlükler görülürken; disgrafide harf biçimleme, imla, fikirlerin yazıya aktarımı gibi yazılı anlatım bileşenleri etkilenmektedir (1, 87). Diskalkuli ise sayı duygusu, sayısal işleme, sembol–miktar eşleştirme gibi temel matematiksel becerilerde bozulmalarla karakterizedir (88).

2.1.4.2. Bilişsel Alanlar

Araştırmalar, ÖÖB olan çocukların yürütücü işlevlerde, çalışma belleğinde, motor planlamada, görsel-uzaysal işlemede, dikkat ve organizasyon gibi becerilerde yetersizlikler sergilediğini göstermektedir (89-92). Bu bilişsel eksiklikler, çocuğun sadece akademik başarıyı sürdürmesini değil, günlük yaşamda görev başlatma, sürdürebilme ve görevler arasında geçiş yapma gibi işlevleri yerine getirmesini de zorlaştırmaktadır (93).

2.1.4.3. Duyusal-Motor Alanlar

Ergoterapi literatüründe ÖÖB'ye sahip çocukların ince-kaba motor koordinasyon, vücut farkındalığı, postüral stabilite ve görsel-motor entegrasyon gibi alanlarda yaşlarına göre geride kaldıkları vurgulanmaktadır (12). Özellikle yazılı anlatımda görülen disgrafi, sıklıkla ince motor planlama eksiklikleri, zayıf el-göz koordinasyonu ve kas tonusu bozuklukları ile ilişkilidir. Bu durum, ergoterapistlerin hedefe yönelik müdahale planlarında duyusal-motor temelli yaklaşımları ön plana çıkarmasını gerektirir (12, 94-96).

2.1.4.4. Günlük Yaşam ve Katılım Alanları

Duyusal-motor ve bilişsel alanlardaki yetersizlikler, akademik performansı, psikososyal etkileşimleri ve GYA'yı olumsuz etkileyebilir. Örneğin, çalışma belleğindeki zorluklar, bir çocuğun derste verilen bilgileri hatırlamasını ve işlemesini

zorlaştırabilirken, dikkat eksikliği, çocuğun ödevlere odaklanmasını ve tamamlamasını engelleyebilir. Motor planlama ve görsel-uzaysal işlemedeki güçlükler ise yazı yazma, çizim ve spor gibi aktivitelerde sorunlara yol açabilir (97). Yapılandırılmamış görevlerde zorlanan, rutin oluşturma ve zamanı organize etmede güçlük yaşayan ÖÖB tanılı çocuklar için bağımsızlık ve günlük yaşam becerilerinde kısıtlılık söz konusu olabilir. Bu çocuklar ev ödevlerini planlama, eşyalarını organize etme, yönergeleri takip etme gibi becerilerde yetersizlikler yaşamaktadır (98). Ergoterapistler bu çocukların aktivite performanslarını artırmak amacıyla görev analizi, zaman yönetimi eğitimi ve bilişsel strateji geliştirme gibi yöntemleri kullanmaktadır (12).

2.1.4.5. Psikososyal Alanlar

Özgül öğrenme bozukluğu, yalnızca akademik performansı değil aynı zamanda çocuğun benlik saygısı, sosyal ilişkileri ve psikolojik gelişimi üzerinde de olumsuz etkiler yaratabilir. Bu nedenle, erken tanı ve uygun müdahale stratejileri geliştirilmesi, hem bireysel hem de toplumsal düzeyde önemli bir halk sağlığı hedefi haline gelmiştir (67). ÖÖB çoğunlukla okulun ilk yıllarında belirginleşir; ancak bazı çocuklarda öğrenme bozuklukları daha geç yaşlarda ortaya çıkarak tanının ergenlikte ya da yetişkinlikte konulmasına neden olabilir (1). Erken yaşta müdahale edilmezse, ÖÖB tanısı olan çocuk ve ergenlerin yaşamı akademik başarısızlık nedeniyle olumsuz etkilenebilir. Vakaların yaklaşık %40'ında okuldan ayrılma söz konusudur (99). Düşük akademik başarı, özgüven eksikliği, sosyal ve davranışsal problemler; anksiyete ve depresif belirtiler, somatik yakınmalar, uyum sorunları gibi ilerleyen dönemlerde kalıcı bir işte çalışmada güçlüğüne neden olabilecek duygusal sorunlara yol açabilir (78).

Özgül öğrenme bozukluğu olan çocuklar, akademik başarısızlıkların sık tekrar etmesiyle birlikte düşük benlik saygısı, yetersizlik duygusu, kaygı ve okul reddi gibi duygusal tepkiler geliştirme riski altındadır (100, 101). Olumsuz öğrenme deneyimleri, sosyal izolasyon ve akran zorbalığına maruz kalma, bu çocuklarda içe kapanma ve sosyal beceri yetersizliklerine yol açabilir. Bu doğrultuda bu yetersizliklere yanıt olarak, ergoterapi yalnızca çocukların bilişsel ve duyu-motor

ihtiyaçlarını değil aynı zamanda duygusal ve sosyal katılımlarını da ele almayı amaçlar. Ergoterapistler sosyal becerileri ve duygusal refahı geliştirmek için çeşitli stratejiler kullanırlar (12).

2.1.5. Özgül Öğrenme Bozukluğunda Anksiyete ve Depresyon

Özgül öğrenme bozukluğu tanılı çocukların genellikle anksiyete düzeyleri yüksektir. Akademik zorlukların birikimli deneyimi, işlevselliği bozacak düzeyde anksiyete gelişimine yol açabilir ve bu durum öğrenme bozukluklarını daha da derinleştirebilir (102). Öte yandan, anksiyetenin kendisi de akademik başarısızlığa katkıda bulunabilir ve böylece her iki durumun birbirini olumsuz etkilediği döngüsel bir ilişki oluşabilir (103).

Özgül öğrenme bozukluğunda depresif belirtiler genellikle kendilik algısının bozulması, çaresizlik duygusu, sosyal geri çekilme ve etkinliklere ilgi kaybı şeklinde kendini gösterebilir (104). Kanada yapılan bir çalışmada ÖÖB olan ergenlerin %14,6'sı aynı zamanda depresyonda olduklarını da ifade etmiştir (105). Öğrenme bozukluğuyla yaşamının yarattığı stres, depresif bir dönemi tetikleyebilir; bu durum, depresyon ile öğrenme bozukluklarının birlikte görülmesinin olası nedenlerinden biridir. Bir diğer olası neden ise ÖÖB bulunan çocuk ve ergenlerin sorunlarla karşılaştıklarında kullandıkları yetersiz başa çıkma stratejileridir. Bu bireyler, zorlu durumlarla başa çıkmak için etkili stratejiler geliştirmek yerine, çoğu zaman problemi tamamen görmezden gelmeye çalışırlar (106). ÖÖB olan çocuk ve ergenlerde başarısızlıktan sürekli olarak kaçınmaya yönelik çabanın, depresif ruh halinin temel nedenlerinden biri olduğunu vurgulanmıştır (107).

Özgül öğrenme bozukluğu her ne kadar öncelikli olarak akademik bir zorluk olarak ortaya çıksa da etkileri duygudurumuna da önemli ölçüde yayılmaktadır. ÖÖB'de anksiyetenin ve depresyonun varlığı, hem öğrenme hem de ruh sağlığı ihtiyaçlarını kapsayan bütüncül destek sistemlerinin gerekliliğini ortaya koymaktadır. Akademik başarıyı ve duygusal iyilik hâlini teşvik eden bir ortamın oluşturulması sayesinde, ruh sağlığı profesyonelleri ÖÖB'nin çocukların yaşamları üzerindeki olumsuz etkilerini azaltmada önemli bir rol oynayabileceği belirtilmiştir (108-110).

2.1.6. Özgül Öğrenme Bozukluğu ve Benlik Saygısı

Coopersmith benlik saygısını, bireyin kendisini yeterli, anlamlı, başarılı ve değerli bir kişi olarak görme düzeyi şeklinde tanımlamaktadır (111). Rosenberg'e göre ise benlik saygısı, bireyin kendisine yönelik olan olumlu ya da olumsuz tutumlarının toplamıdır (112). Bu yapı, bireyin sosyal ilişkilerinden duygusal durumuna, bilişsel süreçlerinden akademik performansına kadar birçok alanı etkiler (111, 112).

Özgül öğrenme bozukluğuna sahip çocuklarda, akademik başarısızlıkların erken dönemde yaşanması, akranlarıyla karşılaştırıldıklarında sürekli bir geride kalma duygusu yaratmakta; bu durum zamanla düşük benlik saygısı gelişimi riskini artırmaktadır. Özellikle okuma, yazılı anlatım ve matematik becerilerinde yaşanan sürekli zorluklar, çocuğun kendine yönelik olumsuz inançlar geliştirmesine ve öğrenme motivasyonunda azalmaya yol açabilmektedir (113, 114). Bu durum, başarısızlık hissine, yetersizlik duygusuna ve düşük özgüvene yol açabilir (113).

Özgül öğrenme bozukluğuna sahip çocuklarda benlik saygısının gelişimi; ebeveynlerden, öğretmenlerden ve akranlardan alınan geri bildirim gibi çeşitli faktörlerden etkilenir. Destekleyici ilişkilerden yoksun kalan ve olumsuz geri bildirim alan çocukların, kendilerini “yavaş” ya da “aptal” gibi hatalı şekillerde algıladıklarını vurgulamaktadır. Bu olumsuz geri bildirimler akademik zorluklardan, sosyal etkileşimlerden ve öğrenme bozukluklarına dair damgalamadan kaynaklanabilmektedir (115).

Özgül öğrenme bozukluğu ile benlik saygısı arasındaki ilişki, bireyin gelişimsel, sosyal ve akademik alanlarda karşılaştığı çok yönlü zorluklar nedeniyle karmaşık ve çok katmanlı bir yapıya sahiptir. Araştırmalar, ÖÖB tanılı çocuklarda düşük benlik saygısının yaygın olduğunu ve bu durumun erken tanı, bireyselleştirilmiş müdahale programları ile psikososyal destek hizmetleri aracılığıyla azaltılabileceğini göstermektedir (116-118). Özellikle çocukların güçlü yönlerinin belirlenmesi, öz yeterlilik duygularının geliştirilmesi ve olumlu bir benlik algısının teşvik edilmesi hem akademik başarıyı artırmakta hem de duygusal dayanıklılığı da desteklemektedir. Bu nedenle, ÖÖB'ye yönelik müdahale süreçlerinin sadece bilişsel ve akademik

boyutlarla sınırlı kalmaması; aynı zamanda sosyal-duygusal gereksinimleri de kapsayan bütüncül yaklaşımları içermesi önerilmektedir (118).

2.1.7. Özgül Öğrenme Bozukluğu ve Sosyal Beceri

Sosyal beceri, bireyin kişilerarası ilişkilerde etkili ve uygun davranışlar sergileyebilme kapasitesidir. Bu beceriler; empati kurma, duygu paylaşımı, çatışma çözme, arkadaşlık kurma ve sürdürme gibi alt bileşenleri kapsar (119, 120). Sosyal beceriler, akran etkileşimlerini ve işbirlikçi öğrenmeyi kolaylaştırdıkları için akademik başarı açısından büyük önem taşır. Yapılan çalışmalar, güçlü sosyal-duygusal becerilere sahip öğrencilerin akademik olarak daha başarılı olduklarını göstermektedir (98, 121). Ancak pek çok profesyonel, bu ihtiyacın farkında olmasına rağmen uygulamalarında sosyal becerilerin gelişimine yeterince yer vermemektedir (122).

Özgül öğrenme bozukluğu, yalnızca bilişsel değil aynı zamanda duygusal, sosyal ve davranışsal alanlarda da etkiler yaratabilir (67). Bu bireylerin yaklaşık %60'ının sosyal becerilerinde eksiklik yaşadığı bilinmektedir (123). ÖÖB olan bireylerin yaşadığı bu sosyal beceri eksiklikleri, yalnızca çocukluk döneminde değil, ergenlik ve yetişkinlik döneminde de devam edebilmektedir (124). ÖÖB tanılı çocuklar sıklıkla sosyal ortamlarda uygun olmayan tepkiler verme, duygularını ifade etmede güçlük yaşama ve akran ilişkilerinde zorluklarla karşı karşıya kalmaktadır. Bu durum, sosyal izolasyon riskini de artırmaktadır (81, 125). Bu sosyal beceri eksiklikleri; sosyal ipuçlarını yorumlamada, sözsüz iletişimi anlamada ve duygusal tepkileri düzenlemede yaşanan güçlüklerden kaynaklanabilir (126).

Sosyal beceri eksiklikleri, genellikle çok boyutlu nedenlere dayanmaktadır. Akademik başarısızlık deneyimleriyle gelişen düşük benlik saygısı ve öz-yeterlik duygusu, sosyal girişimlerin sınırlanmasına neden olabilir (5). Ayrıca, disleksi gibi dil temelli öğrenme bozuklukları, sözlü ve yazılı iletişimi zorlaştırarak sosyal etkileşimi olumsuz etkileyebilir (127). ÖÖB tanılı çocuklarda sıkça görülen dikkat eksikliği, dürtüsellik ve planlama zorlukları da yürütücü işlevlerde yetersizliklere yol açarak sosyal ipuçlarını doğru değerlendirme kapasitesini sınırlayabilir (128, 129). Tüm bu

etkenler, bireyleri sosyal reddedilme ve zorbalık gibi olumsuz deneyimlere karşı daha savunmasız hale getirebilir (130, 131).

Sosyal beceri eksiklikleri, yalnızca bireysel yetersizliklerin değil; aynı zamanda sosyal-duygusal, çevresel ve kültürel etkenlerin bir araya gelmesiyle ortaya çıkan karmaşık bir sorun alanıdır (132). Bu nedenle, ÖÖB tanılı çocuklarda görülen sosyal zorlukların çözümünde çok yönlü müdahale yaklaşımları gereklidir. Doğrudan sosyal beceri öğretimi, akran aracılı müdahaleler ve işbirlikli öğrenme gibi yapılandırılmış eğitim programları, hem sosyal yeterliliği geliştirmekte hem de sosyal kaygıyı azaltmakta etkili bulunmuştur (133, 134). Grup temelli empati çalışmaları, sosyal problem çözme eğitimi ve oyun temelli etkinlikler gibi uygulamalar; hem sosyal-duygusal gelişimi hem de akademik uyumu desteklemektedir (135). Ayrıca, son yıllarda özellikle DHT gibi beden odaklı uygulamaların sosyal becerilerin gelişiminde alternatif ve etkili yaklaşımlar olduğu değerlendirilmektedir (23).

2.2. Özgül Öğrenme Bozukluğunda Kullanılan Tedavi Yaklaşımları

2.2.1. Eğitsel Müdahale Yaklaşımları

Eğitsel müdahaleler; disleksi için fonolojik farkındalık ve ses–harf eşleştirme, disgrafi için yazılı anlatım teknikleri, diskalkuli için sayı duygusu geliştirme gibi özel öğretim tekniklerini içeren ÖÖB tanılı çocuklar için temel olarak kullanılan müdahale yaklaşımıdır (136, 137). Bununla birlikte uygulanan eğitsel müdahalelerin her zaman beklenen düzeyde etki göstermediği ve çocuğun tüm gelişimsel alanlarında iyileşme sağlamadığı da vurgulanmaktadır. Literatürde, yalnızca akademik becerilere odaklanan geleneksel özel eğitim programlarının, özellikle sosyal, duygusal ve yürütücü işlev alanlarında sınırlı etki yarattığına dikkat çekilmektedir (138, 139). Dolayısıyla eğitsel müdahaleler, tek başına yeterli bir çözüm sunmamakta; psikososyal, bilişsel ve duyu-algı-motor temelli destek programlarıyla tamamlanması önerilmektedir (12, 140).

2.2.2. Duyu-Algı-Motor Yaklaşımları

Duyu-algı-motor bütünlüğünün bozulması, ÖÖB tanılı çocuklarda sık görülmekle birlikte, bu durum özellikle postüral kontrolü, dikkati, motor performansı,

motor becerileri ve öğrenmeyi etkilemektedir. Ergoterapistler, duyu bütünleme terapisi kapsamında vestibüler, proprioseptif ve taktil sistemleri hedefleyen müdahalelerle öğrenme sürecini desteklemektedir (141). ÖÖB olan çocukların duyuusal ihtiyaçlarına özel olarak uyarlanmış aktiviteler planlar ve uygularlar. Bu aktiviteler, öğrencinin duyuusal sistemlerini düzenlemesine, dikkatini toplamasına ve öğrenmeye daha iyi odaklanmasına yardımcı olmayı amaçlar (142). Duyusal diyetler oluşturarak öğrencinin gün boyunca ihtiyaç duyduğu duyuusal girdileri sağlarlar (143). Sınıf ortamını duyuusal olarak daha uygun hale getirmek için düzenlemeler yapabilirler (144).

2.2.3. Bilişsel Terapiler

Özgül öğrenme bozukluğu olan bireylerde bilişsel müdahaleler; dikkat, yürütücü işlevler, çalışma belleği ve planlama gibi alanlardaki yetersizlikleri hedeflemektedir. Bu tür yetersizlikler yalnızca akademik başarıyı değil aynı zamanda günlük yaşam becerilerini ve sosyal uyumu da olumsuz etkileyebilmektedir (145). Bu açıdan, Öz-Düzenlemeye Dayalı Strateji Geliştirme (ÖDDSG) ve Yürütücü İşlev Eğitimi gibi kanıta dayalı yaklaşımlar ön plana çıkmakta; özellikle ÖDDSG, planlama, izleme ve değerlendirme süreçlerini yapılandırarak öğrenme performansını artırmakta ve meta-kognitif farkındalığı geliştirmektedir (146, 147). Ergoterapi temelli bilişsel müdahale yaklaşımları ise özellikle yürütücü işlevlerin günlük yaşama aktarımı açısından önemlidir. Bu kapsamda, Günlük Aktivite Performansına Yönelik Bilişsel Oryantasyon (GAPBO) yaklaşımı, bireyin işlevsel hedeflerine ulaşmasına yardımcı olmak amacıyla bilişsel strateji kullanımını desteklemekte ve problem çözme becerileri yoluyla kalıcı öğrenmeyi teşvik etmektedir (148).

2.2.4. Psikososyal Yaklaşımlar

Özgül öğrenme bozukluğu olan çocuğun yaşadığı tekrarlayan akademik başarısızlıklar; anksiyete, depresif duygudurumu ve sosyal izolasyon gibi sonuçlara yol açabilir. Bu durum çocuğun benlik algısı ve sosyal uyumunu olumsuz yönde etkileyebilir (110, 149). Psikososyal müdahaleler, çocuğun ruh sağlığını ve sosyal katılımını desteklemek açısından kritik önemdedir (104). ÖÖB’de kullanılan psikososyal müdahale yaklaşımları arasından bazı şunlardır: Bireysel ve grup

danışmanlığı, sosyal beceri eğitimi, aile danışmanlığı ve bilişsel davranışçı terapi. Bu yaklaşımlar, çocukların sosyal etkileşimlerini artırmak, duygusal farkındalığını geliştirmek ve problem çözme becerilerini güçlendirmek amacıyla kullanılmaktadır (150-152).

2.2.5. Fiziksel Aktivite Temelli Müdahaleler

Özgül öğrenme bozukluğu olan bireylerin genel nüfusa kıyasla daha sağlıksız bir yaşam tarzı sergiledikleri ve bu bireylerin anlamlı fiziksel aktivitelerden yoksun yaşam tarzına sahip olduğu belirtilmiştir. Ayrıca, ÖÖB olan bireylerin aktif ve sağlıklı bir yaşam tarzı sürdürebilmeleri için fiziksel aktiviteye katılım konusunda sunulan seçeneklerin yetersiz olduğu öne sürülmektedir (153).

Fiziksel aktivite, yalnızca fiziksel sağlık açısından değil aynı zamanda nörobilişsel gelişim, dikkat sürdürülebilirliği, duygu düzenleme ve sosyal etkileşim açısından da kritik öneme sahiptir. Düzenli fiziksel aktivitenin yürütücü işlevleri, dikkat kontrolünü, akademik performansı ve özgüveni olumlu yönde etkilediği ortaya koyulmaktadır (154). Bu bağlamda ÖÖB olan bireylerde fiziksel aktivite temelli müdahaleler, motor becerileri geliştirmenin yanında aynı zamanda bilişsel işlevleri (dikkat düzeyi, çalışma belleği ve bilgi işleme hızı), akademik başarıyı, yaşam kalitesini artıran bütüncül uygulamalardır (155, 156). Düzenli fiziksel aktivite, ruh sağlığını iyileştirerek stres, anksiyete ve depresyonu azaltmada, duygusal düzenlemeyi desteklemede ve sosyal becerilerin gelişiminde de önemli rol oynamaktadır (153).

Dans, fiziksel aktivite müdahaleleri arasında öne çıkan yöntemlerdendir. DHT ise bireyin duygusal, sosyal ve fiziksel gelişimini desteklemek amacıyla dans ve hareketi terapötik bir araç olarak kullanır (26). Bu yaklaşım, bireyin duyguları ifade etme becerilerini artırırken, vücut farkındalığını ve motor becerileri de geliştirir (157, 158). Bununla birlikte DHT, yaratıcı bir ifade biçimi olması ve eğlenceli öğeler içermesi nedeniyle, bireylerin tedaviye katılımında olumlu etkiler gösterebileceği bir aktivitedir (159).

Son yıllarda yapılan sistematik bir derlemede, dans temelli terapötik uygulamaların özellikle özgüven, sosyal iletişim ve benlik algısı üzerinde anlamlı ve

sürdürülebilir etkiler yarattığını göstermektedir (160). Bu doğrultuda DHT, ÖÖB'ye sahip bireylerde tamamlayıcı ve özgün bir yaklaşım olarak öne çıkmaktadır (24).

2.3. Neden Dans?

Özgül öğrenme bozukluğu olan bireylerde, genel olarak rehabilitasyon programlarına katılımda isteksizlik ve motivasyon eksikliği sıkça gözlemlenen durumlardır. Bu bireyler, yaşadıkları akademik başarısızlıklar ve sosyal etkileşimlerdeki zorluklar nedeniyle özgüven kaybı yaşayabilir ve bu da genel olarak müdahale programlarına karşı ilgisizlik geliştirmelerine neden olabilir (81). Bu durum, onların terapiye veya eğitime devam etmelerini zorlaştırabilir. Bu nedenle, müdahale programlarının bireyin ilgi alanlarına ve ihtiyaçlarına uygun şekilde yapılandırılması, katılımı artırmak ve sürdürülebilirliği sağlamak açısından önemlidir (37). Özellikle, destekleyici bir ortam yaratmak ve bireyin güçlü yönlerine odaklanmak, motivasyonu artırmada etkili olabilir (28). Doğası gereği dans, geleneksel yaklaşımlara alternatif olarak daha motive edici bir fiziksel aktivite yöntemi sunabilmektedir (161). Dansın, keyifli ve rahatlatıcı bir fiziksel aktivite olması dolayısıyla, stresi azalttığı, motivasyon seviyesini artırdığı belirtilmektedir (162). Dansın eğlenceli ve çekici bir aktivite olması, onu bireylerin gönüllü olarak katılım gösterebileceği bir serbest zaman aktivitesi kılmaktadır (159). Yapılan bir araştırmada sınıf ortamında gerçekleştirilen dans ve oyun temelli etkinliklerin, öğrenciler arasında iletişim, iş birliği ve sosyal etkileşimi destekleyerek öğrenme sürecini olumlu yönde hızlandırabileceği ifade edilmektedir (163).

2.4. Dans/Hareket Terapisi

Dans/hareket terapisi, dans ve hareketin terapötik kullanımını içeren bir tedavi şeklidir (157). Amerikan Dans Terapisi Derneği, DHT'yi "hareketi, bireyin bütüncül sağlığını geliştirmek amacıyla terapötik biçimde kullanan psikoterapi yöntemi" olarak tanımlamaktadır (164). DHT, bireylerin duygusal, sosyal, bilişsel ve fiziksel bütünlüğünü desteklemeyi amaçlar (23, 157). Bu terapi, sözel olmayan ifadeler, yaratıcılık ve vücut farkındalığı yoluyla bireylerin kendilerini daha iyi anlamalarına ve ifade etmelerine yardımcı olur (28). DHT'nin temelinde, beden ve zihnin ayrılmaz bir bütün olduğu ve hareketin duygusal ve psikolojik süreçlerle doğrudan ilişkili

olduğu inancı yatar. DHT, bedenin duygusal deneyimlerin ve zihinsel süreçlerin bir yansıması olduğunu kabul eder (165). Hareketi, sözel iletişimin ötesinde, duyguları, düşünceleri ve deneyimleri ifade etmek için kullanır (28). DHT'nin ruhsal ve fiziksel uyumu destekleyen bir terapi olması onu diğer yaklaşımlardan ayrıcalıklı kılmaktadır (166).

Dans/hareket terapisi hem fiziksel aktivitenin bilişsel-fizyolojik etkilerini hem de yaratıcı sanatların duygusal düzenleme üzerindeki gücünü birleştiren özgün bir müdahale biçimidir. DHT, bireyin vücut farkındalığını artırarak ifade becerilerini güçlendirmektedir. Grup ortamında yürütüldüğünde ise sosyal katılım, empati geliştirme ve akran ilişkilerinde iyileşme sağlayabilmektedir (23).

Özgül öğrenme bozukluğu olan çocuklar, öğrenme güçlükleri nedeniyle sıklıkla hayal kırıklığı, stres ve kaygı deneyimlerler (102). DHT, bu duyguları ifade etmelerine ve düzenlemelerine yardımcı olabilir (28). Bununla birlikte DHT, grup ortamında uygulandığında, sosyal etkileşimleri teşvik eder, iletişim becerilerini geliştirir ve akranlarla olumlu ilişkiler kurmaya yardımcı olur. DHT, bireylerin bedenlerini daha iyi tanımalarına, kabul etmelerine ve ifade etmelerine yardımcı olarak benlik saygılarını artırır (30). DHT, koordinasyon, denge ve ritim gibi motor becerileri geliştirir, bu da ÖÖB olan çocukların okul ve günlük yaşamda daha başarılı olmalarına yardımcı olur (28). DHT, dikkat, konsantrasyon ve bellek gibi bilişsel işlevleri geliştirerek öğrenme süreçlerini destekler (24, 167).

Öğrenme bozukluğu olan birçok çocuk, yeterince gelişmemiş dil ve iletişim becerileri, düşünsel yansıma için gerekli bilişsel kapasitenin yetersizliği ya da duygular ile davranışlar arasında bağlantı kurmada yaşanan zorluklar gibi nedenlerle sözel iletişim kurmakta güçlük yaşamaktadır (168). Sözel olmayan ve jestlere dayalı iletişimin dil gelişiminden önce geldiği göz önünde bulundurulduğunda DHT, sözel öncesi düzeyde iletişim kurmaya yönelik yollar oluşturma olanağı sunar (169). Bu, hem bireyin kendini ifade eden hareketleri aracılığıyla hem de terapistin hareket temelli müdahaleleri sayesinde gerçekleştirilmektedir (170). ÖÖB için DHT, fiziksel ve zihinsel bütünleşmeye ve ifadeye dayanan, engellilikten kaynaklanan sınırlılıkların ötesine geçen, bütüncül bir tedavi yaklaşımı sunar (171). DHT, sözlü anlatımda zorluk yaşayan çocuklar için alternatif bir iletişim ve ifade alanı sunarak hem vücut

farkındalığını artırmakta hem de duyguların regülasyonunu desteklemektedir. Beden hareketleri yoluyla benlik algısı, grup içi aidiyet hissi ve sosyal etkileşimler gelişmekte; bu da çocukların sıklıkla yaşadığı izolasyon, kaygı ve özgüven problemleriyle baş etmelerine yardımcı olabilmektedir (172).

Dans/hareket terapisinin bir türü olan yaratıcı dans, hareket becerilerinin geliştirilmesi ve motor aktivitelere katılmaya istekliliğinin artırılması amacıyla çocukların yaratıcı becerilerini kullanmalarına alan açan bir uygulamadır. İlkokul çağı çocuklarında kullanılan yaratıcı dans eğitimi motor becerilerin iyileştirilmesine yardımcı olabilmekte ve çocukların beceri düzeylerine göre düzenlenebilmektedir (173, 174).

Beyin Dansı, yaratıcı dans eğitimcisi Anne Green Gilbert tarafından geliştirilmiş, bireyin fiziksel, bilişsel ve duygusal gelişimini desteklemeyi amaçlayan hareket temelli bir uygulama modelidir. Gilbert, bu yöntemi ilk kez 2000’li yılların başında geliştirmiş olup bu yöntemi geliştirirken hem dans pedagojisi hem de nörobilimsel gelişim ilkelerinden yararlanmışır. Beyin Dansı, bebeklik döneminde doğal olarak gelişen reflekslerin ve motor paternlerin yeniden deneyimlenmesini sağlayarak, beyin-beden bağlantılarını güçlendirmeyi ve çocuğun öğrenmeye daha hazır hale gelmesini amaçlar (26, 174).

Beyin Dansı’nın dayandığı hareket paternleri, insan gelişiminin ilk yıllarında ortaya çıkan doğuştan refleksler, duyusal-motor entegrasyon ve denge koordinasyonu gibi gelişimsel bileşenleri içerir. Bu temel paternlerin bilinçli tekrar edilmesi, çocukların vücut farkındalığını artırırken, aynı zamanda ön beyin aktivasyonu, dikkat, bellek ve dil işlevlerini de destekler. Beyin Dansı, özellikle okul öncesi ve ilkokul çağındaki çocuklar için etkili bir yöntem olmakla birlikte, öğrenme bozukluğu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ve otizm spektrum bozukluğu gibi özel gereksinimli bireylerde de nörogelişimsel destek aracı olarak kullanılmaktadır (173).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

Özgül öğrenme bozukluğu olan bireylerde DHT'nin psikososyal etkilerinin randomize kontrollü olarak incelenerek 6 ay takibinin yapıldığı bu çalışma Eylül 2023 - Mart 2025 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Lokman Hekim Üniversitesi, Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 2023/164 karar numarasıyla izlenen çalışmamız 20.09.2023 tarihinde değerlendirilmiş olup, tıbbi etiğe uygun bulunmuştur (Bkz. Ek 1).

3.1. Bireyler

Çalışma popülasyonunu, Yusuf İzzet Gökçe İlkokulu ve Özel Elit Nursel Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi'ne kayıtlı ve ÖÖB tanısı ile özel eğitim programlarına devam eden bireylerden oluşmaktaydı. Bireyler, tabakalı randomizasyon yöntemi ile DHT ve kontrol grubu olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. DHT grubuna rutin özel eğitiminin yanında dans/hareket terapisi uygulanmış olup kontrol grubu ise bu süreçte sadece rutin özel eğitim programlarına devam etmiştir. Örneklem büyüklüğü %80 güçte, %5 hata oranı ile yapılan güç analizi sonucu iki grup için toplamda 42 olarak hesaplanmıştır. Bunun için G*power 3.1.9 sürümü kullanılmıştır (175, 176). Olası veri kayıpları göz önünde bulundurularak toplamda 58 kişi davet edilmiş olup hesaplanan minimum örneklem sayısına ulaşılmıştır.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri:

- 8-12 yaş aralığında olmak,
- Son 1 sene içerisinde DSM-5 kriterlerine göre ÖÖB tanısı almış olmak,
- Millî Eğitim Bakanlığı İlköğretim okullarında eğitimine devam ediyor olmak ve en az bir yarıyıl tamamlamış olmak,
- Özel eğitim ve rehabilitasyon merkezine devam ediyor olmak.

Çalışmaya dahil edilmeme kriterleri:

- ÖÖB'ye eşlik eden fiziksel, nörolojik veya psikiyatrik ek bir hastalığa sahip olmak,
- Çocuğun nörogelişimsel durumuna etki edecek herhangi bir tedavi alıyor olmak,

- Oyun harici fiziksel aktivite düzeyini artıran rutin olarak spor yapmak.

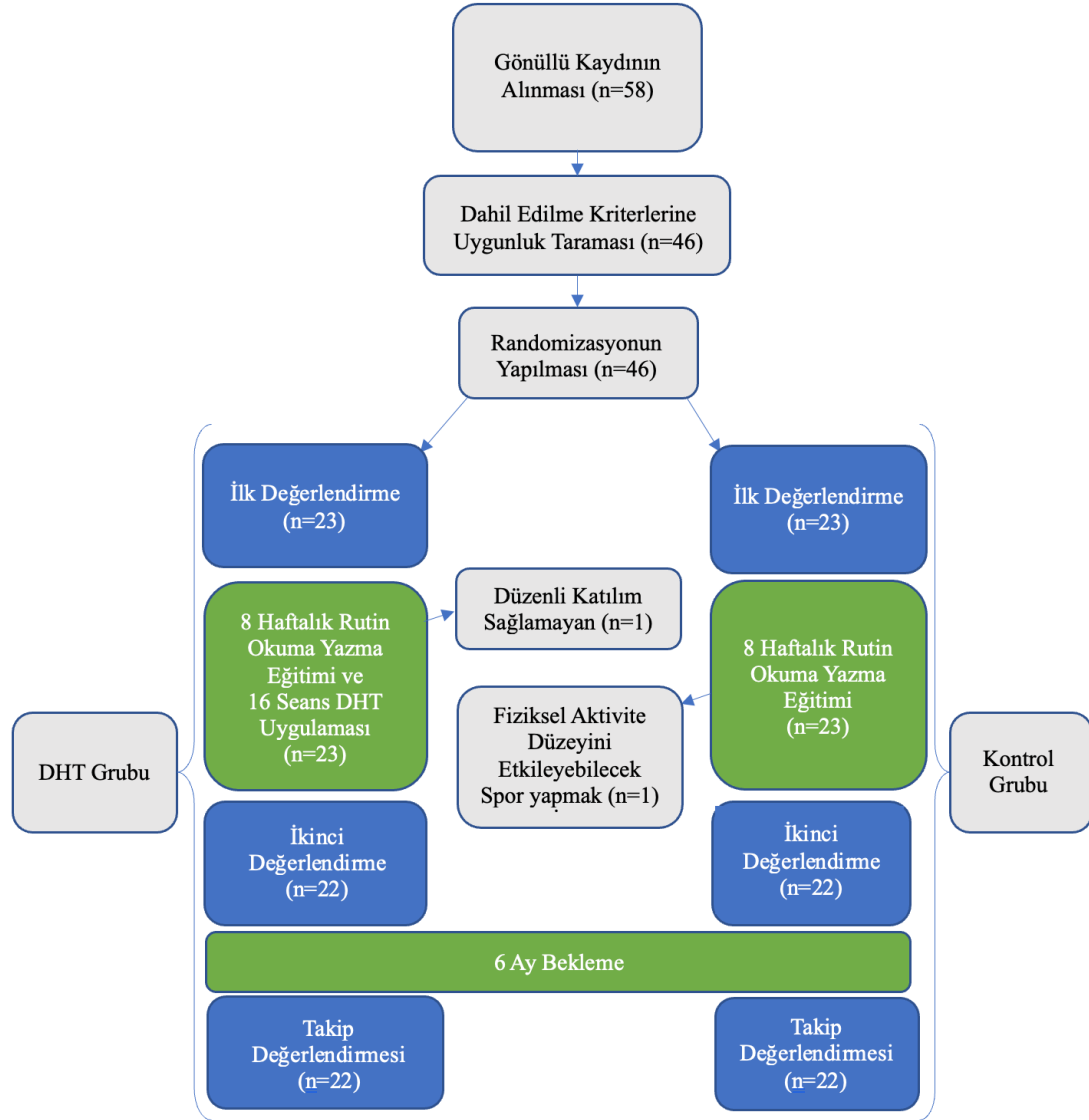
3.2. Yöntem

Çalışmaya katılmadan önce son bir yıl içerisinde alınmış ve halen geçerli olan Çocuklar İçin Özel Gereksinim Raporlarına (ÇÖZGER) göre ÖÖB tanısı olan tüm çocuklara ve ebeveynlerine araştırmanın içeriği hakkında ayrıntılı bilgi verilmiş; katılımda gönüllü olan çocuklar ile onların ebeveynlerinden yazılı aydınlatılmış onam ve ebeveyn rıza belgeleri alınmıştır. Çalışmaya katılmaya gönüllü olan 58 çocuk arasından dahil edilme kriterlerini karşılayan 46 çocuk çalışmaya kabul edildi. Gruplar belirlenirken özellikle yaş ve cinsiyet açısından homojen bir grup yapısı oluşturmak amacıyla, sayıya göre orantılı olacak şekilde tabakalı randomizasyon yöntemi uygulanmıştır. Bu yöntemin uygulanmasında SPSS programı kullanılmış olup, örneklemimiz DHT ve kontrol grubu olmak üzere rastgele ve eşit sayıda iki gruba ayrılmıştır. Yapılan randomizasyon, çalışmaya kör olan bir istatistik uzmanı tarafından gerçekleştirilmiştir. Randomizasyon işleminin ardından değerlendirme sürecine geçilmiş olup bu süreç üç aşamada gerçekleştirilmiştir.

Çalışmada kapsamındaki tüm çocuklar rutin özel eğitim programlarına devam etmiştir. Bahsi geçen rutin özel eğitim programları okuma, yazma ve matematiğin yer aldığı bir akademik eğitimi içermekteydi. Her iki gruba da ilk değerlendirmeler yapıldıktan sonra, DHT grubuna her bir seans yaklaşık 45 dakika (dk) olmak üzere, haftada 2 seans, 8 hafta süresince toplamda 16 seanslık DHT uygulandı. Her iki gruba da 8 hafta sonunda ikinci değerlendirmeler yapıldı. Her iki grubun üçüncü değerlendirmeleri (takip değerlendirmesi) ise ikinci değerlendirmeleri takiben 6 ayın sonunda gerçekleştirilmiştir. Müdahale programı yaklaşık 25 metrekarelik bir alan içerisinde uygulanmıştır. Uygulanan DHT, grup tedavisi şeklinde sırasıyla 8, 8 ve 6 kişilik gruplar halinde toplamda 3 farklı müdahale grubunda bu süreç tamamlanmıştır.

Gönüllü çocuklar arasından DHT grubundaki 1 katılımcının düzenli olarak seanslara katılamaması ve kontrol grubundaki 1 katılımcının da fiziksel aktivite düzeyini etkileyebilecek spor kursuna katılması dolayısıyla toplamda 2 kişi çalışmayı tamamlamadı. Çalışma, DHT grubu 22, kontrol grubu 22 gönüllü olmak üzere

toplam 44 çocukla tamamlandı. Çalışmanın akış şeması aşağıda belirtilmiştir (Şekil 3.1. Akış Şeması).



Şekil 3.1. Akış şeması.

3.3. Değerlendirme

Bütün katılımcılar, dahil edilme kriterlerine uygun çocukların belirlenmesi amacıyla araştırmacı tarafından taranmış olup çalışmaya dahil edilen çocukların çalışmaya özel olarak hazırlanmış form yardımıyla demografik bilgileri alınmıştır. Katılımcılar müdahale öncesi, sonrası ve takip değerlendirmeleri olmak üzere Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri (CBSE), Çocukta Anksiyete Depresyon Ölçeği - Yenilenmiş - Ebeveyn Formu (ÇADÖY-E) ve Sosyal Becerileri Değerlendirme Ölçeği (SBDÖ) ile değerlendirilmiştir. CBSE'nin değerlendirme sırasında, bazı

katılımcıların yaşadıkları öğrenme bozukluğu dolayısıyla maddeleri yanıtlamakta zorlandığı görülmüştür. Bu nedenle araştırmacı tarafından bu öğrencilere envanterin maddeleri bireysel olarak okunmuş ve her birinden kendilerine en uygun seçeneği belirtmeleri istenmiştir. ÇADÖY-E ve SBDÖ ise ebeveyn formu oldukları dolayısıyla katılımcıların ebeveynleri tarafından doldurulmuştur.

3.3.1. Çocukların Demografik Özellikleri

Bireylerin ilk olarak sosyodemografik bilgileri alınmıştır. Bireylere ait yaş (yıl), cinsiyet, eğitim süresi (yıl), dominant el tercihi, tanı süresi (yıl) bilgileri kaydedilmiştir. Bu bilgiler sadece ilk değerlendirme sürecinde ve bir defaya mahsus olmak üzere sorgulanmıştır.

3.3.2. Çocukların Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Değerlendirilmesi

Çocukta Anksiyete Depresyon Ölçeği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı 4. Baskısı'nda tanımlanan çocukluk çağı anksiyete bozuklukları ve depresyonun çocuklar tarafından öz bildirim yoluyla değerlendirilmesi amacıyla Chorpita ve ark. tarafından geliştirilmiştir (177). Bu ölçeğin çocuk ve ebeveyn versiyonu mevcuttur. Ebeveyn versiyonu olan ÇADÖY-E, Ebesutani ve ark. tarafından çocuk versiyonunu tamamlamak için geliştirilmiştir. Bu ölçüm, hem klinik hem de okul tabanlı popülasyonlarda klinik fayda ve güçlü psikometrik özellikler göstermiştir (178). Çalışmamızda kullanılan ÇADÖY-E'nin Türkçeye uyarlanması ve psikometrik özelliklerinin değerlendirilmesi, 2017 yılında, Görmez ve ark. tarafından yapılmıştır. Toplam 47 maddeden oluşan bu ölçek, "asla", "bazen", "sık sık" ve "her zaman" seçenekleri ile 4'lü Likert tipi derecelendirme sunar. Her madde için 0 ile 3 arasında puan verilir; "asla" cevabı 0, "her zaman" cevabı 3 puan olarak değerlendirilir. Ölçek maddelerinden 10'u majör depresif bozukluk, kalan 37'si ise yaygın anksiyete bozukluğu ve çeşitli anksiyete türlerine yönelik belirtileri sorgulamaktadır. Anksiyete toplam puanı ise 0-111 aralığında, depresyon toplam puanı 0-30 aralığında, ÇADÖY-E Toplam Puanı ise 0-141 aralığındadır. Puan artışı, depresyon ve anksiyete belirtilerinin artışına işaretler. ROC analizleri ile sırasıyla kesme noktaları, duyarlılık ve özgüllük değerleri; majör depresif bozukluk için 9,5 puan, 0,71 ve 0,67, toplam anksiyete puanı 26,5 puan, 0,68 ve 0,62, ÇADÖY-E toplam

puanı için ise 32,5 puan, 0,72 ve 0,62 olarak belirlenmiştir (179). Bu form, katılımcıların ebeveynleri tarafından doldurulmuştur.

3.3.3. Çocukların Benlik Saygısı Düzeylerinin Değerlendirilmesi

Bu araştırmada, DHT'nin ÖÖB olan çocukların benlik saygısı düzeyleri üzerindeki etkilerini değerlendirmek amacıyla, ön-son test kapsamında CBSE kullanılmıştır. Bu envanter, 1965 yılında Coopersmith tarafından geliştirilmiştir (111). Farklı araştırmacılar tarafından uyarlama çalışmaları yapılan CBSE'nin Türkçeye son uyarlaması ise Pişkin tarafından 1996 yılında gerçekleştirilmiştir (180-182).

Bu envanterin yetişkin, okul ve okul kısa formları bulunmaktadır. Yetişkin ve okul formu 58 maddeden, okul kısa formu ise 25 maddeden oluşmaktadır. Bu araştırmada envanterin Pişkin tarafından düzenlenmiş halinin okul formu kullanılmıştır. Envanter; genel benlik saygısı (26 madde), sosyal benlik saygısı (8 madde), akademik benlik saygısı (8 madde), ev-aile benlik saygısı (8 madde) ve yalan maddeleri (8 madde) olmak üzere toplamda 5 alt boyut ve 58 maddeden oluşmaktadır. Katılımcılar her soruya “evet (benim gibi)” veya “hayır (benim gibi değil)” şeklinde yanıt vermektedir. “Yalan maddeler” alt boyutunda yer alan maddeler benlik saygısını değil, kişilerin savunucu tutumlarını ölçmek amacıyla konulduğundan; toplam puana dahil edilmemektedir. Değerlendirme yapılırken benlik saygısı düzeyini olumlu olarak etkileyecek maddelere iki puan verilmekte, benlik saygısı düzeyi için olumsuz olarak nitelendirilen maddelere sıfır puan verilmektedir. Envanterdeki yalan alt ölçeğine ait 8 madde çıkartıldığında geriye kalan 50 maddeden maksimum alınabilecek benlik saygısı puanı 100'dür. Ölçeğin kesme noktası olmamakla birlikte, puan artışı benlik saygısı düzeyinin arttığını belirtir (182).

3.3.4. Çocukların Sosyal Becerilerinin Değerlendirilmesi

Sosyal Becerileri Değerlendirme Ölçeği (SBDÖ), sosyal etkileşimi arttırmak için iletişim yetersizliklerine yardım etmede önemli olan becerileri ölçmeyi amaçlanmaktadır. Bu ölçek çocukların sahip olması gereken sosyal becerileri gözleme dayalı olarak değerlendirmeye imkân sunmaktadır. Akçamete ve Avcıoğlu tarafından 2005 yılında geliştirilmiş olan bu ölçek, 7 ile 12 yaşlarındaki çocukların sahip olması gereken sosyal becerileri gözleme dayalı olarak değerlendirmeye imkân sunmaktadır.

Ölçekte beceriler 12 kategori altında toplanmıştır. Bu ölçek, toplamda 69 madde içermekte ve bu maddelere verilen cevaplar “her zaman yapar”, “çok sık yapar”, “genellikle yapar”, “çok az yapar” ve “hiçbir zaman yapmaz” şeklinde 5’li Likert tipinde derecelendirilmektedir. Katılımcılar “her zaman yapar” cevabı 5 ve “hiçbir zaman yapmaz” cevabı 1 puan almaktadır. Puan artışı sosyal beceri düzeyinin arttığını belirtir (183). Bu ölçek, katılımcıların ebeveynleri tarafından doldurulmuştur.

3.4. Dans/Hareket Terapisi

Çalışmamızda uygulanan DHT’nin prosedürü, Gayretli Eforla Doğru Mobilitayı Elde Etme (GEDME) ilkeleri temelinde tasarlanmış olup, katılımcıların fiziksel, bilişsel ve psikososyal gelişimlerini destekleyen; yaratıcı dansın özgürleştirici potansiyelini içeren yapılandırılmış bir müdahale modeli sunmaktadır (166, 184-187). Oluşturduğumuz DHT programında ÖÖB tanılı çocukların yaşadığı problem alanlarının tedavisine yönelik hedefleri mevcuttur. GEDME stili ile oluşturulan hedef odaklı DHT programı, ÖÖB tanılı çocukların bilişsel becerilerini (yürütücü işlevler, motor planlama, görsel-uzaysal işleme, dikkat ve bellek) geliştirmeyi; duyu-motor alanındaki problemleri (motor koordinasyon, vücut farkındalığı, postüral stabilite, görsel-motor algı bozuklukları) iyileştirmeyi; sosyal becerileri ve duygudurumunu güçlendirmeyi; daha güçlü bir benlik saygısı oluşturmayı hedeflemiştir (2, 26, 92, 164, 166, 184-190). Oluşturulan dans hareketlerinin zorluk seviyesi yaratıcı dans eğitimi içerisinde bireylerin hareket kapasiteleri çerçevesinde düzenlenmiştir. Bu müdahale protokolündeki etkinlikler esnek ve katılımcıların ihtiyaçlarına göre uyarlanabilir şekilde tasarlanmıştır. Her seansta, hareket yoluyla beden-zihin bütünlüğünü amaçlayan Beyin Dansı yönteminin unsurları kullanılmıştır. Bu çalışmada uygulanan DHT’nin prosedürü hazırlanırken, bir yaratıcı dans eğitimi olan Beyin Dansı’nın hareket modellerinden yararlanılmıştır. Beyin Dansı’nın 8 aşamalı olan hareket modeli Tablo 3.1.’deki belirtilmiştir (173, 174).

Tablo 3.1. Beyin Dansı'nın hareket modelleri.

Hareket Modeli	Açıklama	İşlevi
1. Solunum	Burundan derin bir nefes alınır. Karın, diyafram ve akciğerler hava ile doldurulur. Ardından, dudaklar büzülerek mumu üfler gibi nefes yavaşça ağızdan verilir. Bu işlem birkaç kez tekrarlanır.	Beyne ulaşan oksijen miktarını artırarak nörofizyolojik işlevleri destekler; solunumun motor hareketlerin akıcılığı ve koordinasyonu üzerindeki rolüne yönelik farkındalık kazandırır. Aynı zamanda stres düzeyini azaltarak fizyolojik uyanıklık ve zihinsel canlılık sağlamaktadır.
2. Taktil	Ellerle vücudun farklı bölgelerine (baş, gövde, üst ve alt ekstremiteler gibi) hafif dokunuşlar (sürtme, çizme, okşama, hafifçe vurma gibi) uygulanarak duyu farkındalık desteklenir.	Duyusal regülasyon, entegrasyon ve beden farkındalığını desteklemektedir.
3. Merkezden Distale	Bedenin merkezden uzaklaşıp, ardından tekrar merkeze toplanma hareketi yapılmasından oluşmaktadır. Ekstremiteler distale doğru açıldıkça, beden büyük bir "X" şeklinde gergin bir form alır. Bu pozisyonun ardından baş, gövde, kollar ve bacaklar merkez doğrultusunda tekrar bükülerek kapanır. Kapanma sırasında vücut küçük bir "o" şekli alacak biçimde kıvrılır.	Bireyin hem kendiyile hem de çevresindekilerle kurduğu ilişkiyi derinleştirir. Bedeni bütünsel şekilde hareket ettirmeyi destekler ve doğru duruş için içsel farkındalığın gelişimine katkı sağlamaktadır.
4. Kedi/Deve	Omurga (Columna vertebralis) boyunca hareketi sağlamak (yukarıdan aşağı-aşağıdan yukarı) için baş ve coccyx birbirine yaklaştırılıp uzaklaştırılarak omurganın normal eklem hareketi sınırları çerçevesinde çok yönlü ve farklı düzlemlerde hareket etmesine olanak tanınır. Pelvik bölgenin serbest hareketini desteklemek amacıyla dizler bükülür. Uygulama sürecinde 'kedi-deve' ve 'aşağı/yukarı bakan köpek' gibi yoga temelli pozisyonlara yer verilerek omurganın mobilizasyonu sağlanır.	Bu hareket dizisi, omurga esnekliğini artırmanın yanı sıra boyun ve omuz kuşağı kaslarının güçlenmesine ve postüral kontrolün gelişimine katkı sağlamaktadır.

Hareket Modeli	Açıklama	İşlevi
5. Üst Ekstremitel/Alt Ekstremitel	Üst ekstremitel için uygulamalarda esneme, bükülme, dönme ve sallanma gibi çeşitli hareketler gerçekleştirilir. Bu hareketlerin hızı, yönü ve düzlemi terapistin rehberliğinde değiştirilerek motor kontrol ve farkındalık desteklenir. Alt ekstremitel için çalışmalarda ise adımlama, diz fleksiyonu, sıçrama ve bacakları sallama gibi hareketler uygulanır. Seans boyunca üst ve alt ekstremitel hareketleri birbirinden bağımsız olarak kullanılır; bir ekstremitel aktifken diğeri pasif konumda tutulur.	Denge ve motor koordinasyonu geliştirmektedir.
6. İpsilateral	Vücut, sağ ve sol olmak üzere iki simetrik yarı bölge olarak ele alınır. Bu çalışmada, bir taraf sabit tutulurken diğeri tarafla germe, sallama ve bükme gibi hareketler gerçekleştirilir. Uygulama sırasıyla her iki taraf için tekrarlanır. Hareketler bireyin postürüne göre ayakta ya da zemin üzerinde uzanarak uygulanabilir.	Vücudun her iki tarafı arasındaki motor koordinasyonu ve serebral hemisferler arası entegrasyonu destekleyerek lateralite, yön kavramı, mekânsal farkındalığı geliştirir.
7. Orta Hat Çaprazlama	Vücudun orta hattını çaprazlayarak yapılan hareketlerden oluşan bu uygulamada; birey yerde ya da ayakta pozisyonda iken sağ diz ile sol dirsek, sol el ile sağ ayak, sağ el ile sol diz ve sol el ile sağ kalçaya dokunma gibi karşı taraf ekstremiteleri arasında koordinasyon gerektiren çapraz hareketler gerçekleştirilir.	Serebral hemisferler arasındaki fonksiyonel entegrasyonu destekleyerek, motor planlama, karmaşık hareket dizilerini gerçekleştirme kapasitesi ve bilişsel işleme becerilerinin gelişimine katkı sağlar.
8. Vestibüler	Bu hareket modeli dengeyi zorlayan ve baş pozisyonundaki değişimleri içeren hareketlerden oluşur. Farklı yön ve düzlemlerde eğilme, salınma, yuvarlanma ve dönme gibi vestibüler sistemi uyarıcı hareketler gerçekleştirilir.	Dönme sonrası sağlanan durağanlık evresi, merkezi sinir sistemine postüral stabilizasyonu yeniden organize etme olanağı sunar; uzaysal farkındalık, denge, koordinasyon ve duyu entegrasyon süreçlerinden sorumlu sistemlerin gelişimini destekler.

Çalışmamızda uyguladığımız tüm seanslarda DHT'ye müzik eşlik etmiştir. Beyin Dansı'nda kullanılan müziğin ölçüsü ve tarzı çeşitlendirilebilmektedir. Çocukların dikkatlerinin dağılmaması, terapistle mümkün olduğunca iletişim halinde kalabilmelerini kolaylaştırmak için tüm seanslarda enstrümantal müzikler tercih edilmiştir. Öğrencileri enerjik hale getirmek için hızlı tempolu müzikler ve sakinleştirici bir aşama için ise daha yavaş tempolu müzikler kullanılmıştır (173). Kullandığımız müzik parçalarının bulunduğu Chappelle'in 2007 yılında yayınlanan BrainDance Music CD'si özellikle Beyin Dansı için hazırlanmış olan bu albüm çeşitli enstrümantal parçalar içermektedir (191). Bir koreografinin de çalışıldığı "**beceri geliştirme**" bölümünde ise Ikson albümünden "New Day" enstrümantal parçası kullanılmıştır (192).

Seanslar yaklaşık 45 dk sürmüştür. Her bir seans; **ısınma, doğaçlama, beceri geliştirme, bütünleştirme ve soğuma/kapanış** olmak üzere 5 bölümden oluşmaktadır:

Isınma (5 dk): Seansın bu bölümünde adını DHT'nin kurucusundan aldığı Chace halkası oluşturulmuştur. Grup çember şeklinde oturarak başlanılan hareketlere ayakta devam etmiştir (193). Burada katılımcıların hareketin temel öğeleriyle tanışmaları ve hareket yoluyla aktif katılımlarının desteklenmesi hedeflenmiştir. Beyin Dansı'nın sekiz aşamalı yapısı, sıralı biçimde uygulanarak katılımcıların dansın içine dahil edilmesi kolaylaştırılmıştır. Bu bölümde amaç, grup içinde kaynaşmayı desteklemek ve katılımcıların hem fiziksel hem de zihinsel olarak seansa kolaylıkla dahil olmalarını sağlamak, böylece onları dans ve hareket için hazırlamaktır. Normal eklem hareketleriyle desteklenmiş seansın bu bölümü yaklaşık 5 dk kadar sürmektedir (173, 174).

Doğaçlama (10 dk): Bu bölümde müzik eşliğinde çocuğun mevcut duygudurumunu, düşüncelerini ya da bedensel ifadelerini önceden planlamadan, anlık ve içsel bir şekilde ortaya koyması sağlanır. Bu süreçte kişi, spontane olarak geliştirdiği hareketlerle kendini ifade eder. Uygulama sırasında çocuk, müziğin ritmine göre serbest bırakılır ve oluşturulan Chace halkası içinde, halkanın merkeze geçerek kendi duygularını özgürce hareket yoluyla ifade eder. Bu bireysel ifadenin ardından, ortaya

çıkaran hareketler halka içindeki diğer katılımcılar tarafından “aynalama” yöntemiyle taklit edilir. Bu süreç hem duygusal paylaşımı hem de grup içi etkileşimi destekler. Katılımcıların birbirlerini tanımaları, isimlerini öğrenmesi, iletişimi kolaylaştırması, grup içi güvenin sağlanması için bu bölüm değerlidir. Burada çocukların hareketleri yansıtılması amacıyla ‘haydi, “A” arkadaşımızın hareketini hep beraber yapalım’ şeklinde motive edilmiştir. Bunun gibi, her bir katılımcıdan ayrı ayrı diğer katılımcıların hareketlerini yansıtması beklenir. Bu şekilde katılımcıların sahip olduğu hareket repertuvarlarını geliştirmelerine olanak tanınır. Seansın bu bölümü yaklaşık 10 dk kadar sürmektedir.

Beceri geliştirme (15 dk): ÖÖB tanısı bulunan çocukların problem alanlarına yönelik olarak belirlenmiş hedefler çerçevesinde belirli becerilerin (motor, dikkat, bellek, yürütücü işlevler, lateralizasyon, postüral kontrol, vücut farkındalığı, duyuşsal entegrasyon vb.) geliştirilmesi hedeflenmektedir. Bu kapsamda, ÖÖB’ye yönelik geliştirilmesi hedeflenen beceriler için bir dans koreografisi oluşturulmuştur. Bu koreografi oluşturulurken Anne Green Gilbert’in yaratıcı dans/hareket yöntemi olan “Beyin Dansı” ‘nın hareket modellerinden yararlanılmıştır. Bu bölümde oluşturulan koreografi, adım adım terapist tarafından yönlendirilerek çocukların öğrenmesi sağlanmıştır. Bu bölüm yaklaşık 15 dk kadar sürmektedir ve aşağıda bu bölümde oluşturulan koreografi prosedürlerine yer verilmiştir.

Bütünleştirme (10 dk): Bu bölümde çocukların beceri geliştirme bölümünde ortaya çıkan hareket paternlerini öğrenme durumlarına göre hareketlerin bütünleştirilmesi sağlandı. Bu sayede grubun bütünleştirdiği hareket paternleri bir koreografi olarak tamamlandı. Grup, koreografiyi gerçekleştirmesi için terapist tarafından yönlendirildi. Seansın bu bölümü yaklaşık 10 dk kadar sürmektedir.

Soğuma/Kapanış (5 dk): Her seans, katılımcıların gevşemesi ve süreci tamamlaması amacıyla normal eklem hareketlerini içeren soğuma bölümüyle sonlandırılmıştır. Bu aşamada, öğrencilerden çember şeklinde oturmaları istenmiştir. Öğrenciler solunumla birlikte normal eklem hareketlerini destekleyen postür ve germe egzersizleri için yönlendirilmiştir. Bu egzersizlerin temel amacı, öğrencilerin sakinleşmelerine ve mevcut ana odaklanmalarına yardımcı olmaktır. Ardından, her katılımcıya sözel

olarak kendilerini ifade etme fırsatı tanınmıştır. Katılımcılar, kendi oluşturdukları dans hareketlerini veya başkalarının hareketlerini yansıtırken hissettikleri duygu ve düşüncelerini paylaşma olanağı bulmuşlardır. Bunun yanı sıra, DHT oturumlarında uygulanan tekniklerin günlük yaşama nasıl entegre edilebileceğine ilişkin farkındalık kazandırılmasına yönelik bir süreç yürütülmüştür. Seanslar, katılımcıların odaklanmalarını ve katılımlarını takdir ederek, onları bir sonraki oturuma katılmaya teşvik edecek şekilde sonlandırılmıştır. Seansın bu bölümü yaklaşık 5 dk kadar sürmektedir.

DHT seanslarının **Beceri geliştirme** bölümünün koreografisi prosedürleri aşağıdaki gibidir:

1. **Hareket:** Ayakta durma pozisyonundayken müziğin başlamasıyla, solunuma odaklanılır. Solunum ile birlikte “merkezden distale” hareket modeli gerçekleştirilir. Bunun için müzik başlar başlamaz ritme uygun bir şekilde sol ayağımızı yerden kaldırmadan sağ ayağımızla dışarı adım atılır ve “X” şeklinde olması istenir. Ardından küçülüp “o” pozisyonuna gelinir. Diğere yöne de aynı şekilde sağ ayağı yerden kaldırmadan sol ayağıyla dışarı adım atması ve “X” şeklinde olması istenir. Ardından küçülüp “o” pozisyonuna gelinir ve ayakta durur pozisyona geri dönülür. Bu hareket Beyin Dansı’nın özellikle “Solunum” ve “Merkezden Distale” hareket modelleriyle ilişkilidir.

Geliştirilmesi hedeflenen beceriler:

- a) Vücut farkındalığı
 - b) Gevşeme
 - c) Odaklanma
 - d) Duygudurumunun düzenlenmesi
2. **Hareket:** Ritim değişimiyle, ritme uygun bir şekilde; sağ elinle sol koluna dokunması ve sol kolunu silkelemesi istenir. Ardından sol kolunla da sağ koluna dokunması ve sağ kolunu silkelemesi istenir. Daha sonra her iki eliyle tüm vücudunu silkeler. Bu hareket Beyin Dansı’nın özellikle “Taktil” ve “Orta Hat Çaprazlama” hareket modelleriyle ilişkilidir.

Geliştirilmesi hedeflenen beceriler:

- a) Taktil duyarlılık

- b) Vücut farkındalığının gelişimi
- c) Benlik algısı gelişimi

3. Hareket: Ritim değişimiyle, ritme uygun bir şekilde; her iki dirseği bükerek parmak şıklatır. Daha sonra bu hareketle birlikte ritme uyacak şekilde; bir sağ dizini, bir sol dizini karnına çeker. Bu hareketi, bu sırayla 4'er defa yapması istenir. Bu hareket Beyin Dansı'nın özellikle "Merkezden Distale" ve "Orta Hat Çaprazlama" hareket modelleriyle ilişkilidir.

Geliştirilmesi hedeflenen beceriler:

- a) Ritim ve zamanlama becerisi
- b) Bilateral motor koordinasyon
- c) Motor planlama becerisi
- d) Bellek (Karmaşık motor dizilerin hatırlanması ve uygulanması)
- e) Kaba motor beceriler
- f) Vücut Farkındalığı (Propriyosepsiyon)
- g) Duyu-motor regülasyon
- h) İzleme ve dikkat (Ritmi takip etme ve 4'lü tekrarları uygulama)

4. Hareket: Ritim değişimiyle, ritme uygun bir şekilde; sağ kol 90 derece abduksiyondayken sağ elini çırpar. Ardından bu çırpma hareketi ile birlikte sağ bacağı da abduksiyona alıp sağ ayağını çırpar. Bu hareket Beyin Dansı'nın özellikle "İpsilateral" hareket modeliyle ilişkilidir.

Geliştirilmesi hedeflenen beceriler:

- a) Unilateral koordinasyon
 - o Sağ kol ve sağ bacağın birlikte kontrolü
 - o Aynı taraftaki ekstremite eş zamanlı aktivasyonu
 - o Motor senkronizasyonun gelişmesi
- b) Denge ve gövde stabilitesi
 - a) Tek taraflı hareket sırasında gövdenin dengesini sağlama
 - b) Postüral kontrolün desteklenmesi
- c) Ritmik duyuşal uyumlanma
 - o Ritme uygun hareket başlatma ve sonlandırma
 - o Zamanlama becerilerinin gelişmesi
- d) Motor planlama ve ardışıklık

- Kol ve bacağı sırayla ve koordineli hareket ettirilmesi
- Motor yanıtların sıralı ve organize şekilde oluşturulması
- e) Vücut farkındalığı
 - Kolun 90° abdüksiyonda tutulması ile mekânsal farkındalık gelişimi
 - Ekstremitte pozisyonunun bilinçli olarak algılanması
- f) Çapraz olmayan hareketlerle lateralizasyonun gelişimi
 - Beynin tek yarım küresiyle hareket kontrolü uygulaması

5. Hareket: Ritim değişimiyle, ritme uygun bir şekilde; sol kol 90 derece abdüksiyonda sol elini çırpar. Ardından bu çırpma hareketi ile birlikte sol bacağı da abdüksiyona alıp sol ayağını çırpar. Bu hareket Beyin Dansı'nın özellikle "İpsilateral" hareket modeliyle ilişkilidir.

Geliştirilmesi hedeflenen beceriler: Bir önceki adımda yapılan hareketlerin vücudun diğer yarısı ile yapılması nedeniyle gelişmesi hedeflenen beceriler 4. hareketteki beceriler ile aynıdır.

6. Hareket: Ritim değişimiyle, ritme uygun bir şekilde; gövdeyi burarak dönme (twisting) yapılır. Bu harekette topuklar yere temas ederken ayak parmak uçlarının eş zamanlı olarak sağa ve sola hareketi sağlanır. Bu hareketi yaparken aynı zamanda kalça sallama hareketi de yapılır. Bu hareket Beyin Dansı'nın özellikle "Kedi/Deve", "Üst Ekstremitte/Alt Ekstremitte" ve "Vestibüler" hareket modelleriyle ilişkilidir.

Gelişmesi hedeflenen beceriler:

- a) Omurga esnekliği
 - Gövdeyi burarak yapılan hareket, omurga çevikliği ve esnekliği kazandırır.
 - Gövde rotasyonu, omurga kontrolünü ve orta hat farkındalığını geliştirir.
 - Postüral stabilite için temeldir.
- b) Alt ekstremitte farkındalığı ve kontrollü hareket
 - Ayak parmak uçlarıyla sağa-sola yönlendirme yapmak proprioseptif (pozisyon farkındalığı) becerileri destekler.
 - Topuklar sabit kalırken ayak kontrolü sağlar.
- c) Kalça hareketliliği ve pelvik koordinasyon

- Kalça sallama, pelvik bölgenin serbest hareketine olanak tanır.
 - Özellikle denge becerisi olmak üzere kaba motor gelişim için önemlidir.
 - d) İkili görev performansı (Dual Tasking)
 - Aynı anda birden fazla hareketi gerçekleştirme (twisting + ayak + kalça)
 - Motor planlama ve dikkat becerilerinde artış sağlar.
 - e) Denge ve ağırlık transferi
 - Vücudun bir yandan diğer yana dönmesi sırasında ağırlık merkezinin farkına varılması
 - Statik ve dinamik denge gelişimi
7. **Hareket:** Ritim değişimiyle, ritme uygun bir şekilde; kolları dirseklerden bükerek transvers düzlemde sallaması istenir. Bu hareket Beyin Dansı'nın özellikle "Üst Ekstremité/Alt Ekstremité" ve "Merkezden Distale" hareket modelleriyle ilişkilidir.

Gelişmesi hedeflenen beceriler:

- a) Motor koordinasyon
- b) Propriyosepsiyon (Eklem Pozisyonu Farkındalığı)
 - Dirsekten bükülü pozisyonu koruyarak hareket etmek, eklem ve kas hissini artırır.
 - Kolların mekândaki konumunu algılamaya yardımcı olur.
- c) Beden farkındalığı ve segmental kontrol
 - Gövdeye bağlı ancak bağımsız hareket eden üst ekstremitelerin yönetimi, beden şeması gelişimini destekler.
 - Özellikle vücudun üst kısmına odaklanmayı öğretir.
- d) Denge ve gövde stabilizasyonu (İzometrik kontrol)
 - Kollar hareket ederken gövdenin sabit kalması beklenir, bu da postüral dengeyi güçlendirir.
- e) Bilateral koordinasyon
 - İki kolun birlikte, simetrik ya da alternatif şekilde hareket etmesi iki taraflı koordinasyonu destekler.

- 8. Hareket:** Bu hareket; 6. hareket ve 7. hareketin aynı anda yapılmasıyla ortaya çıkar. Bu hareket Beyin Dansı'nın özellikle "Üst Ekstremité/Alt Ekstremité", "Merkezden Distale, "Kedi/Deve" ve "Vestibüler" hareket modelleriyle ilişkilidir.
- 9. Hareket:** Ritim değişimiyle, ritme uygun bir şekilde; elleri havada sallarken, ayak parmak uçlarında zıplarken gövdeyi burkarak dönme (twisting) yapılır. Bu hareket Beyin Dansı'nın özellikle "Orta Hat Çaprazlama", "Kedi/Deve", "Vestibüler" ve "Merkezden Distale" hareket modelleriyle ilişkilidir.
- 10. Hareket:** Ritim değişimiyle, ritme uygun bir şekilde; orta hattı çaprazlamak için sağ el ile sağ lateral superior yönünde diyagonal doğrultuda uzanılır. Bu sırada sol ayağın hafifçe yerden kesilmesine müsaade edilir. Ardından sağ el ile sol ayağa dokunulur. Sonra sol el ile sol lateral superior yönünde diyagonal doğrultuda uzanılır. Bu sırada sağ ayağın hafifçe yerden kesilmesine müsaade edilir. Ardından sol el ile sağ ayağa dokunulur. Bu hareketteki ritim değişene kadar vücudun her iki tarafı için bu hareket birer defa daha tekrar edilir. Bu hareket Beyin Dansı'nın özellikle "Merkezden Distale", "Orta Hat Çaprazlama" hareket modelleriyle ilişkilidir.
- 11. Hareket:** 3. hareket burada tekrarlanır.
- 12. Hareket:** 4. hareket burada tekrarlanır.
- 13. Hareket:** 5. hareket burada tekrarlanır.
- 14. Hareket:** 6. hareket burada tekrarlanır.
- 15. Hareket:** 7. hareket burada tekrarlanır.
- 16. Hareket:** 8. hareket burada tekrarlanır.
- 17. Hareket:** 9. hareket burada tekrarlanır.
- 18. Hareket:** 10. hareket burada tekrarlanır.
- 19. Hareket:** Ritmin yavaşlaması ile burada eller yukarı ve baş yukarı bakacak şekilde poz verilir. Bu sırada solunuma odaklanılır. Nefes alıp verirken eller vücudun yanına yavaşça indirilir. Bu hareket Beyin Dansı'nın özellikle "Solunum" ve "Üst Ekstremité/Alt Ekstremité" hareket modelleriyle ilişkilidir.

Gelişmesi hedeflenen beceriler:

- a) Duyusal farkındalık: Solunuma odaklanma yoluyla bireyin içsel bedensel duyuları (interoseptif farkındalık) tanıma ve ayırt etme becerisi desteklenir.
- b) Bedensel farkındalık ve postür kontrolü: Ellerin yukarı kaldırılması ve başın yukarı yönelmesi gibi hareketlerle dik duruş (postüral hizalanma) ve vücut farkındalığı geliştirilir.
- c) Duygudurumu düzenlemesi: Kontrollü solunum sayesinde parasempatik aktivasyon (sakinleşme, gevşeme) teşvik edilir; bu da stres regülasyonuna katkı sağlar.
- d) Duygusal düzenleme: Yavaşlatılmış ritim ve nefese odaklanma aracılığıyla bireyin duygusal durumunu fark etme ve dengeleme becerileri desteklenir.
- e) Dikkat: Dışsal uyaranlardan içsel deneyime yönelen dikkat ile sürdürülebilir odaklanma becerisi güçlendirilir.

3.5. İstatistiksel Analiz

Verilerin istatistiksel analizlerinde SPSS versiyon 23 programı kullanılmıştır. Ölçümle belirlenen değişkenler, ortalama±standart sapma ($X \pm SS$) olarak ifade edilmiş, sayımla belirlenen değişkenler için yüzde (%) değeri hesaplanmıştır. Sayısal verilerin değerlendirilmesinde minimum-maksimum değerleri, aritmetik ortalama ve standart sapma kullanılırken kategorik verilerin incelenmesinde ise frekans dağılımları ve yüzdeler kullanılmıştır. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında ise ki-kare (χ^2) testi kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu, görsel inceleme (histogram ve olasılık grafikleri) ve Shapiro-Wilk testi ile irdelenmiştir. Normal dağılım göstermeyen bağımlı gruplarda iki ölçümün karşılaştırılması için Wilcoxon işaretli sıralar testi, üç bağımlı değişkenin karşılaştırılması için ise Friedman testi kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen bağımsız gruplarda iki değişkenin karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi tercih edilmiştir. Tüm istatistiksel analizlerde anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Sosyodemografik Bulgular

Bu çalışma DHT grubu ve kontrol grubu ile toplamda 44 ÖÖB tanılı çocukla tamamlanmıştır. Çalışmaya katılan çocukların cinsiyet ve el tercihi dağılımları Tablo 4.1.'de verilmiştir. Gruplar karşılaştırıldığında, cinsiyet dağılımı ($p=0,75$) ya da dominant el tercihi ($p=0,66$) açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Bu bulgular, gruplarının cinsiyet ve el tercihi açısından homojen bir dağılıma sahip olduğunu ve bu demografik değişkenlerin olası grup farklılıklarını etkilemeyecek düzeyde dengeli dağıldığını göstermektedir.

Tablo 4.1. Çocukların cinsiyetleri ve el tercihi dağılımları.

	DHT grubu (n=22)		Kontrol grubu (n=22)		χ^2	p
	n	%	n	%		
Cinsiyet						
Erkek	14	64	13	59	0,09	0,75
Kadın	8	36	9	41		
Dominant el tercihi						
Sağ	15	68,2	16	72,7	0,84	0,66
Sol	3	13,6	4	18,2		
El tercihi yok	4	18,2	2	9,1		

Kategorik değişkenin birbiriyle olan ilişkilerinin incelenmesinde " χ^2 " çapraz tabloları kullanılmıştır. İstatistiksel olarak anlamlılık değeri $p<0,05$ kabul edilmiştir.

Çalışmaya katılan çocukların yaşları (yıl), eğitim süreleri (yıl), kardeş sayıları ve ÖÖB tanısı ile geçirilen süreleri (yıl) karşılaştırılmaktadır. Bu değişkenler, grupların demografik ve klinik açıdan başlangıçta benzer olup olmadığını değerlendirmek için incelenmiştir. DHT ve kontrol gruplarının söz konusu değişkenler bakımından benzer özelliklere sahip olduğu görülmüştür ($p>0,05$). Grupların sosyodemografik ve tıbbi durumlarının (ÖÖB tanısı ile geçirilen süre (yıl)) karşılaştırmasına ait bulgular Tablo 4.2.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.2. Çocukların yaşı, eğitim süreleri, kardeş sayısı, tanı süresi ortalamalarının karşılaştırılması.

	DHT grubu (n=22)		Kontrol grubu (n=22)		z	p
	$\bar{X} \pm SS$	Min-Maks	$\bar{X} \pm SS$	Min-Maks		
Yaş (yıl)	9,73±1,45	8-12	10,14±1,32	8-12	-0,97	0,33
Eğitim süresi (yıl)	3,64±1,32	2-6	4,14±1,32	2-6	-1,24	0,21
Kardeş sayısı	1,59±1,53	0-5	1,45±1,01	0-4	-0,12	0,9
Tanı süresi (yıl)	3,36±1,32	2-6	3,59±1,29	1-6	-0,88	0,38

Normal dağılıma sahip olmayan iki bağımsız grubun karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi (z tablo değeri) kullanılmıştır.

Min: En düşük, Maks: En yüksek

İstatistiksel olarak anlamlılık değeri $p < 0,05$ kabul edilmiştir.

4.2. Çocukların Anksiyete ve Depresyon Düzeylerine Ait Bulgular

Çocukların müdahale öncesi, sonrası ve 6 ay takibine ait anksiyete ve depresyon düzeyi puanları iki farklı test ile analiz edilmiştir. Verilerin üçlü karşılaştırılmasında Friedman testi kullanılırken, ikili karşılaştırılmalarında Wilcoxon işaretli sıralar testi kullanılmıştır. İstatistiksel açıdan anlamlılık değeri iki test için de $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Dans/hareket terapisi grubunun müdahale öncesi, müdahale sonrası ve 6 ay takip sonrası puanlarının ikili karşılaştırılmasında müdahale öncesine göre müdahale sonrasında anksiyete toplam puanı, majör depresif bozukluk puanı ve ÇADÖY-E toplam puanlarının düştüğü, çocukların anksiyete ve depresyon semptomlarının azaldığı ve bu azalmanın 6 ay takip sonrasında da korunduğu görülmüştür. ($p < 0,05$)

Dans/hareket terapisi grubunun müdahale öncesi, sonrası ve 6 ay takip sonrasına ait anksiyete toplam puanı, majör depresif bozukluk puanı ve ÇADÖY-E toplam puanları üçlü karşılaştırılmasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuş olup DHT grubuna ait bulgular Tablo 4.3.'de gösterilmektedir. ($p < 0,05$)

Kontrol grubunun müdahale öncesi, müdahale sonrası ve 6 ay takip sonrası anksiyete toplam puanı, majör depresif bozukluk puanı ve ÇADÖY-E toplam puanlarının benzer olduğu, çocukların depresyon ve anksiyete semptomunda değişim olmadığı görülmektedir. Kontrol grubuna ait bulgular Tablo 4.4.'de sunulmuştur. ($p < 0,05$)

Müdahale öncesi, müdahale sonrası ve 6 ay takip sonrası anksiyete toplam puanı, majör depresif bozukluk puanı ve ÇADÖY-E toplam puanlarının gruplar arası karşılaştırılmasına ait bulgular Tablo 4.5'te gösterilmiştir. Grupların müdahale öncesi depresyon ve anksiyete puanlarının benzer olduğu, müdahale sonrası ve 6 ay takip sonrası karşılaştırıldığında anlamlı fark olmamakla birlikte DHT grubunun kontrol grubundan daha düşük depresyon ve anksiyete puanına sahip olduğu tespit edilmiştir. ($p<0,05$)

Tablo 4.3. DHT grubunun müdahale öncesi, sonrası ve 6 ay takibine ait anksiyete ve depresyon düzeylerinin toplam ve alt ölçek puanlarının karşılaştırmaları.

ÇADÖY-E	Müdahale öncesi	Müdahale sonrası	6 ay takip sonrası	Müdahale öncesi ve sonrasındaki farklar		Müdahale öncesi ve 6 ay takip sonrasındaki farklar		Müdahale sonrası ve 6 ay takip sonrasındaki farklar		Müdahale öncesi, sonrası ve 6 ay takip sonrasındaki farklar ^b	
	M(Q1-Q3)	M(Q1-Q3)	M(Q1-Q3)	z	p	z	p	z	p	χ^2 (df)	p
Anksiyete Toplam Puanı (0-111)	29(24-35,5)	25(20,75-30,5)	27(22,75-29,5)	-2,599	0,009^a	-2,041	0,041^a	-1,393	0,164	8,33(2)	0,016^b
Majör Depresif Bozukluk Puanı (0-30)	11(8,75-12,25)	9(6,75-9)	8,5(6,75-9,25)	-2,455	0,014^a	-2,22	0,026^a	-0,537	0,591	12,84(2)	0,002^b
ÇADÖY-E Toplam Puanı (0-141)	39(33,5-48,5)	32(28,75-41,25)	33(30,5-40)	-2,763	0,006^a	-2,358	0,018^a	-1,288	0,198	7,71(2)	0,021^b

DHT grubunun müdahale öncesi, sonrası ve 6 ay takibine ait skorlarının ikili karşılaştırmasında Wilcoxon işaretli sıralar testi (z-tablo değeri) kullanılırken, üçlü karşılaştırmasında Friedman testi kullanılmıştır.

^a İstatistiksel olarak anlamlılık değeri $p < 0,05$ kabul edilmiştir (Wilcoxon işaretli sıralar testi).

^b İstatistiksel olarak anlamlılık değeri $p < 0,05$ kabul edilmiştir (Friedman testi)

Tablo 4.4. Kontrol grubunun müdahale öncesi, sonrası ve 6 ay takibine ait anksiyete ve depresyon düzeylerinin toplam ve alt ölçek puanlarının karşılaştırmaları.

ÇADÖY-E	Müdahale öncesi	Müdahale sonrası	6 ay takip sonrası	Müdahale öncesi ve sonrasındaki farklar		Müdahale öncesi ve 6 ay takip sonrasındaki farklar		Müdahale sonrası ve 6 ay takip sonrasındaki farklar		Müdahale öncesi, sonrası ve 6 ay takip sonrasındaki farklar	
	M(Q1-Q3)	M(Q1-Q3)	M(Q1-Q3)	z	p	z	p	z	p	χ^2 (df)	p
Anksiyete Toplam Puanı (0-111)	27,5(22,5-33,5)	26(22,75-30,5)	27,5(22,75-30)	-0,144	0,886	-0,977	0,329	-1,313	0,189	5,52(2)	0,063
Majör Depresif Bozukluk Puanı (0-30)	10(8,75-12)	10(6,75-12,25)	9,5(6,75-12)	-0,771	0,441	-1,316	0,188	-0,475	0,635	0,694(2)	0,707
ÇADÖY-E Toplam Puanı (0-141)	37,5(32,5-45)	35(32,75-40)	37(32,5-39,25)	-0,499	0,618	-0,906	0,365	-0,14	0,889	0,4(2)	0,821

Kontrol grubunun müdahale öncesi, sonrası ve 6 ay takibine ait skorlarının ikili karşılaştırmasında Wilcoxon işaretli sıralar testi (z-tablo değeri) kullanılırken, üçlü karşılaştırmasında Friedman testi kullanılmıştır.

^a İstatistiksel olarak anlamlılık değeri $p < 0,05$ kabul edilmiştir (Wilcoxon işaretli sıralar testi).

^b İstatistiksel olarak anlamlılık değeri $p < 0,05$ kabul edilmiştir (Friedman testi)

Tablo 4.5. Anksiyete ve depresyon düzeylerine ait toplam ve alt ölçek puanlarının ilk ve son değerlendirmelerindeki gruplar arası karşılaştırmaları.

ÇADÖY-E	DHT grubu müdahale öncesi	Kontrol grubu müdahale öncesi	Grupların müdahale öncesindeki farklarının z ve p değerleri		DHT grubu müdahale sonrası	Kontrol grubu müdahale sonrası	Grupların müdahale sonrasındaki farklarının z ve p değerleri		DHT grubu 6 ay takip sonrası	Kontrol grubu 6 ay takip sonrası	Grupların 6 ay takip sonrasındaki farklarının z ve p değerleri	
	M(Q1-Q3)	M(Q1-Q3)	z	p	M(Q1-Q3)	M(Q1-Q3)	z	p	M(Q1-Q3)	M(Q1-Q3)	z	p
Anksiyete Toplam Puanı (0-111)	29(24-35,5)	27,5(22,5-33,5)	-0,8	0,424	25(20,75-30,5)	26(22,75-30,5)	-0,565	0,572	27(22,75-29,5)	27,5(22,75-30)	-0,506	0,613
Majör Depresif Bozukluk Puanı (0-30)	11(8,75-12,25)	10(8,75-12)	-0,45	0,653	9(6,75-9)	10(6,75-12,25)	-1,717	0,086	8,5(6,75-9,25)	9,5(6,75-12)	-0,898	0,369
ÇADÖY-E Toplam Puanı (0-141)	39(33,5-48,5)	37,5(32,5-45)	-0,728	0,466	32(28,75-41,25)	35(32,75-40)	-1,364	0,173	33(30,5-40)	37(32,5-39,25)	-0,717	0,473

Normal dağılımına sahip olmayan iki bağımsız grubun karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (z-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

^a İstatistiksel olarak anlamlılık değeri $p < 0,05$ kabul edilmiştir.

4.3. Çocukların Benlik Saygısı Düzeylerine Ait Bulgular

Çocukların müdahale öncesi, sonrası ve 6 ay takibine ait benlik saygısı düzeyi puanları iki farklı istatistiksel yöntemle analiz edilmiştir. Verilerin üçlü karşılaştırılmasında Friedman testi kullanılırken, ikili karşılaştırılmalarında Wilcoxon işaretli sıralar testi kullanılmıştır. İstatistiksel açıdan anlamlılık değeri iki test için de $p<0,05$ olarak belirlenmiştir.

Dans/hareket terapisi grubuna ait müdahale öncesi, müdahale sonrası ve 6 ay takip verilerinin ikili karşılaştırmalarında, müdahale sonrası CBSE alt boyut ve toplam puanlarında müdahale öncesine göre artış saptanmıştır. Bu bulgular, DHT uygulamasının çocukların benlik saygısını artırdığını ve bu etkinin 6 ay sonrasında da sürdüğünü göstermektedir. ($p<0,05$)

Dans/hareket terapisi grubunun müdahale öncesi, sonrası ve 6 ay takip sonrasına ait CBSE alt boyut ve CBSE toplam puanlarının üçlü karşılaştırılmasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuş olup DHT grubuna ait bulgular Tablo 4.6.'de gösterilmektedir. ($p<0,05$)

Kontrol grubunun ise müdahale öncesi, sonrası ve 6 ay takip sürecinde CBSE alt boyut ve toplam puanlarında belirgin bir değişiklik görülmemiştir. Bu durum, kontrol grubundaki çocukların benlik saygısı düzeylerinin zaman içerisinde sabit kaldığını göstermektedir. Kontrol grubuna ait bulgular Tablo 4.7'de yer almaktadır. ($p<0,05$)

Gruplar arası karşılaştırmalarda ise müdahale öncesi benlik saygısı düzeylerinin her iki grup için benzer olduğu; ancak müdahale sonrası ve 6 ay takip sonrası dönemlerinde DHT grubunun, kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamı düzeyde daha yüksek benlik saygısı puanlarına sahip olduğu belirlenmiştir. Bu karşılaştırmaya ait sonuçlar Tablo 4.8'de gösterilmiştir. ($p<0,05$)

Tablo 4.6. DHT grubunun müdahale öncesi, sonrası ve 6 ay takibine ait Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırmaları.

Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri (CBSE)	Müdahale öncesi	Müdahale sonrası	6 ay takip sonrası	Müdahale öncesi ve sonrasındaki farklar		Müdahale öncesi ve 6 ay takip sonrasındaki farklar		Müdahale sonrası ve 6 ay takip sonrasındaki farklar		Müdahale öncesi, sonrası ve 6 ay takip sonrasındaki farklar ^b	
	M(Q1-Q3)	M(Q1-Q3)	M(Q1-Q3)	z	p	z	p	z	p	χ^2 (df)	p
Genel Benlik Saygısı (0-52)	15,5(14-18,25)	18(16-22)	18(16-21,5)	-4,018	0,001^a	-4,036	0,001^a	-0,577	0,564	34,81(2)	0,001^b
Sosyal Benlik Saygısı (0-16)	6,5(5-8,25)	8(7-10)	9(7-10)	-4,005	0,001^a	-3,965	0,001^a	-0,973	0,33	36,49(2)	0,001^b
Ev-Aile Benlik Saygısı (0-16)	9(7,5-10)	10(8-12)	10(8,75-11,25)	-3,095	0,002^a	-3,505	0,001^a	-0,298	0,765	16,8(2)	0,001^b
Akademik Benlik Saygısı (0-16)	6(6-8,25)	9(8-9,25)	8,5(8-9,25)	-3,873	0,001^a	-3,477	0,001^a	-0,677	0,498	30,98(2)	0,001^b
CBSE Toplam Puanı (0-100)	36(33,75-44,25)	45,5(40,75-51,25)	44,5(41,75-51,5)	-4,111	0,001^a	-4,117	0,001^a	-0,312	0,755	35,41(2)	0,001^b

DHT grubunun müdahale öncesi, sonrası ve 6 ay takibine ait skorlarının ikili karşılaştırmasında Wilcoxon işaretli sıralar testi (z-tablo değeri) kullanılırken, üçlü karşılaştırmasında Friedman testi kullanılmıştır.

^a İstatistiksel olarak anlamlılık değeri $p < 0,05$ kabul edilmiştir (Wilcoxon işaretli sıralar testi).

^b İstatistiksel olarak anlamlılık değeri $p < 0,05$ kabul edilmiştir (Friedman testi)

Tablo 4.7. Kontrol grubunun müdahale öncesi, sonrası ve 6 ay takibine ait Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırmaları.

Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri (CBSE)	Müdahale öncesi	Müdahale sonrası	6 ay takip sonrası	Müdahale öncesi ve sonrasındaki farklar		Müdahale öncesi ve 6 ay takip sonrasındaki farklar		Müdahale sonrası ve 6 ay takip sonrasındaki farklar		Müdahale öncesi, sonrası ve 6 ay takip sonrasındaki farklar ^b	
	M(Q1-Q3)	M(Q1-Q3)	M(Q1-Q3)	z	p	z	p	z	p	χ^2 (df)	p
Genel Benlik Saygısı (0-52)	15(13,75-19)	16(13-19)	16(13-18)	-0,816	0,415	-0,264	0,791	-0,026	0,979	0,37(2)	0,831
Sosyal Benlik Saygısı (0-16)	6,5(5-9)	7(5-8,25)	7(5-8,25)	-0,632	0,527	-0,877	0,38	-1	0,317	0,36(2)	0,834
Ev-Aile Benlik Saygısı (0-16)	8(7-9,25)	9(7,75-9)	9(7,75-9)	-0,496	0,62	-0,728	0,467	-0,142	0,887	2,76(2)	0,251
Akademik Benlik Saygısı (0-16)	7,5(7-8,25)	7,5(7-9)	7(7-9)	-0,247	0,805	-0,312	0,755	-0,432	0,666	0,31(2)	0,856
CBSE Toplam Puanı (0-100)	37(33,75-46)	38(35-42,25)	38(34,75-43)	-0,722	0,47	-0,843	0,399	-0,096	0,924	3,12(2)	0,21

Kontrol grubunun müdahale öncesi, sonrası ve 6 ay takibine ait skorlarının ikili karşılaştırmasında Wilcoxon işaretli sıralar testi (z-tablo değeri) kullanılırken, üçlü karşılaştırmasında Friedman testi kullanılmıştır.

^a İstatistiksel olarak anlamlılık değeri $p < 0,05$ kabul edilmiştir (Wilcoxon işaretli sıralar testi).

^b İstatistiksel olarak anlamlılık değeri $p < 0,05$ kabul edilmiştir (Friedman testi)

Tablo 4.8. Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri toplam ve alt boyut puanlarının ilk ve son değerlendirmelerindeki gruplar arası karşılaştırmaları.

Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri (CBSE)	DHT grubu müdahale öncesi	Kontrol grubu müdahale öncesi	Grupların müdahale öncesindeki farklarının z ve p değerleri		DHT grubu müdahale sonrası	Kontrol grubu müdahale sonrası	Grupların müdahale sonrasındaki farklarının z ve p değerleri		DHT grubu 6 ay takip sonrası	Kontrol grubu 6 ay takip sonrası	Grupların 6 ay takip sonrasındaki farklarının z ve p değerleri	
	M(Q1-Q3)	M(Q1-Q3)	z	p	M(Q1-Q3)	M(Q1-Q3)	z	p	M(Q1-Q3)	M(Q1-Q3)	z	p
Genel Benlik Saygısı (0-52)	15,5(14-18,25)	15(13,75-19)	-0,284	0,777	18(16-22)	16(13-19)	-2,134	0,033^a	18(16-21,5)	16(13-18)	-2,166	0,03^a
Sosyal Benlik Saygısı (0-16)	6,5(5-8,25)	6,5(5-9)	-0,405	0,685	8(7-10)	7(5-8,25)	-2,45	0,014^a	9(7-10)	7(5-8,25)	-2,746	0,006^a
Ev-Aile Benlik Saygısı (0-16)	9(7,5-10)	8(7-9,25)	-0,455	0,649	10(8-12)	9(7,75-9)	-2,67	0,008^a	10(8,75-11,25)	9(7,75-9)	-2,793	0,005^a
Akademik Benlik Saygısı (0-16)	6(6-8,25)	7,5(7-8,25)	-0,1591	0,112	9(8-9,25)	7,5(7-9)	-2,726	0,006^a	8,5(8-9,25)	7(7-9)	-2,382	0,017^a
CBSE Toplam Puanı (0-100)	36(33,75-44,25)	37(33,75-46)	-0,247	0,805	45,5(40,75-51,25)	38(35-42,25)	-3,432	0,001^a	44,5(41,75-51,5)	38(34,75-43)	-3,441	0,001^a

Normal dağılımına sahip olmayan iki bağımsız grubun karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (z-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

^a İstatistiksel olarak anlamlılık değeri $p < 0,05$ kabul edilmiştir

4.4. Çocukların Sosyal Becerileri Düzeylerine Ait Bulgular

Çocukların müdahale öncesi, sonrası ve 6 ay takibine ait sosyal beceri düzeyi iki farklı test ile analiz edilmiştir. Verilerin üçlü karşılaştırılmasında Friedman testi kullanılırken, ikili karşılaştırmalarında Wilcoxon işaretli sıralar testi kullanılmıştır. İstatistiksel açıdan anlamlılık değeri iki test için de $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Dans/hareket terapisi grubunun müdahale öncesi, müdahale sonrası ve 6 ay takip sonrası puanlarının ikili karşılaştırmasında müdahale öncesine göre müdahale sonrasında SBDÖ alt ölçek ve SBDÖ toplam puanlarının arttığı, çocukların sosyal becerilerinin geliştiği ve bu gelişimin de 6 ay takip sonrasında da korunduğu görülmüştür. ($p<0,05$)

Dans/hareket terapisi grubunun müdahale öncesi, sonrası ve 6 ay takip sonrasına ait SBDÖ alt ölçek ve SBDÖ toplam puanlarının üçlü karşılaştırmasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuş olup DHT grubuna ait bulgular Tablo 4.9.'de gösterilmektedir. ($p<0,05$)

Kontrol grubunun müdahale öncesi, müdahale sonrası ve 6 ay takip sonrası SBDÖ alt ölçek ve SBDÖ toplam puanlarının benzer olduğu, çocukların sosyal beceri düzeylerinde değişim olmadığı görülmektedir. Kontrol grubuna ait bulgular Tablo 4.10.'de sunulmuştur. ($p<0,05$)

Müdahale öncesi, müdahale sonrası ve 6 ay takip sonrası SBDÖ alt ölçek ve SBDÖ toplam puanlarının gruplar arası karşılaştırılmasına ait bulgular Tablo 4.11'de gösterilmiştir. Grupların müdahale öncesi sosyal beceri düzeyi puanlarının benzer olduğu, müdahale sonrası ve 6 ay takip sonrası karşılaştırıldığında anlamlı fark olmamakla birlikte DHT grubunun kontrol grubundan daha yüksek sosyal beceri düzeyi puanlarına sahip olduğu gözlemlenmiş ancak istatistiksel yönden anlamlı bir fark görülmemiştir. ($p<0,05$)

Tablo 4.9. DHT grubunun müdahale öncesi, sonrası ve 6 ay takibine ait Sosyal Becerileri Değerlendirme Ölçeği toplam ve alt ölçek puanlarının karşılaştırmaları.

Sosyal Becerileri Değerlendirme Ölçeği (SBDÖ)	Müdahale öncesi	Müdahale sonrası	6 ay takip sonrası	Müdahale öncesi ve sonrasındaki farklar		Müdahale öncesi ve 6 ay takip sonrasındaki farklar		Müdahale sonrası ve 6 ay takip sonrasındaki farklar		Müdahale öncesi, sonrası ve 6 ay takip sonrasındaki farklar ^b	
	M(Q1-Q3)	M(Q1-Q3)	M(Q1-Q3)	z	p	z	p	z	p	χ^2 (df)	p
TSB (13-65)	34(27-40,25)	36,5(32,75-45)	36(32,75-46)	-3,292	0,001^a	-3,235	0,001^a	-1,732	0,083	19,84(2)	0,001^b
TKB (4-20)	10,5(8,75-12,5)	11,5(10-14,25)	11,5(9-14,25)	-2,516	0,012^a	-2,347	0,019^a	-1,414	0,157	13,85(2)	0,001^b
İKB (5-25)	11(8-13)	11(9-13)	11(9-12,25)	-2,828	0,005^a	-2,111	0,035^a	-0,577	0,564	10,36(2)	0,006^b
İBB (5-25)	15(12,75-17,25)	15,5(13,75-19,25)	15,5(13-18,25)	-2,49	0,013^a	-2,177	0,029^a	-0,816	0,414	10,13(2)	0,006^b
İSB (6-30)	20(16,75-25,25)	22(17,5-25)	21(19-25)	-2,511	0,012^a	-2,447	0,014^a	-1,37	0,171	16,12(2)	0,001^b
GİYB (7-35)	22,5(19-29,25)	24,5(20-29)	25(20-29,25)	-2,573	0,010^a	-2,151	0,031^a	-1,214	0,225	7,69(2)	0,021^b
DB (6-30)	17,5(16-21)	20,5(15,75-22)	20,50(15,75-21,25)	-3,011	0,003^a	-2,622	0,009^a	-1,732	0,083	14,63(2)	0,001^b
KKEB (6-30)	19(14-21)	18(16,75-22)	18(16-21,25)	-2,334	0,02^a	-2,076	0,038^a	-1,732	0,083	7,05(2)	0,03^b
SDBÇB (4-20)	12(10,75-14)	12,5(12-14,25)	12,5(12-14,5)	-2,671	0,008^a	-2,214	0,027^a	-1,342	0,18	10,03(2)	0,007^b
SKEB (3-15)	8(6,75-10)	9(7-11)	10(8-11,25)	-2,997	0,003^a	-2,177	0,029^a	-0,159	0,874	9,59(2)	0,008^b
YVB (4-20)	14(11,75-15,5)	15(12-16,25)	15(12-16,25)	-2,84	0,005^a	-2,714	0,007^a	1,414	0,157	14,97(2)	0,001^b
BB (6-30)	17,5(15-19,25)	18,5(17-20,25)	19,5(15,75-22,5)	-3,271	0,001^a	-2,349	0,019^a	-0,141	0,888	17,45(2)	0,001^b
SBDÖ Toplam Puanı (69-345)	206,5(179-224,75)	222,5(188,75-238,75)	219,5(190-245,5)	-4,017	0,001^a	-4,016	0,001^a	-0,374	0,708	27,64(2)	0,001^b

DHT grubunun müdahale öncesi, sonrası ve 6 ay takibine ait skorlarının ikili karşılaştırmasında Wilcoxon işaretli sıralar testi (z-tablo değeri) kullanılırken, üçlü karşılaştırmasında Friedman testi kullanılmıştır.

^a İstatistiksel olarak anlamlılık değeri $p < 0,05$ kabul edilmiştir (Wilcoxon işaretli sıralar testi).

^b İstatistiksel olarak anlamlılık değeri $p < 0,05$ kabul edilmiştir (Friedman testi)

Tablo 4.10. Kontrol grubunun müdahale öncesi, sonrası ve 6 ay takibine ait Sosyal Becerileri Değerlendirme Ölçeği toplam ve alt ölçek puanlarının karşılaştırmaları.

Sosyal Becerileri Değerlendirme Ölçeği (SBDÖ)	Müdahale öncesi	Müdahale sonrası	6 ay takip sonrası	Müdahale öncesi ve sonrasındaki farklar		Müdahale öncesi ve 6 ay takip sonrasındaki farklar		Müdahale sonrası ve 6 ay takip sonrasındaki farklar		Müdahale öncesi, sonrası ve 6 ay takip sonrasındaki farklar ^b	
	M(Q1-Q3)	M(Q1-Q3)	M(Q1-Q3)	z	p	z	p	z	p	χ^2 (df)	p
TSB (13-65)	33,5(27,5-38,25)	33(28-41)	33(28,75-40,75)	-1,157	0,247	-0,946	0,344	-0,359	0,719	19,53(2)	0,377
TKB (4-20)	11(9,75-13)	10(9-12)	10(9-12,5)	-0,986	0,324	-0,892	0,372	-0,473	0,636	2,03(2)	0,363
İKB (5-25)	10,5(9-12)	11(10-12,25)	11(10-12)	-1,765	0,078	-0,438	0,661	-0,465	0,642	4,38(2)	0,112
İBB (5-25)	15(12,75-19,25)	16(13-19,5)	15,5(13-18,25)	-1,737	0,082	-1,186	0,236	-0,262	0,793	5,2(2)	0,074
İSB (6-30)	19,5(15,75-25,25)	20(17,75-23)	19(17-23)	-0,36	0,719	-0,575	0,565	-0,238	0,812	0,8(2)	0,668
GİYB (7-35)	24(19-26,25)	21(18-24,75)	22,5(19,25-26,25)	-1,432	0,152	-0,162	0,872	-1,582	0,114	2,42(2)	0,297
DB (6-30)	20(16-21)	20(16,75-21)	20(15,75-21)	-1,03	0,303	-0,467	0,641	-0,944	0,345	0,63(2)	0,729
KKEB (6-30)	17,5(15-23)	18(16-21)	18(16-21)	-0,451	0,652	-0,7	0,484	-0,2	0,842	0,53(2)	0,767
SDBÇB (4-20)	11,5(10,75-14)	12(11-14)	12(11-14)	-1,642	0,101	-1,046	0,296	-0,543	0,587	5,68(2)	0,058
SKEB (3-15)	9(7,75-10,25)	9,5(8,75-10,25)	10(8-11,25)	-1,159	0,246	-0,41	0,682	-0,536	0,592	2(2)	0,368
YVB (4-20)	13(12-16)	14(12-17,25)	14(11-16,25)	-0,911	0,362	-0,346	0,729	-1,081	0,28	2,46(2)	0,291
BB (6-30)	16,5(15-19)	17(15-19)	17(15-19,25)	-1,151	0,25	-0,405	0,686	-0,498	0,618	1,31(2)	0,52
SBDÖ Toplam Puanı (69-345)	208,5(184,5-219,5)	210,5(185,5-223,5)	206(184-230)	-0,75	0,453	-1,087	0,277	-0,292	0,77	0,45(2)	0,8

Kontrol grubunun müdahale öncesi, sonrası ve 6 ay takibine ait skorlarının ikili karşılaştırmasında Wilcoxon işaretli sıralar testi (z-tablo değeri) kullanılırken, üçlü karşılaştırmasında Friedman testi kullanılmıştır.

^a İstatistiksel olarak anlamlılık değeri $p < 0,05$ kabul edilmiştir (Wilcoxon işaretli sıralar testi).

^b İstatistiksel olarak anlamlılık değeri $p < 0,05$ kabul edilmiştir (Friedman testi)

Tablo 4.11. Sosyal Becerileri Değerlendirme Ölçeği toplam ve alt ölçek puanlarının ilk ve son değerlendirmelerindeki gruplar arası karşılaştırmaları.

Sosyal Becerileri Değerlendirme Ölçeği (SBDÖ)	DHT grubu müdahale öncesi	Kontrol grubu müdahale öncesi	Grupların müdahale öncesindeki farklarının z ve p değerleri		DHT grubu müdahale sonrası	Kontrol grubu müdahale sonrası	Grupların müdahale sonrasındaki farklarının z ve p değerleri		DHT grubu 6 ay takip sonrası	Kontrol grubu 6 ay takip sonrası	Grupların 6 ay takip sonrasındaki farklarının z ve p değerleri	
	M(Q1-Q3)	M(Q1-Q3)	z	p	M(Q1-Q3)	M(Q1-Q3)	z	p	M(Q1-Q3)	M(Q1-Q3)	z	p
TSB (13-65)	34(27-40,25)	33,5(27,5-38,25)	-0,494	0,621	36,5(32,75-45)	33(28-41)	-1,813	0,07	36(32,75-46)	33(28,75-40,75)	-1,693	0,091
TKB (4-20)	10,5(8,75-12,5)	11(9,75-13)	-0,58	0,562	11,5(10-14,25)	10(9-12)	-1,395	0,163	11,5(9-14,25)	10(9-12,5)	-0,797	0,426
İKB (5-25)	11(8-13)	10,5(9-12)	-0,13	0,896	11(9-13)	11(10-12,25)	-0,285	0,776	11(9-12,25)	11(10-12)	-0,012	0,99
İBB (5-25)	15(12,75-17,25)	15(12,75-19,25)	-0,354	0,724	15,5(13,75-19,25)	16(13-19,5)	-0,035	0,972	15,5(13-18,25)	15,5(13-18,25)	-0,083	0,934
İSB (6-30)	20(16,75-25,25)	19,5(15,75-25,25)	-0,436	0,663	22(17,5-25)	20(17,75-23)	-0,625	0,532	21(19-25)	19(17-23)	-1,523	0,128
GİYB (7-35)	22,5(19-29,25)	24(19-26,25)	-0,4	0,689	24,5(20-29)	21(18-24,75)	-1,801	0,072	25(20-29,25)	22,5(19,25-26,25)	-1,118	0,264
DB (6-30)	17,5(16-21)	20(16-21)	-0,5	0,617	20,5(15,75-22)	20(16,75-21)	-0,531	0,595	20,50(15,75-21,25)	20(15,75-21)	-0,296	0,767
KKEB (6-30)	19(14-21)	17,5(15-23)	-0,659	0,51	18(16,75-22)	18(16-21)	-0,508	0,612	18(16-21,25)	18(16-21)	-0,544	0,586
SDBÇB (4-20)	12(10,75-14)	11,5(10,75-14)	-0,119	0,905	12,5(12-14,25)	12(11-14)	-1,156	0,248	12,5(12-14,5)	12(11-14)	-1,074	0,283
SKEB (3-15)	8(6,75-10)	9(7,75-10,25)	-1,674	0,094	9(7-11)	9,5(8,75-10,25)	-0,665	0,506	10(8-11,25)	10(8-11,25)	-0,142	0,887
YVB (4-20)	14(11,75-15,5)	13(12-16)	-0,024	0,981	15(12-16,25)	14(12-17,25)	-0,035	0,972	15(12-16,25)	14(11-16,25)	-0,627	0,531
BB (6-30)	17,5(15-19,25)	16,5(15-19)	-0,603	0,546	18,5(17-20,25)	17(15-19)	-1,797	0,072	19,5(15,75-22,5)	17(15-19,25)	-1,415	0,157
SBDÖ Toplam Puanı (69-345)	206,5(179-224,75)	208,5(184,5-219,5)	-0,117	0,907	224,75	210,5(185,5-223,5)	-1,549	0,121	219,5(190-245,5)	206(184-230)	-1,385	0,166

Normal dağılımına sahip olmayan iki bağımsız grubun karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (z-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

^a İstatistiksel olarak anlamlılık değeri $p < 0,05$ kabul edilmiştir.

5. TARTIŞMA

Bu çalışma, ÖÖB tanısı konmuş çocuklarda GEDME stili ile planlanan DHT'nin psikososyal etkilerini incelemek amacıyla yürütülmüştür. Kontrol grubuyla karşılaştırıldığında, rutin özel eğitim programına eklenen DHT uygulamasının, ÖÖB tanılı çocukların anksiyete ve depresyon semptomlarını azaltmada, benlik saygısını güçlendirmede ve sosyal becerilerini geliştirmede anlamlı ve olumlu etkiler yarattığı belirlenmiştir.

Çocukların öğrenme süreçlerinin yalnızca bireysel bilişsel yetenekleriyle değil aynı zamanda içinde buldukları sosyal, kültürel ve demografik bağlamla da şekillendiği bilinmektedir (194). Özellikle öğrenme bozukluğu olan çocuklarda sosyodemografik faktörlerin tanı konma sürecinden akademik başarıya, sosyal katılımdan psikolojik iyi oluşa kadar pek çok alanda önemli belirleyici unsurlar arasında yer aldığı belirtilmiştir (194, 195). Çalışmamızda gerçekleştirilen tabakalı randomizasyon sonucunda, gruplar arasında cinsiyet dağılımının benzer olduğu, ancak her iki grupta da erkek çocukların sayıca kız çocuklarına göre daha fazla olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu, ÖÖB'nin erkek çocuklarda daha yüksek oranda raporlandığını ortaya koyan önceki araştırmalarla uyum göstermektedir (66, 196, 197). Quinn ve ark. yaptığı bir çalışmada ÖÖB tanısı alan çocukların yaklaşık %60-70'inin erkek olduğunu bildirmiştir (197). Quinn ve arkadaşları tarafından 2018 yılında yayımlanan bir meta-analiz çalışmasında ise erkeklerde okuma bozukluğu görülme olasılığının kadınlara kıyasla 1,83 kat daha yüksek olduğu rapor edilmiştir (196). Benzer şekilde, Büber ve ark. 2020 yılında Türkiye örnekleminde yürütülen bir çalışmada da erkek çocuklarda ÖÖB'ye daha sık rastlanıldığını belirtmiştir (66). Bu farkın erkek çocukların davranışsal semptomlarının öğretmenler ve ebeveynler tarafından daha kolay fark edilmesine bağlı olabileceği ileri sürülmektedir (197).

El tercihi açısından değerlendirildiğinde, genel çocuk popülasyonunda sağ el dominantlığının %85-90 oranında olduğu rapor edilirken, ÖÖB tanısı alan çocuklarda bu oranın %73,3 olduğu görülmektedir (198, 199). Çalışmamızın bulgularına göre her iki grupta da çocukların büyük çoğunluğunun sağ el dominantlığına sahip olduğu ve

gruplar arasında sağ el dominantlığı açısından anlamlı bir fark bulunmadığı, örneklem dağılımının ise genel popülasyon normlarına yakın olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmamıza dahil edilen DHT ve kontrol gruplarının demografik olarak benzer özellikler gösterdiği belirlenmiştir. Her iki gruptaki çocukların yaşları, aldıkları eğitim süreleri, kardeş sayıları ve ÖÖB tanısı alma süreleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu nedenle, bulguların yorumlanmasında gruplar arası demografik farklılıkların sonuçlar üzerindeki etkisinin minimal olduğu söylenebilir. Genel olarak değerlendirildiğinde, çalışmanın sosyodemografik örnekleminin literatürle uyumlu bir dağılım gösterdiği ve gruplar arası karşılaştırmalarda istatistiksel farklılıkların bulunmaması, müdahale etkisinin değerlendirilmesi açısından sağlam bir temel oluşturduğu söylenebilir (66, 196-199). Bu da DHT müdahalesi sürecinde elde edilen kazanımların, demografik değişkenlerden bağımsız olarak gözlemlenebileceğini desteklemektedir.

Yapılan literatür taramasına göre ÖÖB olan çocuklarda DHT'yi uygulayan sınırlı sayıda çalışma tespit edilmiştir (24-27, 200). Bafra ve Ekici'nin disleksili çocuklarda 4 hafta boyunca, haftada 3 defa olmak üzere 12 seans süreyle DHT kapsamında uyguladığı yaratıcı dans eğitiminin motor performans, yürütücü işlevler ve aktivite rutinleri üzerine olumlu etkisi olduğu bildirilmiştir (26). Benzer şekilde Doğan ve Akel'in 2021 yılında yayınladıkları vaka raporunda disleksi tanılı 2 çocuğa 5 seans uyguladıkları DHT'nin bireylerin motor performanslarına olumlu katkılar yaptığını göstermiştir (25). Couper ise ÖÖB olan çocuklarda 8 seans uyguladığı DHT'nin motor performans üzerine etkilerini incelemiştir. DHT uygulanan grubun ve duyu bütünleme terapisi alan kontrol grubunun motor becerilerinde anlamlı artış gözlenmiştir (27). Sakellariou ve ark., anaokulu çağındaki ÖÖB tanısı olan çocuklara yönelik olarak 6 ay süreyle uyguladıkları DHT'nin genel sınıf ortamında beceri gelişimlerine katkı sağlayıp sağlamadığını inceleyen nitel bir araştırma yürütmüşlerdir. Bu uygulamanın sonucunda çocukların duygularını ifade etme ve konuşma becerilerinde anlamlı düzeyde ilerleme gözlemlenmiştir (200). Çalışmamızın, söz konusu çalışmalarla popülasyon ve uygulama yöntemleri açısından benzerlikler taşımasına rağmen, kullanılan değerlendirme parametrelerindeki farklılıklar nedeniyle doğrudan bir karşılaştırma yapılması mümkün olmamıştır (25-

27, 200). Buna karşılık, değerlendirme parametreleri açısından bakıldığında, bir alanda benzerliği bulunan Cofini ve ark.'nın ÖÖB tanısı almış çocuklarda dans terapisinin benlik saygısı, dikkat becerileri ve duyguları tanıma üzerindeki etkilerini incelediği araştırmada, 6 ay süresince haftada bir gerçekleştirilen ve her biri 60 dakika süren toplam 18 seanstan oluşan bir müdahale protokolü uygulanmıştır. Bu çalışmada uzun dönemli takip değerlendirmesi gerçekleştirilmemiştir. Uygulanan tedavinin benlik saygısını, kişilerarası ilişkileri, dikkati, konsantrasyonu ve duyguları tanımayı geliştirmek için etkili bir yöntem olduğu vurgulanmıştır (24). Bizim çalışmamızda ise benlik saygısının gelişimi açısından elde edilen iyileşmenin Cofini ve ark.'nın çalışmasıyla kıyaslandığında daha kısa bir süre zarfında ve daha az sayıda seans ile gerçekleştiğini ortaya koymuştur. Elde edilen bulgulara dayanarak, ÖÖB tanısı almış çocuklarda benlik saygısının gelişimi açısından 8 hafta boyunca uygulanan 16 seanslık DHT müdahalesinin yeterli olabileceği sonucuna varılabilir. Ayrıca, çalışmamızda yürütülen takip değerlendirmesi sayesinde, DHT'nin ÖÖB tanılı çocuklardaki etkilerinin uzun dönemli takibi açısından literatüre önemli bir katkı sunulmaktadır. Bu yönüyle çalışmamız, DHT uygulamalarının etkililiğine ve uzun dönemli sürdürülebilirliğine ilişkin literatürdeki bilgi birikimini genişletmektedir. Illsley'in 2023 yılında tamamladığı doktora tezi kapsamında gerçekleştirilen ve 8 katılımcının dahil edildiği çalışmada, öğrenme bozukluğu tanısı almış erişkin bireylerin dansa katılım deneyimleri yalnızca nitel analiz yöntemi kullanılarak incelenmiştir. Araştırma bulguları, dansa katılımın sosyal etkileşimi güçlendirme, başarı hissini artırma ve performans deneyimlerini destekleme gibi olumlu etkiler sunduğunu ortaya koymuştur. Bu bağlamda, dansın ÖÖB tanısı almış yetişkinlerin sosyal, fiziksel ve duygusal iyilik hâllerini destekleyebileceği sonucuna ulaşılmıştır. Bununla birlikte gelecek araştırmalar için daha geniş örneklemelerin dahil edilmesi ve uzun dönemli takip değerlendirmelerinin yapılması önerilmiştir (201). Bu çalışmaya kıyasla geniş bir örneklemin dahil edilmesi ve uzun dönemli takiplerle niceliksel sonuçların raporlanması açısından çalışmamız, literatüre önemli bir katkı sunmaktadır.

Literatüre baktığımızda ÖÖB tanılı bireylerin akademik güçlüklerle başa çıkmaya çalışırken, aynı zamanda psikolojik ve duygusal zorluklarla karşı karşıya kaldığı görülmektedir (104, 202, 203). Özellikle ÖÖB olan öğrencilerin, daha düşük benlik saygılarına sahip olmaları, akranları tarafından daha az sosyal kabul görmeleri

ve daha kaygılı olmaları nedeniyle ruhsal bozukluklar geliştirme riskinin daha yüksek olduğu iyi bilinmektedir. Bu çocukların yaşadıkları zorlukların depresyon, anksiyete ve sosyal geri çekilme gibi ruhsal bozuklukların gelişim riskini artırdığı gösterilmiştir (104, 204). ÖÖB tanılı çocuklar, akademik performans düşüklüğü, sosyal izolasyon ve tekrarlayan başarısızlık deneyimleri nedeniyle anksiyete ve depresyon gibi psikolojik sorunlara daha yatkın hale gelebilmektedir (203). Maag ve Reid tarafından yapılan bir meta-analizin sonuçlarına göre, ÖÖB olan öğrencilerin depresyon puanlarının ÖÖB olmayan akranlarına göre daha yüksek olduğunu, ancak bu farkın onları büyük bir duygudurum bozukluğunun klinik aralığına sokacak kadar yeterli olmayabileceğini ortaya koymuştur (202). Nelson ve Harwood ise 3.000'in üzerinde katılımcıyla yürütülmüş elli sekiz çalışmayı kapsayan bir meta-analizde, öğrenme bozukluklarıyla ile anksiyete arasında anlamlı bir ilişki bulmuşlardır. Bu çalışmada, ÖÖB tanısı almış çocukların %70'inden fazlasının anlamlı düzeyde anksiyete yaşadığı bildirilmiştir (203). Bu bulgu, anksiyetenin ÖÖB tanılı çocuklarda sık görülen bir eş tanı (komorbidite) olduğunu ve hem genel işlevsellik hem de akademik performans üzerinde olumsuz etkiler yaratabileceğini göstermektedir (103). Ayrıca, düşük benlik saygısı ve akran ilişkilerinde yaşanan güçlükler gibi duygusal ve sosyal sorunlar da ÖÖB olan çocuklarda anksiyete düzeylerini artıran diğer önemli etmenlerdendir (82). Sender ve ark. öğrenme bozukluklarının benlik saygısıyla anlamlı şekilde ilişkili olduğunu belirtmiştir (205). McBride, ÖÖB tanılı çocukların mevcut becerilerini olumsuz şekilde içselleştirme eğiliminde olduğunu vurgulamaktadır. Bu çocuklarda düşük benlik saygısının yaygın olduğunu ve bunun, okulda tekrar eden başarısızlıklar ile yetersizlik hissine yol açan bir döngü oluşturduğunu belirtmektedir. Bu döngü, özellikle akademik başarının ön planda tutulduğu kültürlerde daha belirgin hâle geldiği bildirilmiştir (206). Bunun yanında dans ve hareket temelli müdahalelerin ise çocukların benlik saygısını gelişimini destekleyebileceği bilinmektedir (207). Moula ve ark. 'nın, 2022 yılında okul öncesi ve ilkökul çocuklarıyla gerçekleştirdikleri, 8 hafta boyunca hafta 1 defa olacak şekilde uyguladıkları 8 seanslık DHT uygulamasının sonunda, çalışmaya katılan çocukların görüşleri niteliksel olarak değerlendirilmiştir. Değerlendirmeler sonucunda, katılımcıların duygusal düzenleme becerilerinde, benlik saygısında ve kendine değer verme algılarında artış; stres düzeyinde azalma ve olumlu ilişkiler kurma eğiliminde gelişmeler saptanmıştır (208). Yeren'in 2024 yılında

yayınlanmış olduğu tez çalışmasında, 8 seanslık spor dansı müdahalesinin üniversite öğrencileri üzerinde benlik saygısı açısından kontrol grubuna kıyasla anlamlı bir gelişme saptandığı bildirilmiştir (209). Li ve ark.'nın aileleri tarafından terk edilmiş çocuklara haftada 5 kez olmaz üzere 16 hafta boyunca uyguladıkları dans müdahalesinin benlik saygısı üzerinde olumlu etkileri bulunduğu bildirilmiştir (210). Bizim çalışmamızda da bireylerin benlik saygısı düzeyleri değerlendirilmiş, müdahale sonunda DHT uygulanan grubun benlik saygısı düzeyleri anlamlı bir şekilde artmıştır. Ayrıca 6 aylık takip sonrasında bu etkinin korunduğu tespit edilmiştir. Bu unsurlar muhtemelen çocukların yeteneklerine güven duymalarına ve DHT seanslarındaki başarılarından gurur duymalarına yardımcı olmuş olabilir. Bu da okulda ve sosyal ortamlarda daha fazla özgüvene sahip olmalarını sağlamış olabilir. Çalışmamızda ise her iki gruptaki bireylerin de ilk değerlendirmeleri majör depresif bozukluk ve anksiyete alt ölçekleri için ortalama puanlarının kesme değerlerinin hafif üzerinde olduğu saptanmıştır. Bu doğrultuda çalışmamıza dahil edilen ÖÖB popülasyonumuzda majör depresif bozukluk ve anksiyete bozukluğuna ait semptomların görüldüğü söylenebilir. Bu bilgiler doğrultusunda, ÖÖB tanılı çocukların müdahale ve destek süreçlerinde yalnızca akademik değil aynı zamanda ruhsal sağlık boyutunun da dikkate alınması gerektiği ortaya koyulmaktadır.

DHT, farklı popülasyonlarda beden-zihin bağlantısını kullanarak genel ruh sağlığına yönelik olumlu etkiler gösteren bir müdahaledir (211). Çeşitli tanı gruplarının dahil edildiği Koch ve ark. tarafından 2014 ve 2019'da yayınlanan meta-analizlerde, DHT ve dansın depresyon ve anksiyete gibi klinik semptomları azaltmanın yanı sıra refahı, ruh halini, yaşam kalitesini, beden imajını ve kişilerarası iletişimi iyileştirmede etkili olduğu gösterilmiştir. Bu etkinin özellikle duygusal ifade, vücut farkındalığı ve grup içinde hareket senkronizasyonu gibi mekanizmalarla bağlantılı olduğunu ortaya koymuştur (23, 211). Karkou ve ark. tarafından 2019 yılında yapılan bir sistematik derlemede depresyon tanısı konmuş bireylerde rutin tedaviye ek olarak uygulanan DHT'nin, tek başına uygulanan rutin tedaviye kıyasla semptomları azaltmada yüksek etkiye sahip olduğu saptanmıştır (212). Benzer şekilde, Kella ve ark.'nın 2021 yılında depresyon tanısı konmuş yetişkin bireyler üzerinde uyguladıkları 20 seanslık DHT müdahalesinin, depresif belirtilerin azalmasında etkili olduğunu bildirilmiştir (213). Olmedo'nun 2020 yılında depresyon

tanılı bireylerle gerçekleştirdiği DHT müdahalesinin, bireylerin iyileşme süreçlerinde anlamlı ve olumlu sonuçlar sağladığı belirtilmiştir (214). Hyvönen ve ark, 2020 yılında Finlandiya'da yaptığı bir çalışmada haftada 2 seans olmak üzere 10 hafta uygulanan DHT'nin rutin tedaviye eklendiğinde, tek başına uygulanan rutin tedaviye kıyasla depresyon ve ruhsal sıkıntıda belirgin bir iyileşmeye yardımcı olduğunu göstermiştir (215). Gökçen ve ark. tarafından 2024 yılında yayınlanan şizofrenili bireylerde uyguladıkları 16 seanslık hedef odaklı DHT'nin şizofrenilerde görülen eşik altı depresif belirtilerin tedavisinde etkili olduğunu ortaya koymuştur (184). Pylvänäinen ve ark. tarafından yürütülen çalışmada, depresyon tanısı konan bireylerde rutin tedaviye ek olarak uygulanan DHT'nin yalnızca rutin tedavi alan kontrol grubuna kıyasla depresif semptomların azaltılmasında anlamlı bir etkiye sahip olduğu ve bu etkinin üç aylık takip değerlendirmesinde de sürdüğü ortaya konmuştur (216). Bräuninger ve ark. tarafından uygulanan randomize kontrollü bir çalışmada DHT'nin depresyon bulgularını iyileştirme olumlu etkilere sahip olduğu ve bu etkilerin 6 aylık takip değerlendirmesinde de devam edebildiği görülmüştür (217). Baştürk ve ark. tarafından 2024 yılında yayınladıkları çalışmada, multipl sklerozlu bireylerde uygulanan dans programının anksiyete, depresyon ve diğer sağlık parametreleri üzerinde olumlu iyileşmeler sağladığı belirlenmiştir (185). Jeong ve ark. tarafından uygulanan 12 haftalık DHT programının, hafif depresyonu olan ergen kızlarda gözlemlenen anksiyete ve depresyon semptomlarını iyileştirdiği ve serotonin ile dopamin düzeylerini düzenlediği bildirilmiştir (218). Ayrıca, DHT'nin müzik ve hareket aracılığıyla limbik sistemi uyararak stres hormonlarını azalttığı ve pozitif duyguların nörobiyolojik temelini güçlendirdiği bildirilmiştir (219). Xu ve ark.'nın 2024 yılında yayınlanan çalışmasında üniversite öğrencilerine uygulanan 18 saatlik DHT'nin depresyon ve anksiyete semptomlarını önemli ölçüde azalttığı gösterilmiştir (220). Çalışmamızda bireylerin anksiyete ve depresyon semptomları ebeveynlerinin gözünden değerlendirilmiş ve uyguladığımız DHT müdahalesi sonucunda ikinci değerlendirmelere göre DHT grubu için hem anksiyete hem majör depresyon alt ölçekleri açısından ortalama puanların kesme değerlerinin altında kaldığı gösterilmiştir. Müdahale sonrasındaki 6 aylık takip değerlendirmesi ise anksiyete alt ölçek puanının her iki grup için de kesme değerinin hafif üzerinde olduğu, depresyon alt ölçek puanının ise her iki grup için de kesme değerinin altında kaldığını ortaya

koymuştur. Bu kapsamda DHT'nin anksiyete ve majör depresyonun belirtilerini azaltmada etkili olduğu saptanmıştır. Ayrıca bu etkinin depresyon belirtilerinin kontrolü açısından 6 ay etkili olduğu söylenebilir. Bu sonuçlara göre DHT'nin gevşetici ve sempatik sinir sistemini dengeleyici özelliği sayesinde anksiyete ve depresyon belirtilerinin iyileştirilmesinde yararlı olmuş olabileceğini düşündürmektedir (219). Ancak, 6 ay takip sürecinde anksiyete ve depresyon puanlarında müdahale sonrasına kıyasla kısmen artış eğilimi gözlenmesi, DHT'nin bu yararlı etkisinin uzun süreli korunabilmesi için ek müdahaleler ve sürekli takip programlarının geliştirilmesinin gerekliliğine işaret etmektedir.

Hareket temelli terapilerin, çocukların vücut farkındalığını ve duygusal ifadelerini destekleyerek içsel sıkıntılarını dışa vurma olanağı sunar. Seans sırasında çocukların bir hareketi öğrenmesi ve bu hareket ile başkalarına eşlik etmesi sosyal ve duygusal becerilerinin gelişimine fırsat sunduğu belirtilmiştir (207). Sosyal beceriler açısından, DHT öğrenciler arası ilişki geliştirmeye, empati ve takım çalışması becerilerini artırmaya katkı sağladığı bilinmektedir. Özellikle engelli çocuklara yönelik hareket temelli müdahaleler ile ilişki kurma, iletişim ve iş birliği gibi sosyal-duygusal alanlarda iyileşme raporlanmıştır (208, 221). Kotaman ve ark. anaokulu öğrencilerine yönelik olarak gerçekleştirdikleri 16 oturumluk dans programı sonucunda, kontrol grubuna kıyasla sosyal davranışlarda anlamlı gelişmelerin yanı sıra saldırganlık ve utangaçlık düzeylerinde önemli bir azalma olduğunu göstermiştir (222). Scatozza ve ark.'nın otizmlili çocuklarda niteliksel olarak değerlendirdikleri çalışmada, uyguladıkları DHT'nin fiziksel, sosyal ve duygusal zorlukları hafifletme potansiyeline sahip olduğu ortaya konmuştur (223). Gulandanmu ve Wang'ın 4 hafta süreyle haftada 5-6 seans olmak üzere toplamda 20-22 seans boyunca uyguladıkları DHT'nin otizmlili çocuklarda sosyal becerilerin geliştirilmesinde olumlu etkisi tespit edilmiştir (224). Türkcan 2016 yılında yürüttüğü tez çalışmasında serebral palsili çocuklarda uyguladığı 10 seanslık kısa süreli DHT müdahalesinin sosyal becerileri iyileştirmede etkili olduğunu vurgulamıştır (225). Gökçen ve ark. tarafından 2020 yılında yayınlanan şizofrenili bireylerde yürüttüğü DHT müdahalesinin bu bireylerde sosyal işlevsellik düzeyleri açısından olumlu etkilerinin olduğu gösterilmiştir (186). Bizim çalışmamızda da ÖÖB tanılı çocukların sosyal beceri düzeyleri değerlendirilmiş, müdahale sonunda DHT uygulanan grubun sosyal beceri düzeyleri

anlamalı bir şekilde artmıştır. Ayrıca 6 aylık takip sonrasında bu etkinin korunduğu tespit edilmiştir. Sosyal becerilerdeki bu gelişmelerin dans/DHT müdahalelerinin ÖÖB tanılı çocukların kendilerini ifade etmeleri için destekleyici bir alan açmalarından kaynaklandığı düşünülebilir (208, 226). ÖÖB tanılı bireylerin sosyal beceriler düzeylerindeki kazanılan olumlu sonuçların takip değerlendirmelerinde de korunması; sosyal davranışların devamlılığı, çocukların DHT seansları sırasında öğrendikleri sosyal becerileri içselleştirmeleri ya da bu seanslar sırasında kurulan arkadaşlık ilişkilerini sürdürmeleriyle ilişkilendirilebilir (222).

Dans/hareket terapisine katılan ÖÖB tanılı çocukların 8 haftalık süreçte ve 6 aylık takibinde gösterdikleri gelişim ve değişim, yalnızca klinik ölçütlerle değil aynı zamanda kendilerinin, velilerin ve öğretmenlerinin nitel gözlemleriyle de anlamalı bir şekilde ortaya konmuştur. ÖÖB olan öğrenciler için dansın kendisi için bir ifade alanı sunduğunu ve kendilerini kelimelere dökemeseler bile hareket yoluyla duygularını dışa vurabildiklerini belirtmişlerdir. Çalışmamıza katılan çocuklardan biri hem duygusal regülasyonundaki hem de özgüvenindeki iyileşmeyi şu sözcüklerle ifade etmiştir:

“Dans ederken kafamın içi daha az karışık oluyor. Artık sınıfta daha az sinirleniyorum ve derste dikkatimi daha iyi topluyorum. Öğretmenim ‘başardın’ dediğinde utanmadan gülümsüyorum. Bazen evde müzik açıp kendi başıma da hareket ediyorum.”

Bir veli ise;

“Çocuğumun kendine güveni gerçekten arttı, özellikle insanların önünde bir şey anlatırken eskisine göre çok daha rahat. Dikkat süresi uzadı ve öfke patlamaları azaldı. Bu programın onun iç dünyasını anlamlandırmasına büyük katkısı olduğunu düşünüyorum.”

DHT'nin kinestetik empatinin ve yaratıcı dansın birey üzerindeki yansımaları bir çocuk şu şekilde dile getirmiştir:

“Arkadaşımın dans hareketlerini aynen yaparken çok eğleniyorum, ama bazen kendi hareketlerimi yaratmak da istiyorum. Dans ederken ne kadar farklı hareketler yapabileceğimi görmek çok keyifli!”

Veliler, çocuklarının vücut farkındalıklarının artmasına paralel olarak duygusal farkındalıklarının da geliştiğini vurgulamışlardır. Bir veli, uygulanan DHT'nin çocuğunun iç dünyasına ve sosyal becerilerine olan katkısını şu sözlerle dile getirmiştir:

“Öncesinde oğlum çok içine kapanıktı, dansa katılmak istemeyeceğini düşünmüştüm ama ilk haftadan itibaren heyecanla dahil oldu. Özellikle duygusal tepkilerini kontrol etmede büyük ilerleme kaydetti. Ayrıca bu terapi onun kendine ve çevresine olan güvenini büyük ölçüde artırdı.”

Öğretmen ifadeleri ise DHT'nin akademik becerilere yansıyan etkisini göstermesi açısından dikkat çekicidir. Öğrencisinin vücut farkındalıklarının akademik etkilere dönüştüğünü şu sözlerle vurgulamıştır:

“Artık hareket gerektiren yönergeleri daha hızlı ve doğru uygulayabiliyor. Kendi bedenini ve sınıf içindeki varlığını daha iyi tanıyor.”

Başka bir öğretmen ise DHT'nin pedagojik çeşitliliğe katkı sağladığını şu sözlerle ifade etmiştir:

“Dans/hareket terapisinin, sınıf içi farklı öğrenme tarzlarına hitap eden yardımcı bir araç olabileceğini düşünüyorum. Bu program sonunda bu öğrencilerin sınıf içindeki katılımı da gözle görülür şekilde arttı.”

Grup dansları ve eşli çalışmaların, öğrencilerin sosyal ilişkiler kurma ve empati geliştirme becerilerini desteklediği de sıkça belirtilmiştir. Çalışmaya katılan bir çocuğun öğretmeni, öğrencisinin sınıf içinde daha fazla temas kurmaya başladığını ve bunun sınıf içi iletişimini güçlendirdiğini gözlemlediğini belirtmiştir. Başka bir çocuk ise aidiyet duygusunun güçlendiğini şu sözlerle dile getirmiştir:

“Daha önceleri dans ederken hareketleri yanlış yapacağımı düşünüp utanırdım ama artık utanmıyorum çünkü bu derslerde herkes farklı hareket edebiliyor. Önceden hep bir yerde sabit durmak isterdim ama artık hareket ettikçe içim açılıyor. Öğretmenimle göz göze geldiğimde artık kaçmıyorum. Burada sanki bir takımdaymış gibi hissettim”

Sonuç olarak, bu ifadeler DHT'nin yalnızca hareket odaklı bir uygulama olmadığını, aynı zamanda çocukların duygu, benlik, dikkat, sosyal etkileşim ve ifade becerilerini bütüncül biçimde destekleyen bir gelişim alanı sunduğunu ortaya koymaktadır (227, 228). Nitel gözlemler, müdahale programının çok boyutlu etkisini görünür kılmakta ve hem bireysel hem de çevresel düzeyde olumlu dönüşümlerin gerçekleştiğini desteklemektedir (229, 230).

Çalışmamızın kısıtlılıklarından biri, değerlendirme sürecinde körleme yapılmamış olmasıdır. Ebeveynlerin, çocuklarına yönelik müdahalenin uygulanıp uygulanmadığı konusunda bilgi sahibi olmalarıdır. Ayrıca özbildirim yoluyla veri toplanan ölçeklerde bu durum yanlılığa yol açabilir. Bu durum, çalışmanın önemli bir sınırlılığı olarak değerlendirilebilir. Çocukların anksiyete, depresyon semptomları ve sosyal becerilerinin ebeveyn derecelendirmeleri yoluyla ölçülmesi yaygın bir uygulama olsa da benzer çalışmalarda bu verilerin sosyal arzu edilirlilik önyargısına tabi olabileceği belirtilmiştir (231-234). Ebeveynler, müdahalelerin başarılı olmasını isteyebilir ve bu nedenle çocuklarını değerlendirirken yüksek puanlar verme eğiliminde olabilirler. Bu ihtimal dahilinde bu verilerin birden fazla kaynaktan toplanması sağlanarak verilerin güvenilirliği sağlanabilir. (Örn: Yalnızca ebeveyn raporlarının kullanımı yerine, öğretmen gözlemleri, klinik değerlendirmeler veya öz değerlendirmeler kullanılabilir) Ayrıca bu çalışmanın genellenebilirlik açısından bazı sınırlılıkları da mevcuttur. ÖÖB heterojen bir tanı grubunu kapsamakta olup; disleksi, disgrafi ve diskalkuli gibi farklı alt türleri içermektedir. Ancak bu çalışmanın örnekleme belirlenirken, çocukların sahip olduğu ÖÖB türü dikkate alınmamıştır. Bu durum, elde edilen bulguların ÖÖB'nin tüm alt türlerine genellenmesini güçleştirmekte ve müdahalenin farklı öğrenme profillerindeki etkilerine ilişkin yorum yapmayı sınırlamaktadır.

Bu çalışmanın önemli metodolojik kısıtlılıklarından biri de değerlendirme aracı olarak nörolojik görüntüleme yöntemlerinin (ör. fMRG, EEG) kullanılmamış olmasıdır. Oysa literatürde, dans/hareket temelli müdahalelerin beyinde ödül ve duyguların düzenleme ile ilişkili bölgeleri etkinleştirebildiği gösterilmiştir. Örneğin Fonksiyonel Manyetik Rezonans Görüntüleme (fMRG) çalışmalarında dansın ventral striatum ve orbitofrontal korteks gibi ödül mekanizmalarıyla ilişkili alanları, ayrıca duygusal uyaranların işlenmesinde kritik olan amigdala ve insulayı harekete geçirdiği rapor edilmiştir (219). Ancak bu çalışmada bu tür nörolojik mekanizmaları doğrudan gözlemleyebilecek herhangi bir nörogörüntüleme tekniğine başvurulmamıştır. Dolayısıyla DHT'nin ÖÖB tanılı çocuklar üzerindeki olumlu etkilerinin altında yatan beyin temelli değişimleri veya nörofizyolojik süreçlerinin yorumlanması açısından nörobiyolojik kanıtların eksikliği, bulgularımızın yorumlanmasında bir kısıt oluşturduğu söylenebilir.

Bu çalışmanın bir diğer önemli kısıtlılığı, her ne kadar yalnızca son bir yıl içinde alınmış ve geçerliliği devam eden ÇÖZGER raporlarında ÖÖB tanısı bulunan çocuklar çalışmaya dahil edilmiş olsa da, bu çocukların zorlandığı alt alanlar, eşlik eden ruhsal bozukluklar ve sahip oldukları ÖÖB şiddeti gibi değişkenlerin bir çocuk ve ergen ruh sağlığı uzmanı tarafından sistematik olarak değerlendirilmemiş olmasıdır. Müdahale öncesi klinik değerlendirme yapılmamış olması, gruplar arasında ÖÖB şiddetinin dengeli dağılıp dağılmadığına ilişkin belirsizlik yaratmakta; müdahale grubundaki çocukların görece olarak daha hafif belirtilere sahip olması, müdahale etkisinin olduğundan daha güçlü görünmesine neden olmuş olabileceği ihtimalini gündeme getirmektedir. Ayrıca, çocukların özel eğitim ya da ÖÖB'ye yönelik müdahaleye ne zamandır devam ettiklerine ilişkin bilginin eksikliği, müdahale grubunun bu tür uygulamalara daha aşina ve adaptasyonu daha yüksek bir profil çizmiş olabileceği olasılığını doğurmaktadır. Tüm bu etkenler, elde edilen bulguların yorumlanmasında dikkatle ele alınması gereken sınırlılıklar arasında yer almaktadır.

Bu kısıtlılıkların yanı sıra çalışmamızın güçlü yanları da mevcuttur. Literatürde DHT'ye ilişkin çalışmaların büyük çoğunluğu, bu müdahalenin motor ve bilişsel gelişim üzerindeki etkilerine odaklanmıştır. Özellikle koordinasyon, denge, ritim gibi motor becerilerdeki gelişim, yürütücü fonksiyonlar gibi bilişsel becerilerdeki gelişim

DHT'nin temel çıktıları arasında değerlendirilmiştir (24, 26, 185, 235-237). Ancak ÖÖB olan bireylerde bu terapötik yaklaşımın psikososyal etkilerini ele alan çalışma tespit edilememiştir. Bu bağlamda, sunulan çalışmanın önemli bir güçlü yönü, DHT'nin yalnızca fiziksel değil, aynı zamanda duygusal, sosyal ve benlik algısı gibi psikososyal boyutlarına da odaklanmasıdır. ÖÖB olan bireylerin psikososyal işlevselliklerine yönelik bu bütüncül yaklaşım, bu alanda önemli bir boşluğu doldurmakta ve DHT'nin çok yönlü etkilerini ortaya koyarak literatüre özgün bir katkı sunmaktadır. Çalışmamızın bir diğer güçlü yanı ise, uygulanan müdahalenin etkinliğinin 6 aylık bir takip süreciyle izlenerek kalıcılığının değerlendirilmiş olmasıdır. Bu sayede müdahalenin yalnızca kısa vadeli değil, orta vadeli etkilerinin de gözlemlenmesi mümkün olmuş; kazanımların sürdürülebilirliği bilimsel olarak ortaya konmuştur.

Bu randomize kontrollü çalışma, ÖÖB tanılı çocukların psikososyal gelişiminde GEDME stiliyle yapılandırılmış DHT programının dikkate değer yararlar sağladığını ortaya koymaktadır. DHT grubundaki çocuklar, terapi sonrasında kontrol grubuna kıyasla çeşitli psikososyal alanlarda anlamlı iyileşmeler sergilemiştir. DHT uygulaması özellikle duygudurumu, benlik saygısı ve sosyal beceriler üzerinde olumlu etkiler yaratmıştır. Çocukların benlik saygılarını güçlenmenin yanı sıra kaygı düzeylerinde azalma gözlemlenmiştir. Ayrıca sosyal etkileşim becerilerinde belirgin gelişmeler kaydedilmiş, çocukların akran ilişkilerinde ve sosyal ortamlardaki uyumunda ilerlemeler görülmüştür. Elde edilen bulgular, ÖÖB tanılı çocukların içe kapanma, düşük benlik saygısı ve sosyal güçlükler gibi sık gözlenen sorunlarını hafifletmede DHT'nin etkili olabileceği anlaşılmıştır. Bu sonuçlar, ÖÖB tanılı çocukların eğitim ve rehabilitasyon programlarına hareket temelli yaratıcı terapilerin eklenmesinin değerini vurgulamaktadır. Sonuç olarak, GEDME stiliyle yapılandırılmış DHT programı, ÖÖB tanılı çocukların psikososyal ihtiyaçlarına yenilikçi bir cevap sunmakta; bunun yanı sıra duygudurumu, benlik saygısı ve sosyal beceri alanlarında bütüncül bir gelişimi teşvik ederek bu alana önemli bir katkı sağlamaktadır.

6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

Özgül öğrenme bozukluğu tanılı çocuklarda, uygulanan DHT'nin etkisinin araştırıldığı çalışmamızda aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

1. Çalışmamızdan elde edilen sonuçlar, ÖÖB tanılı çocuklara uygulanan düzenli DHT'nin çocukların duygudurumuna, benlik saygısına ve sosyal becerilerine katkı sağlayan bir uygulama olduğunu göstermektedir. Bu nedenle, DHT'nin ÖÖB tanılı çocukların psikososyal becerilerini desteklemeye yönelik tedavi programlarına eklenmesinin yararlı olacağı düşünülmektedir. Ayrıca, ÖÖB tanısı alan bireylerin eğitim gördüğü kurumlarda bu yaklaşımın kullanımının yaygınlaştırılması amacıyla müfredat kapsamında DHT uygulamalarına yer verilmesinin faydalı olacağı öngörülmektedir.
2. Dans/hareket terapisinin, ÖÖB tanısı almış çocukların okuma, yazma ve matematik becerileri üzerindeki etkilerinin incelenmesi ve tedavi protokollerinin bu doğrultuda geliştirilmesi, ÖÖB tanılı çocukların akademik becerilerinde yaşadıkları sorunların çözümüne yönelik etkinliğin araştırılması açısından önemli bir adım olarak değerlendirilebilir.
3. Anksiyete ve depresyon semptomları ile sosyal beceri verilerinin yalnızca ebeveyn raporlarına dayanmaktan ziyade çoklu kaynaklardan (örn. öğretmen gözlemleri, klinik değerlendirmeler, öz değerlendirme ölçekleri) toplanması ve doğrudan gözlemler gibi objektif ölçütlerin dahil edilmesini önermekteyiz. Böylece sosyal arzu edilirlilik önyargısının etkileri en aza indirilebilir ve elde edilen verilerin geçerliliği daha da güçlendirilebilir.
4. Dans hareket terapisinin ÖÖB olan çocuklar üzerindeki potansiyel olumlu etkilerine rağmen nöro-görüntüleme yöntemlerini (fMRG, EEG vb.) kullanmadığımız dolayısıyla bu etkilerin altında yatan nörolojik mekanizmaları henüz tam olarak aydınlatılamamıştır. Yalnızca davranışsal ölçütlere dayanarak DHT'nin ÖÖB tanılı çocukların beynindeki etkilerine dair kesin çıkarımlar yapmanın sınırlı bir sonuç yaratması dolayısıyla gelecekte yapılacak nörogörüntüleme çalışmaları ile DHT'nin nörobiyolojik etkilerinin incelenmesi, bu terapi yönteminin etki mekanizmalarının daha kapsamlı bir şekilde anlaşılmasını sağlayabilir ve bilimsel kanıtların güçlenmesine katkıda bulunabilir.

5. İlerideki araştırmalarda DHT'nin, farklı fiziksel aktivite yaklaşımlarını ve yaratıcı sanat terapilerini içeren kontrol gruplarıyla karşılaştırılması daha uygun olabilir; bu, söz konusu müdahalenin genellenebilirliği aēısından daha olumlu sonuçlar doğurabilir. Bu tür karşılaştırmalar, ÖÖB tedavisinde DHT'nin etkinliğini daha kapsamlı bir şekilde değerlendirerek, tedaviye yönelik daha güçlü kanıtlar sunabilir. Bu doğrutuda, gelecekteki çalışmalarda bu yaklaşımın benimsenmesi ve uygulanması önerilmektedir.
6. Tedavi edilmeyen ÖÖB, toplum aēısından doğrudan ve dolaylı önemli ekonomik sonuçlara yol aēabilmektedir. ÖÖB rehabilitasyonunda DHT ve diğer yaklaşımların bu bağlamda maliyet etkinliğinin araştırılması önemli ve değerli bir adım olarak değerlendirilebilir.
7. Bu çalışmanın örnekleme belirlenirken, çocukların sahip olduğu ÖÖB türü dikkate alınmamıştır. Farklı ÖÖB alt türlerine sahip bireylerin bilişsel, duygusal ve sosyal ihtiyaēları birbirinden farklılık gösterebildiğinden, DHT'nin etkileri de bu alt gruplara göre değişkenlik gösterebilir. Çalışmamızın tüm ÖÖB alt türlerine genellenebilirliği aēısında sınırlılığı olması dolayısıyla ilerleyen çalışmalarda alt türlerin ayrıştırıldığı veya gruplar arası karşılaştırmaların yapıldığı tasarımlar tercih edilebilir.
8. Sonuç olarak ÖÖB tanılı çocuklarda DHT'nin olumlu etkileri gözlemlenmiştir. Bu bireylerin akranları düzeyinde sahip olması gereken becerilerindeki yetersizliğin ve yaşamın çeşitli alanlarını etkilemesi göz önüne alındığında, yaşam kalitesindeki iyileşmeler için bütüncül yaklaşımların kullanılması gerekliliği vurgulanmaktadır. Bu nedenle, ÖÖB tedavisinde DHT'nin entegrasyonu ve kullanımının teşvik edilmesi önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association A. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5: American Psychiatric Association; 2013.
2. Musetti A, Eboli G, Cavallini F, Corsano P. Social Relationships, Self-Esteem, and Loneliness in Adolescents with Learning Disabilities. *Clin Neuropsychiatry*. 2019;16(4):165-72.
3. Kronenberger WG, Dunn DW. Learning disorders. *Neurol Clin*. 2003;21(4):941-52.
4. Willcutt EG, Petrill SA, Wu S, Boada R, DeFries JC, Olson RK, et al. Comorbidity between reading disability and math disability: Concurrent psychopathology, functional impairment, and neuropsychological functioning. *J Learn Disabil*. 2013;46(6):500-16.
5. Mugnaini D, Lassi S, La Malfa G, Albertini G. Internalizing correlates of dyslexia. *World J Clin Pediatr*. 2009;5:255-64.
6. Carroll JM, Maughan B, Goodman R, Meltzer H. Literacy difficulties and psychiatric disorders: Evidence for comorbidity. *J Child Psychol Psychiatry*. 2005;46(5):524-32.
7. Morgan PL, Farkas G, Tufis PA, Sperling RA. Are reading and behavior problems risk factors for each other? *J Learn Disabil*. 2008;41(5):417-36.
8. Sahoo MK, Biswas H, Padhy SK. Psychological co-morbidity in children with specific learning disorders. *J Family Med Prim Care*. 2015;4(1):21.
9. Schulte-Körne G. Mental health problems in a school setting in children and adolescents. *Dtsch Arztebl Int*. 2016;113(11):183.
10. Kavale KA, Forness SR. What definitions of learning disability say and don't say: A critical analysis. *J Learn Disabil*. 2000;33(3):239-56.
11. Boop C, Cahill SM, Davis C, Dorsey J, Gibbs V, Herr B, et al. Occupational therapy practice framework: Domain and process fourth edition. *Am J Occup Ther*. 2020;74(S2):1-85.
12. Goodman J, Hurst J, Locke C, Goodman J, Hurst J, Locke C. Occupational therapy for people with learning disabilities E-book: Churchill Livingstone; 2008/11/5. 288 p.
13. Case-Smith J. Occupational therapy for children and adolescents-e-book: Elsevier Health Sciences; 2014.
14. Breteler MH, Arns M, Peters S, Giepmans I, Verhoeven L. Improvements in spelling after QEEG-based neurofeedback in dyslexia: A randomized controlled treatment study. *Appl Psychophysiol Biofeedback*. 2010;35:5-11.
15. Chivers M. Dyslexia and alternative therapies: Jessica Kingsley Publishers; 2006.
16. Anker EA, Bøe Sture SE, Hystad SW, Kodal A. The effect of physical activity on anxiety symptoms among children and adolescents with mental health disorders: a research brief. *Front Psychiatry*. 2024;15.
17. Singh B, Olds T, Curtis R, Dumuid D, Virgara R, Watson A, et al. Effectiveness of physical activity interventions for improving depression, anxiety and distress: an overview of systematic reviews. *Br J Sports Med*. 2023;57(18):1203-9.
18. Biddle SJ, Asare M. Physical activity and mental health in children and adolescents: a review of reviews. *Br J Sports Med*. 2011;45(11):886-95.

19. Kayani S, Kiyani T, Wang J, Zagalaz Sánchez ML, Kayani S, Qurban H. Physical activity and academic performance: the mediating effect of self-esteem and depression. *Sustainability*. 2018;10(10):3633.
20. Yılmaz A, Aydın M, Bahadır TK, Soyer F. A study of participation motives in sports, loneliness and depression levels of children with specific learning disabilities in terms of some variables. *J Hum Sci*. 2019;16(4):978-87.
21. Altan Sarıkaya N, Ayhan H, Sukut Ö. Use and effect of dance and movement therapy in different groups. *Jaren*. 2017(3):1-5.
22. Grčić V, Paušić J, Kuzmanić B. Dance movement therapy with children and adolescents: a review. 2000. 98 p.
23. Koch S, Kunz T, Lykou S, Cruz R. Effects of dance movement therapy and dance on health-related psychological outcomes: A meta-analysis. *Arts Psychother*. 2014;41(1):46-64.
24. Cofini V, Cianfarani A, Cecilia MR, Carbonelli A. Impact of dance therapy on children with specific learning disability: a two-arm cluster randomized control study on an Italian sample. *Minerva Pediatr*. 2018;73(3):243-50.
25. Doğan FZ, Akel BS. Disleksili Çocuklarda Dans Hareket Terapisinin Praksis Üzerindeki Etkisi; Vaka Serisi Çalışması. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*. 2021;9(1):41-8.
26. Bafralı C. Disleksili Çocuklarda Yaratıcı Dans Eğitiminin Motor Fonksiyonlar ve Yürütücü İşlevlere Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2021.
27. Couper JL. Dance Therapy: Effects on Motor Performance of Children with Learning Disabilities. *Phys Ther*. 1981;61(1):23-6.
28. Spratt LV. Social and Emotional Effects of Language-Based Learning Disabilities on Adolescents Approached Through Dance/Movement Therapy: A Literature Review: Lesley University; 2019.
29. Jarrett S, Tilley E. The history of the history of learning disability. *Br J Learn Disabil*. 2022;50(2):132-42.
30. Lyon GR, Shaywitz SE, Shaywitz BA. A definition of dyslexia. *Ann Dyslexia*. 2003;53(1):1-14.
31. Morgan WP. A Case of Congenital Word Blindness. *Br Med J*. 1896;2(1871):1378.
32. Shaywitz BA, Fletcher JM, Shaywitz SE. Defining and classifying learning disabilities and attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Child Neurol*. 1995;10(1_suppl):S50-S7.
33. Kirk SA, editor Behavioral diagnosis and remediation of learning disabilities. Proceedings of the annual meeting: Conference on exploration into the problems of the perceptually handicapped child; 1963: Evanston, IL.
34. Hallahan DP, Kauffman JM. Learning disabilities: Foundations, characteristics, and effective teaching: Allyn & Bacon; 2004.
35. Hammill DD. On defining learning disabilities: An emerging consensus. *J Learn Disabil*. 1990;23(2):74-84.
36. Fletcher JM, Lyon GR, Fuchs LS, Barnes MA. Learning disabilities: From identification to intervention: Guilford Publications; 2018.
37. Torgesen JK. Chapter 1 - Learning Disabilities: An Historical and Conceptual Overview. In: Wong B, editor. *Learning About Learning Disabilities (Third Edition)*. San Diego: Academic Press; 2004. p. 3-40.

38. Zirkel PA, Thomas LB. State Laws for RTI: An Updated Snapshot. *Teach Except Child*. 2010;42(3):56-63.
39. Sleeter CE. Learning Disabilities: The Social Construction of a Special Education Category. *Except Child*. 1986;53(1):46-54.
40. Katchergin O. The DSM and learning difficulties: formulating a genealogy of the learning-disabled subject. *Hist Psychiatry*. 2016;27(2):190-207.
41. Rodríguez C, Areces D, García T, Cueli M, Gonzalez-Castro P. Neurodevelopmental disorders: An innovative perspective via the response to intervention model. *World J Psychiatry*. 2021;11(11):1017-26.
42. Köse B. Görsel Praksis Temelli Ergoterapi Eğitim Programının Özgül Öğrenme Bozukluğu olan Çocukların Motor ve Okuma Becerilerine Etkisinin İncelenmesi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2021.
43. İbrahim I. Specific Learning Disorder in Children with Autism Spectrum Disorder: Current Issues and Future Implications. *Adv Neurodev Disord*. 2020;4(2):103-12.
44. Arapkırlı A. Systematic Review Of Scientific Research Addressing Learning Disability And Self-Esteem Issues Together Between 2002 And 2023. *Eurasian Academy Of Sciences Social Sciences Journal*. 2023;51(51):26-46.
45. Pennington BF. *Diagnosing learning disorders: A neuropsychological framework*: Guilford Press; 2008.
46. Kalafatoğlu MR, Balcı Çelik S. Öğrenme Güçlüğü Tanılı Öğrenciler için Geliştirilen Benlik Saygısı Artırma Psikoeğitim Programının Etkililiğinin İncelenmesi. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2022;22(1):80-99.
47. Snowling MJ, Hulme C, Nation K. Defining and understanding dyslexia: past, present and future. *Oxf Rev Educ*. 2020;46(4):501-13.
48. Helland T. Trends in Dyslexia Research during the Period 1950 to 2020- Theories, Definitions, and Publications. *Brain Sci*. 2022;12(10).
49. Schwarz J, Lizarazu M, Lallier M, Klimovich-Gray A. Phonological deficits in dyslexia impede lexical processing of spoken words: Linking behavioural and MEG data. *Cortex*. 2024;171:204-22.
50. Rocha Cabrero F, De Jesus O. *Dysgraphia*. StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025.
51. Kucian K, von Aster M. Developmental dyscalculia. *Eur J Pediatr*. 2015;174(1):1-13.
52. Karagiannakis G, Baccaglini-Frank A, Papadatos Y. Mathematical learning difficulties subtypes classification. *Front Hum Neurosci*. 2014;8.
53. Subara-Zukic E, Cole MH, McGuckian TB, Steenbergen B, Green D, Smits-Engelsman BC, et al. Behavioral and Neuroimaging Research on Developmental Coordination Disorder (DCD): A Combined Systematic Review and Meta-Analysis of Recent Findings. *Front Psychol*. 2022;Volume 13 - 2022.
54. Lingam R, Hunt L, Golding J, Jongmans M, Emond A. Prevalence of Developmental Coordination Disorder Using the DSM-IV at 7 Years of Age: A UK Population-Based Study. *Pediatrics*. 2009;123(4):e693-e700.
55. Downing C, Caravolas M. Prevalence and Cognitive Profiles of Children With Comorbid Literacy and Motor Disorders. *Front Psychol*. 2020;Volume 11 - 2020.
56. Lino F, Chieffo DPR. Developmental Coordination Disorder and Most Prevalent Comorbidities: A Narrative Review. *Children*. 2022;9(7):1095.

57. Yang L, Li C, Li X, Zhai M, An Q, Zhang Y, et al. Prevalence of Developmental Dyslexia in Primary School Children: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Brain Sciences* [Internet]. 2022; 12(2).
58. Güven S, Friedmann N. Vowel dyslexia in Turkish: A window to the complex structure of the sublexical route. *PLOS ONE*. 2021;16(3):e0249016.
59. Berninger VW, Wolf BJ. Teaching students with dyslexia and dysgraphia: Lessons from teaching and science: Paul H. Brookes Publishing Co.; 2009.
60. Butterworth B, Varma S, Laurillard D. Dyscalculia: from brain to education. *science*. 2011;332(6033):1049-53.
61. Wagner RK, Zirps FA, Edwards AA, Wood SG, Joyner RE, Becker BJ, et al. The prevalence of dyslexia: A new approach to its estimation. *J Learn Disabil*. 2020;53(5):354-65.
62. Döhla D, Heim S. Developmental dyslexia and dysgraphia: What can we learn from the one about the other? *Front Psychol*. 2016;6:2045.
63. Chen A, Wijnen F, Koster C, Schnack H. Individualized early prediction of familial risk of dyslexia: A study of infant vocabulary development. *Front Psychol*. 2017;8:156.
64. Brimo K, Dinkler L, Gillberg C, Lichtenstein P, Lundström S, Åsberg Johnels J. The co-occurrence of neurodevelopmental problems in dyslexia. *Dyslexia*. 2021;27(3):277-93.
65. Maunsell M. Dyslexia in a global context: a cross-linguistic, cross-cultural perspective. *Lat Am J Content Lan*. 2020;13(1).
66. Büber A, Ömer B, and Şenol H. The prevalence and comorbidity rates of specific learning disorder among primary school children in Turkey. *Nord J Psychiatry*. 2020;74(6):453-60.
67. Cortiella C, Horowitz SH. The state of learning disabilities: Facts, trends and emerging issues. New York: National center for learning disabilities. 2014;25(3):2-45.
68. Barbiero C, Montico M, Lonciari I, Monasta L, Penge R, Vio C, et al. The lost children: The underdiagnosis of dyslexia in Italy. A cross-sectional national study. *PloS one*. 2019;14(1):e0210448.
69. Unesco. Global education monitoring report 2020: Inclusion and education-all means all: UN; 2020.
70. Grigorenko EL, Compton DL, Fuchs LS, Wagner RK, Willcutt EG, Fletcher JM. Understanding, educating, and supporting children with specific learning disabilities: 50 years of science and practice. *Am Psychol*. 2020;75(1):37.
71. Saini SS, Kumar K, Anand A. Unveiling the Neurobiology of Specific Learning Disorders: Insights from Cognitive Neuroscience. SAGE Publications Sage India: New Delhi, India; 2023. p. 217-8.
72. Doust C, Fontanillas P, Eising E, Gordon SD, Wang Z, Alagöz G, et al. Discovery of 42 genome-wide significant loci associated with dyslexia. *Nat Genet*. 2022;54(11):1621-9.
73. Scerri TS, Schulte-Körne G. Genetics of developmental dyslexia. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2010;19(3):179-97.
74. Smith Shelley D. Principles of psychiatric genetics. Cambridge, England: Cambridge University Press; 2012 2012/10/17.
75. Adams J. Clinical neuropsychology and the study of learning disorders. *Exceptional Children: Biological and Psychological Perspectives*. 1974;20(3):172.

76. Kearns DM, Hancock R, Hoefft F, Pugh KR, Frost SJ. The Neurobiology of Dyslexia. *Teach Except Child*. 2019;51(3):175-88.
77. Maria Tzouriadou. Learning disabilities. London, England: IntechOpen; 2020 2020/6/17. 210 p.
78. Görker I. Learning disabilities. London, England: IntechOpen; 2020 2020/6/17. 210 p.
79. Görker I, Bozatli L, Korkmazlar Ü, Karadağ MY, Ceylan C, Söğüt C, et al. The probable prevalence and sociodemographic characteristics of specific learning disorder in primary school children in Edirne. *Noro Psikiyatrs Ars*. 2017;54(4):343.
80. Luna RE. What are specific learning disorders? 2024 [Available from: <https://www.psychiatry.org/patients-families/specific-learning-disorder/what-is-specific-learning-disorder>].
81. Chieffo DPR, Arcangeli V, Moriconi F, Marfoli A, Lino F, Vannuccini S, et al. Specific Learning Disorders (SLD) and Behavior Impairment: Comorbidity or Specific Profile? *Children (Basel)*. 2023;10(8).
82. Westwood P. Learning disorders. 1 ed. London, England: Routledge; 2017 2017/7/14. 116 p.
83. Alfonso VC, Flanagan DP. Essentials of specific learning disability identification: John Wiley & Sons; 2018.
84. Alloway TP, Gathercole SE. Working memory and learning: a practical guide for teachers: Sage; 2008.
85. Sharfi K, Rosenblum S, Meyer S. Relationships between executive functions and sensory patterns among adults with specific learning disabilities as reflected in their daily functioning. *PLOS ONE*. 2022;17(4):e0266385.
86. Polak N, Grossman ES. Exploring Psychological Distress Among Individuals with Specific Learning Disabilities: The Impact of Age, Gender, and Disability Type. *Disabilities [Internet]*. 2024; 4(4):[1044-64 pp.].
87. Berninger VW, Richards TL. Brain literacy for educators and psychologists: Academic Press; 2002.
88. Butterworth B. Developmental dyscalculia. *The handbook of mathematical cognition: Psychology Press*; 2005. p. 455-67.
89. Swanson HL, Jerman O. The influence of working memory on reading growth in subgroups of children with reading disabilities. *Journal of Experimental Child Psychology*. 2007;96(4):249-83.
90. Willcutt EG, F. PB, K. OR, Nomita C, and Hulslander J. Neuropsychological Analyses of Comorbidity Between Reading Disability and Attention Deficit Hyperactivity Disorder: In Search of the Common Deficit. *Dev Neuropsychol*. 2005;27(1):35-78.
91. Akyurek G, Koca RB, Gunal Gunser R. Systematic review of current approaches to cognitive skills in children with dyslexia. *Current Psychology*. 2024;43(18):16247-63.
92. Blanchet M, Assaiante C. Specific Learning Disorder in Children and Adolescents, a Scoping Review on Motor Impairments and Their Potential Impacts. *Children (Basel)*. 2022;9(6).
93. Adler LA, Spencer TJ, Wilens TE. Attention-deficit hyperactivity disorder in adults and children. Cambridge, England: Cambridge University Press; 2015 2015/1/14.

94. Zainol M, Kadar M, Razaob NA, Wan Yunus F. The Effectiveness of Occupational Therapy Handwriting Intervention for Children with Motor Coordination Issues: A Systematic Review. *Jurnal Sains Kesihatan Malaysia*. 2022;20:161-77.
95. Piller A, Torrez E. Defining Occupational Therapy Interventions for Children with Fine Motor and Handwriting Difficulties. *J Occup Ther Sch Early Interv*. 2019;12:1-15.
96. Verma M, Begum R, Kapoor R. To Develop an Occupational Therapy Kit for Handwriting Skills in Children with Dysgraphia and Study Its Efficacy: A Single-Arm Interventional Study. *Indian J Physiother Occup Ther*. 2019;51(3).
97. Dyslexia (Learning Disability) | 97881323327492014 2014/1/1.
98. Karten T. Building on the strengths of students with special needs. 1 ed: ASCD; 2017 2017/3/10.
99. Görgü E. Özgül Öğrenme Güçlüğü Tanılı Çocuklarla Yapılan Grupla Psikolojik Danışmanın Çocukların Depresyon ve Kaygı Düzeylerine Etkisi. *Journal of Turkish Studies*. 2017;12:197-212.
100. Gorman JC. Emotional disorders and learning disabilities in the elementary classroom: Skyhorse Publishing; 2015 2015/6/16. 160 p.
101. Terras MM, Thompson LC, Minnis H. Dyslexia and psycho-social functioning: an exploratory study of the role of self-esteem and understanding. *Dyslexia*. 2009;15(4):304-27.
102. Adi NS, Othman A, Kuay HS, Mustafa QM. A study on the psychological functioning of children with specific learning difficulties and typically developing children. *BMC Psychology*. 2024;12(1):725.
103. Schneider BH. *Child psychopathology*. Cambridge, England: Cambridge University Press; 2014 2014/12/17. 670 p.
104. Francis DA, Caruana N, Hudson JL, McArthur GM. The association between poor reading and internalising problems: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2019;67:45-60.
105. Wilson AM, Deri Armstrong C, Furrie A, Walcot E. The mental health of Canadians with self-reported learning disabilities. *J Learn Disabil*. 2009;42(1):24-40.
106. Firth N, Greaves D, Frydenberg E. Coping styles and strategies: A comparison of adolescent students with and without learning disabilities. *J Learn Disabil*. 2010;43(1):77-85.
107. Sideridis GD. Understanding Low Achievement and Depression in Children with Learning Disabilities: A Goal Orientation Approach*. *International Review of Research in Mental Retardation*. 31: Academic Press; 2006. p. 163-203.
108. Kirby A. *How to succeed with specific learning difficulties in college and university*. London, England: Souvenir Press; 2013 2013/8/1. 119 p.
109. Stein B, Hoefl F, Richter CG. Stress, resilience, and emotional well-being in children and adolescents with specific learning disabilities. *Curr Opin Behav Sci*. 2024;58:101410.
110. Holt MK, Grills AE, Holt MK, Grills AE. *Critical issues in school-based mental health*. 1 ed. London, England: Routledge; 2015 2015/11/19. 210 p.
111. Coopersmith S. *The antecedents of self-esteem*. Princeton. 1965.
112. Rosenberg M. Rosenberg self-esteem scale. *J Relig Health*. 1965.
113. Alesi M, Rappo G, Pepi A. Depression, anxiety at school and self-esteem in children with learning disabilities. *J Abnorm Child Psychol*. 2014;3(3):0-

114. Pandy RI. Learning disabilities and self-esteem. Illinois: Governors State University; 2012.
115. Cosden M, Brown C, Elliott K. The social dimensions of learning disabilities. The LEA Series on Special Education and Disability. 1 ed. London, England: Routledge; 2002. p. 256.
116. Corallo F, Bonanno L, Cardile D, Luvarà F, Giliberto S, Di Cara M, et al. Improvement of Self-Esteem in Children with Specific Learning Disorders after Donkey-Assisted Therapy. *Children* [Internet]. 2023; 10(3).
117. Dana Abu O, Ann K, Scott C, Ivana B, Irons Y. Positive Psychology Interventions to Increase Self-Esteem, Self-Efficacy, and Confidence and Decrease Anxiety among Students with Dyslexia: A Narrative Review. *Youth*. 2024;4(2):835-53.
118. Livingston EM, S. SL, and Ribary U. Developmental dyslexia: emotional impact and consequences. *Aust J Learn Disabil*. 2018;23(2):107-35.
119. Kelly A. Social skills. 1 ed. London, England: Routledge; 2018 2018/12/7. 326 p.
120. Menon S. Interpersonal Relationship Skills in Social Work. *Social Work Skills and Knowledge*. Oakville: Society Publishing; 2019. p. 253.
121. Cipriano C, Strambler MJ, Naples LH, Ha C, Kirk M, Wood M, et al. The state of evidence for social and emotional learning: A contemporary meta-analysis of universal school-based SEL interventions. *Child Development*. 2023;94(5):1181-204.
122. Vaughn S. Learning about learning disabilities. 3 ed. London, England: Academic Press Inc. (London); 2004 2004/12/13. 655 p.
123. Fine AH, Kotkin RA. Therapist's guide to learning and attention disorders. In: Fine AH, Kotkin RA, editors.: Elsevier; 2003.
124. Wiener J, Schneider BH. A multisource exploration of the friendship patterns of children with and without learning disabilities. *J Abnorm Child Psychol*. 2002;30:127-41.
125. Wong BYL. Learning about learning disabilities. 3 ed. London, England: Academic Press Inc. (London); 2004 2004/12/13. 152 p.
126. Phares V. Understanding abnormal child psychology: John Wiley & Sons; 2020.
127. Snowling MJ. Dyslexia: A very short introduction: Oxford University Press; 2019.
128. Singh J, Arun P, Bajaj MK. Theory of Mind and Executive Functions in Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Specific Learning Disorder. *Indian J Psychol Med*. 2021;43(5):392-8.
129. McCue KA. Specificity of Deficits in Executive Functioning in Youth with Nonverbal Learning Disability, Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Reading Disorder [Ph.D.]. United States -- Illinois: Illinois Institute of Technology; 2021.
130. Maki K. Stigma and social-emotional health in youth with learning differences: University of San Francisco; 2021.
131. Doğan S, Özen A. Teaching Academic Skills to Children with Autism During Small Group Instruction with Typically Developing Peers. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi*. 2022;23(3):637-53.

132. Hosokawa R, Matsumoto Y, Nishida C, Funato K, Mitani A. Enhancing social-emotional skills in early childhood: intervention study on the effectiveness of social and emotional learning. *BMC Psychol.* 2024;12(1):761.
133. Swanson H. Meta-Analysis of Research on Children With Learning Disabilities. *Learning Disabilities: A Multidisciplinary Journal.* 2024;28.
134. Gilmore R, Ziviani J, Chatfield MD, Goodman S, Sakzewski L. Social skills group training in adolescents with disabilities: A systematic review. *Res Dev Disabil.* 2022;125:104218.
135. Jacob US, Edozie IS, Pillay J. Strategies for enhancing social skills of individuals with intellectual disability: A systematic review. *Front Rehabil Sci.* 2022;3:968314.
136. T.C. Millî Eğitim Bakanlığı Özel Eğitim Hizmetleri Yönetmeliği, (2018).
137. Heinemann KA, Bolanos H, Griffin JS. Learning Disabilities. In: Ryan CS, editor. Kimberly A Heinemann, Heather Bolanos and Jennifer S Griffin 2017. p. 111.
138. Slot E, Viersen S, Bree E, Kroesbergen E. Shared and Unique Risk Factors Underlying Mathematical Disability and Reading and Spelling Disability. *Frontiers in Psychology.* 2016;7.
139. Galuschka K, Ise E, Krick K, Schulte-Körne G. Effectiveness of treatment approaches for children and adolescents with reading disabilities: A meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS ONE.* 2014;9(2):e89900.
140. Wong BYL. Learning about learning disabilities. 3 ed. London, England: Academic Press Inc. (London); 2004 2004/12/13. 381 p.
141. Teresa AM-B. Introduction to sensory integration. *Foundations of Pediatric Practice for the Occupational Therapy Assistant: Routledge;* 2024. p. 143-76.
142. Chaves J, Taylor A. Creating sensory smart classrooms. 1 ed. London, England: Routledge; 2021 2021/3/31. 200 p.
143. Holloway K, Howard C, Collin M, Pillos P. Impact of Sensory Diets on Occupational Performance [Master Thesis]: Dominican University of California; 2025.
144. Kinnealey M, Pfeiffer B, Miller J, Roan C, Shoener R, Ellner ML. Effect of Classroom Modification on Attention and Engagement of Students With Autism or Dyspraxia. *Am J Occup Ther* 2012;66(5):511-9.
145. Ghaffari A, Azad A, Zarei MA, Rassafiani M, Sharif Nia H. Effect of Occupation Performance Coaching with Four-Quadrant Model of Facilitated Learning on Children with Specific Learning Disorder. *Occup Ther Int.* 2022;2022(1):4654204.
146. Türkben T. The effect of self-regulated strategy education on the writing skills of middle school students. *Int J Educ Lit Stud.* 2021;9(2):52.
147. Malekpour M, and Aghababaei S. The effect of executive functions training on the rate of executive functions and academic performance of students with learning disability. *Int J Dev Disabil.* 2013;59(3):145-55.
148. Emmanuel M, Gagné-Trudel S, Therriault P-Y, Cantin N. Effectiveness of CO-OP Approach for Children With Neurodevelopmental Disorders: A Systematic Review. *Arch Rehabil Res Clin Transl.* 2023;5:100260.
149. Tur-Kaspa H. Social Cognition in Learning Disabilities. In: Wong BYL, Donahue ML, editors. The social dimensions of learning disabilities. 1 ed. London, England: Routledge; 2002. p. 256.

150. Aruldass P, Sekar TS, Saravanan S, Samuel R, Jacob KS. Effectiveness of Social Skills Training Groups in Persons with Severe Mental Illness: A Pre-Post Intervention Study. *Indian J Psychol Med.* 2022;44(2):114-9.
151. Raghavan R, Patel PR. Learning disabilities and mental health. 1 ed. Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell; 2008 2008/4/15. 248 p.
152. Cook BG, Tankersley M, Landrum TJ, Scruggs TE, Mastropieri MA. Classroom behavior, contexts, and interventions. Scruggs TE, Mastropieri MA, editors. Bingley, England: Emerald Publishing; 2012 2012/9/13. 300 p.
153. P P, Raj P. Role of Physical Activity in Learning Disability: A Review. *Clinical and Experimental Psychology.* 2016;02.
154. Álvarez-Bueno C, Pesce C, Cavero-Redondo I, Sánchez-López M, Garrido-Miguel M, Martínez-Vizcaíno V. Academic Achievement and Physical Activity: A Meta-analysis. *Pediatrics.* 2017;140(6):e20171498.
155. Fathi Azar E, Mirzaie H, Jamshidian E, Hojati E. Effectiveness of perceptual-motor exercises and physical activity on the cognitive, motor, and academic skills of children with learning disorders: A systematic review. *Child: Care, Health and Development.* 2023;49(6):1006-18.
156. Punar E, Şevgin Ö. Effect of goal-directed perceptual-motor exercise on children with specific learning difficulties: a randomized controlled trial. *BMC Pediatrics.* 2024;24(1):820.
157. Zhang X, Wei Y. The role of dance movement therapy in enhancing emotional regulation: A literature review. *Heliyon.* 2024;10(15).
158. Tomaszewski C, Belot R-A, Essadek A, Onumba-Bessonnet H, Clesse C. Impact of dance therapy on adults with psychological trauma: a systematic review. *Eur J Psychotraumatol.* 2023;14(2):2225152.
159. Hyvönen K, Pylvänäinen P, Muotka J, Lappalainen R. The effects of dance movement therapy in the treatment of depression: a multicenter, randomized controlled trial in Finland. *Front psychol.* 2020;11:1687.
160. Schwender TM, Spengler S, Oedl C, Mess F. Effects of Dance Interventions on Aspects of the Participants' Self: A Systematic Review. *Front psychol.* 2018;Volume 9 - 2018.
161. Connolly MK, Edel Q, and Redding E. dance 4 your life: exploring the health and well-being implications of a contemporary dance intervention for female adolescents. *Res Dance Educ.* 2011;12(1):53-66.
162. Dumitru C. Exploring the transformative power of dance: A scoping review of dance interventions for adults with intellectual disabilities. *J Intellect Disabili.* 2023;17446295231218781.
163. Korkmaz O, Çiftci E. Oyun ve dans içerikli müzik eğitimi etkinliklerinin 9-10 yaş grubu çocukların özsaygı düzeylerine etkisi. *OPUS International Journal of Society Researches.* 2019;17(37):4199-229.
164. The American Dance Therapy Association (ADTA). 2025. [04.05.2025]. Available from: <https://www.adta.org/what-is-dancemovement-therapy>.
165. Shuper-Engelhard E, Vulcan M. Dance movement therapy with children: Practical aspects of remote group work. *Children.* 2022;9(6):870.
166. Ekici G. Dans ve Hareket Terapisi. In: Harutoğlu H, editor. *Fizyoterapi ve Rehabilitasyonda Özel Konular.* Ankara: Hipokrat Yayınevi; 2022. p. 512.

167. Kella K, Hyvönen K, Pylvänäinen P, Muotka J. Dance movement therapy for depressed clients: Profiles of the level and changes in depression. *Body Mov Dance Psychother.* 2022;17(2):133-49.
168. Upton J. When words are not enough: Creative therapeutic approaches. *Intellectual disability, trauma and psychotherapy: Routledge; 2008. p. 47-62.*
169. Cochet H, Byrne RW. Communication in the second and third year of life: Relationships between nonverbal social skills and language. *Infant Behav Dev.* 2016;44:189-98.
170. Boris R. The root of dance therapy: A consideration of movement, dancing, and verbalization vis-à-vis dance/movement therapy. *Psychoanal Inq.* 2001;21(3):356-67.
171. Unkovich G, Butt C, Butler J, Unkovich G, Butt C, Butler J. *Dance movement psychotherapy with people with learning disabilities. 1 ed. London, England: Routledge; 2017 2017/5/12. 154 p.*
172. Koch SC, Fischman D. Embodied enactive dance/movement therapy. *Am J Dance Ther.* 2011;33:57-72.
173. Gilbert AG. *Creative Dance for All Ages 2nd Edition: Human Kinetics; 2015.*
174. Gilbert AG. *Brain-Compatible Dance Education 2nd Edition: Human Kinetics; 2018.*
175. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences. Lawrence Erlbaum Associates; 1988.*
176. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang A-G. Statistical power analyses using G* Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behav Res Methods.* 2009;41(4):1149-60.
177. Chorpita BF, Yim L, Moffitt C, Umemoto LA, Francis SE. Assessment of symptoms of DSM-IV anxiety and depression in children: a revised child anxiety and depression scale. *Behav Res Ther.* 2000;38(8):835-55.
178. Ebesutani C, Bernstein A, Nakamura BJ, Chorpita BF, Weisz JR. A psychometric analysis of the revised child anxiety and depression scale--parent version in a clinical sample. *J Abnorm Child Psychol.* 2010;38(2):249-60.
179. Gormez V, Kilincaslan A, Ebesutani C, Orengul AC, Kaya I, Ceri V, et al. Psychometric properties of the parent version of the Revised Child Anxiety and Depression Scale in a clinical sample of Turkish children and adolescents. *Child Psychiatry & Human Development.* 2017;48(6):922-33.
180. Güçray S. Çocuk yuvasında ve ailelerinin yanında kalan 9-10-11 yaşlarındaki çocukların benlik saygısını etkileyen bazı faktörler. Hacettepe Üniversitesi, Ankara. 1989.
181. Turan N, Tufan B, editors. *Coopersmith Benlik Saygisi Envanteri'nin (SEI) Geçerlik-Güvenirlilik Çalışması. 23rd National Psychiatry and Neurological Sciences Congress; 1987.*
182. Pişkin M. *Self-esteem and locus of control of secondary school children both in England and Turkey: University of Leicester; 1996.*
183. Akçamete G, Avcıoğlu H. Sosyal becerileri değerlendirme ölçeğinin (7-12 yaş) geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi.* 2005;5(2):61-77.
184. Gökcen A, Ekici G, Bağcı E, Şen DT. Investigation of the effect of goal-oriented dance movement therapy on depressive symptoms in people with

- schizophrenia: a rater-blinded randomised controlled study. *Int J Ther Rehabil.* 2024;31(2):1-10.
185. Baştürk S, Gamze E, Fatoş K, Faruk DÖ, and Ekici B. Therapeutic effects of line dancing in people with multiple sclerosis: an evaluator-blinded, randomized controlled study. *Arts & Health.* 1-13.
186. Gökçen A, Ekici G, Abaoğlu H, Şen DT. The healing effect of goal-oriented dance and movement therapy in schizophrenia: A rater-blinded randomized controlled trial. *Art Psychother.* 2020;71:101702.
187. Ekici G. Dance and Movement Therapy. *Special Topics in Physiotherapy and Rehabilitation* 2023. p. 504.
188. Klassen RM, Tze VMC, Hannok W. Internalizing Problems of Adults With Learning Disabilities: A Meta-Analysis. *J Learn Disabil.* 2011;46(4):317-27.
189. Hussein ZA, Abdel-Aty SA-R, Elmeniawey GH. Sensory-based motor processing in children with specific learning disabilities. *Physiother Quart.* 2023;31(1):95-9.
190. Tolar TD, Fuchs L, Fletcher JM, Fuchs D, Hamlett CL. Cognitive Profiles of Mathematical Problem Solving Learning Disability for Different Definitions of Disability. *J Learn Disabil.* 2014;49(3):240-56.
191. Chappelle E. *BrainDance Music.* Seattle: Ravenna Ventures, Inc.; 2007.
192. Ikson. *New Day. New Day by Ikson* 2017.
193. Payne H. *Supervision of dance movement psychotherapy.* 1 ed. London, England: Routledge; 2008 2008/8/18. 208 p.
194. Deveci M, Koç ES. Öğrenme Güçlüğü Konusunda Yayınlanmış Makalelerin Karşılaştırmalı Olarak İncelenmesi, WOS ve TR Dizin Örneği. *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi.* 2020;9(5):4088-120.
195. Lone A, Khan AS, AlWadani FAS, Almaqhawi A. Impact of Socio-Demographic Factors on Quality of Life and Coping Strategies of Children with Different Disabilities. *Medicina (Kaunas).* 2024;60(10).
196. Quinn JM. Differential identification of females and males with reading difficulties: A meta-analysis. *Reading and Writing.* 2018;31(5):1039-61.
197. Quinn JM, Wagner RK. Gender Differences in Reading Impairment and in the Identification of Impaired Readers: Results From a Large-Scale Study of At-Risk Readers. *J Learn Disabil.* 2015;48(4):433-45.
198. McManus IC. The history and geography of human handedness. *Language lateralization and psychosis.* 2009:37-57.
199. Yılmaz S, Akyüz F. The relationship between speech difficulties and brain laterality in Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Specific Learning Disorder. *Acta Medica Alanya.* 2021;5(3):250-6.
200. Sakellariou M, Strati P, Mitsi P. Tackling learning difficulties with the art of dance and movement in preschool age in the Greek school. *Int J High Educ.* 2020;5(1):1-8.
201. Illsley S. *Investigation Into Participation in Dance Groups for Adults With Learning Disabilities: Canterbury Christ Church University (United Kingdom);* 2023.
202. Maag JW, Reid R. Depression among students with learning disabilities: assessing the risk. *J Learn Disabil.* 2006;39(1):3-10.
203. Nelson JM, Harwood H. Learning disabilities and anxiety: A meta-analysis. *J Learn Disabil.* 2011;44(1):3-17.

204. Mammarella IC, Ghisi M, Bomba M, Bottesi G, Caviola S, Broggi F, et al. Anxiety and Depression in Children With Nonverbal Learning Disabilities, Reading Disabilities, or Typical Development. *J Learn Disabil.* 2014;49(2):130-9.
205. Sender B, Bielikova K, Kudlova K, editors. Emotional Problems and Self-Evaluation of High School Students With Learning Disabilities. *INTED2024 Proceedings*; 2024: IATED.
206. McBride C. *Coping with dyslexia, dysgraphia and ADHD.* 1 ed. London, England: Routledge; 2019 2019/1/18. 242 p.
207. Poon T. *Dance/Movement Therapy's influence on students' social-emotional learning and academic success: Developing a method in Hong Kong*: Lesley University; 2023.
208. Moula Z, Powell J, Brocklehurst S, Karkou V. Feasibility, acceptability, and effectiveness of school-based dance movement psychotherapy for children with emotional and behavioral difficulties. *Front psychol.* 2022;Volume 13 - 2022.
209. Yeren W, Jarupeng M. The effect of sports dance on self-esteem among college students: Srinakharinwirot University; 2024.
210. Li X, Yang Q, Long J, Zhou L, Lu C, Zhou Z, et al. Effects of a 16-week dance intervention on loneliness and self-esteem in left behind children: a randomised controlled trial. *Scientific Reports.* 2025;15(1):3268.
211. Koch SC, Riege RF, Tisborn K, Biondo J, Martin L, Beelmann A. Effects of dance movement therapy and dance on health-related psychological outcomes. A meta-analysis update. *Front psychol.* 2019;10:1806.
212. Karkou V, Aithal S, Zubala A, Meekums B. Effectiveness of dance movement therapy in the treatment of adults with depression: A systematic review with meta-analyses. *Front Psychol.* 2019;10:936.
213. Kella K, Katriina H, Päivi P, and Muotka J. Dance movement therapy for depressed clients: Profiles of the level and changes in depression. *Body Mov Dance Psychother.* 2022;17(2):133-49.
214. Olmedo M. *Moving through depression: development of a dance/movement therapy method in psychiatric inpatient care.* 2020.
215. Hyvönen K, Pylvänäinen P, Muotka JS, Lappalainen R. The Effects of Dance Movement Therapy in the Treatment of Depression: A Multi-Centre, Randomised Controlled Trial in Finland. *Front psychol.* 2020;11:1687.
216. Pylvänäinen PM, Muotka JS, Lappalainen R. A dance movement therapy group for depressed adult patients in a psychiatric outpatient clinic: effects of the treatment. *Frontiers in psychology.* 2015;6:980.
217. Bräuninger I. The efficacy of dance movement therapy group on improvement of quality of life: A randomized controlled trial. *The Arts in Psychotherapy.* 2012;39(4):296-303.
218. Jeong Y-J, Hong S-C, Lee MS, Park M-C, Kim Y-K, Suh C-M. Dance movement therapy improves emotional responses and modulates neurohormones in adolescents with mild depression. *Int J Neurosci.* 2005;115(12):1711-20.
219. Homann K. Embodied Concepts of Neurobiology in Dance/Movement Therapy Practice. *Am J Dance Ther.* 2010;32:80-99.
220. Xu Q, Xu B, Lin D. Assessing dance movement therapy in Chinese undergraduates with depression and anxiety: An initial randomized controlled trial. *Arts Psychother.* 2024;89:102147.

221. Anderson A, Mathews R. Dance/movement interventions and students with disabilities: A critical review. *Routledge Open Research*. 2024;3:30.
222. Kotaman H, İnceoğlu SÖ, Kotaman Ş. Dancing program and young children's social development. *Curr Psychol Rev*. 2024;43(21):19171-9.
223. Scatozza L, J. BP, and Fletcher PC. The effects of dance movement therapy for children with Autism spectrum disorder. *Res Dance Educ*.1-18.
224. Ma G, Wang Z. A study on dance/movement therapy to improve core symptoms in children with autism spectrum disorder. *Arts Psychother*. 2025;94:102300.
225. Turkcan AN. Effectiveness of Dance Movement Therapy on the Quality of Gait and Socialization of Children with Cerebral Palsy: Lesley University; 2016.
226. Lee T-C, Lin Y-S, Chiang C-H, Wu M-H. Dance/movement therapy for children suffering from earthquake trauma in Taiwan: A preliminary exploration. *Arts Psychother*. 2013;40(1):151-7.
227. Serlin IAK, J. Ryan. Dance/Movement as a Holistic treatment. *Holistic Treatment in Mental Health: A Handbook of Practitioners' Perspectives*2020. p. 61.
228. Miller L. Dance movement therapy and holism: Moving beyond body/mind/spirit. 2016.
229. Noyes J, Booth A, Moore G, Flemming K, Tunçalp Ö, Shakibazadeh E. Synthesising quantitative and qualitative evidence to inform guidelines on complex interventions: clarifying the purposes, designs and outlining some methods. *BMJ Glob Health*. 2019;4(Suppl 1):e000893.
230. Lim WM. What Is Qualitative Research? An Overview and Guidelines. *Australasian Marketing Journal*. 2024;33(2):199-229.
231. Bacanlı H, Erdoğan F. Matson & Cedil; ocuklarda Sosyal Becerileri Değerlendirme Ölçeğinin (MESSY) Türkçeye Uyarlanması. *Educational Sciences: Theory & Practice*. 2003;3(2).
232. Achenbach TM. Child Behavior Checklist. In: Kreutzer JS, DeLuca J, Caplan B, editors. *Encyclopedia of Clinical Neuropsychology*. New York, NY: Springer New York; 2011. p. 546-52.
233. Yalın Sapmaz Ş, Özek Erkuran H, Karaarslan D, Öztürk M, Yörük Ülker G, SERİM DEMİRGÖREN B, et al. Validity and reliability of the Turkish version of DSM-5 level 2 anxiety scale (Child form for 11-17 years and parent form for 6-17 years). *Noropsikiyatri Arsivi*. 2018;55(2).
234. Sparrow SS. Vineland adaptive behavior scales. *Encyclopedia of clinical neuropsychology*: Springer; 2011. p. 2618-21.
235. Albin CM. The Benefit of Movement: Dance/Movement Therapy and Down Syndrome. *J Dance Educ*. 2016;16(2):58-61.
236. Balgaonkar AV. Effect of dance/motor therapy on the cognitive development of children. *Int J Arts*. 2010;3(11):54-72.
237. Bégel V, Bachrach A, Dalla Bella S, Laroche J, Clément S, Riquet A, et al. Dance improves motor, cognitive, and social skills in children with developmental cerebellar anomalies. *The Cerebellum*. 2022;21(2):264-79.

8. EKLER

EK-1: Etik Kurul Karar Yazısı



Lokman Hekim Üniversitesi
Bilimsel Araştırmalar
Etik Kurulu

Toplantı sayısı	Karar Sayısı	Toplantı tarihi
2023/9	1	20 Eylül 2023

Lokman Hekim Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı Prof.Dr.Feyyaz ONUR'un daveti üzerine 20 Eylül 2023 tarihinde aşağıdaki gündemle toplandı. Toplantıda Lokman Hekim Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu çalışma esasları hakkındaki yönergenin 6/6 maddesi gereğince etik kuruldaki görevli üyelerin çoğunluğunun toplantıda bulunduğu tespit edildi.

KARARLAR	
Karar No. 2023/164: Dr. Öğr.Üyesi Mustafa CEMAL'in sorumlu araştırmacısı olduğu "Özgül Öğrenme Bozukluğu Olan Çocuklarda Dans/Hareket Tedavisinin Psikososyal Etkilerinin İncelenmesi : 6 Ay Takipli-Randomize Kontrollü Çalışma" başlıklı (Kod No. 2023154) çalışma ETİK OLARAK UYGUN BULUNMUŞTUR	
ETİK KURUL ÜYESİ	İMZA
Prof. Dr. Feyyaz ONUR, Eczacılık Fakültesi <i>Başkan</i>	
Prof. Dr. Fatih BAKIR, Tıp Fakültesi <i>Başkan Yardımcısı</i>	
Prof.Dr. Belma TURAN, Tıp Fakültesi <i>Üye</i>	
Prof. Dr. Mete KÖRSAL, Tıp Fakültesi <i>Üye</i>	
Doç. Dr. Banu ÜNVER, Sağlık Bilimleri Fakültesi <i>Üye</i>	
Dr. Öğr. Üyesi Safiye GÖÇER, Tıp Fakültesi <i>Üye</i>	
Dr. Öğr. Üyesi Nükhet BAYER, Sağlık Bilimleri Fakültesi <i>Üye</i>	
Dr. Öğr. Elif Tuba AKÇİN, Diş Hekimliği Fakültesi <i>Üye</i>	
Dr. Öğr. Üyesi Sinem COŞKUN, Diş Hekimliği Fakültesi <i>Üye</i>	
Dr. Öğr. Üyesi Açelya ERİKÇİ, Eczacılık Fakültesi <i>Üye</i>	
Av. Cansu İNALTUN YILDIZ, Hukuk Müşavirliği <i>Üye</i>	

EK-2: Araştırma İzni

T.C.
MUĞLA VALİLİĞİ
İl Millî Eğitim Müdürlüğü

Tarih: 07/12/2023 09:47
Sayı: E-605.01-00003239920



Sayı : E-70004082-605.01-91459782
Konu : Arif GÖKÇEN'in Araştırma İzni

06.12.2023

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi : 06.10.2023 tarihli ve 3125559 sayılı yazınız.

Rektörlüğünüz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ergoterapi Bölümü Doktora Programı öğrencisi Arif GÖKÇEN'in "Özgül Öğrenme Bozukluğu Olan Çocuklarda Dans/Hareket Tedavisinin Psikososyal Etkilerinin İncelenmesi: 6 Ay Takipli Randomize Kontrollü Çalışma" konulu araştırmayla ilgili İlimiz Fethiye ilçesine bağlı resmi İlkokul, Ortaokul ve Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezlerinde öğrenim gören öğrencilere ölçekleri uygulama talebi incelenmiş olup,

2023-2024 eğitim öğretim yılında, eğitim öğretimi aksatmayacak şekilde, denetimi İlçe Millî Eğitim Müdürlükleri ve okul/kurum idaresinde olmak üzere, kurum müdürün uygun gördüğü 1 (bir) ders saatlik zaman diliminde, gönüllülük esasına göre, Millî Eğitim Müdürlüğü tarafından mühürlenmiş ölçeklerin kullanılması ve sonuç raporunun çalışmanın bitimini takip eden 30 gün içerisinde cd ile müdürlüğümüze teslim edilmesi koşuluyla uygun görüldüğüne ilişkin 05.12.2023 tarihli ve 91343066 sayılı Valilik Makam Oluru yazımız ekinde sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Emre ÇAY
İl Millî Eğitim Müdürü

Ek :

- 1-Valilik Makam Oluru (1 Sayfa)
- 2-Araştırma Değerlendirme Formu (1 Sayfa)
- 3-Mühürlü Ölçekler (7 Sayfa)

Bu belge güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Adres : Emirbeyazıt Mah. Dr. Baki Ünlü Cad. No:12/1 menteşe/MUĞLA Belge Doğrulama Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/meb-ebys>

Telefon No : 0 (252) 280 48 23

E-Posta: istatistik48@meb.gov.tr

Keş Adresi : meb@hs01.kep.tr

İnternet Adresi: <https://mugla.meb.gov.tr/>

Bilgi için: T.KAPTAN

Unvan : Şef

Faks:2522804869

Bu evrak güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. <https://evraksorgu.meb.gov.tr> adresinden 03b4-c5f2-3690-8ebf-6530 kodu ile teyit edilebilir.

EK-3: Tez Çalışması Orijinallik Raporu

7% Genel Benzerlik

Her veri tabanı için çıkarılan kaynaklar da dâhil tüm eşleşmelerin kombine toplamı.




Rapordan Filtrelenen

- Bibliyografya
- Alıntılanan Metin
- Atıf Yapılan Metin
- Küçük Eşleşmeler (8 sözcükten az)

Hariç tutulacaklar

- 155 Çıkarılan Kaynak

Ön Sıradaki Kaynaklar

- 0%  İnternet kaynakları
- 7%  Yayınlar
- 0%  Gönderilen çalışmalar (Öğrenci Makaleleri)

Bütünlük Bayrakları

İnceleme için 1 Bütünlük Bayrağı

- **Değiştirilen Karakterler**
5 sayfada 39 şüpheli karakter

Harfler başka bir alfabeden benzer karakterlerle değiştirilir.

Sistemimizin algoritmaları bir belgede, onu normal bir gönderiden ayarabilecek her türlü tutarsızlığı derinlemesine inceler. Tuhaf bir şey fark edersek incelemeniz için bayrak ekleriz.

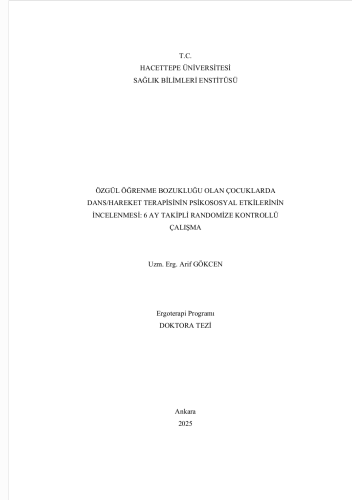
Bir Bayrak mutlaka bir sorun olduğunu göstermez. Ancak daha fazla inceleme için dikkatinizi vermenizi öneririz.

EK-4: Dijital Makbuz**Dijital Makbuz**

Bu makbuz ödevinizin Turnitin'e ulaştığını bildirmektedir. Gönderiminize dair bilgiler şöyledir:

Gönderinizin ilk sayfası aşağıda gönderilmektedir.

Gönderen: Arif Gökçen
Ödev başlığı: ÖZGÜL ÖĞRENME BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUKLARDA DANS/H...
Gönderi Başlığı: ÖZGÜL ÖĞRENME BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUKLARDA DANS/H...
Dosya adı: Arif_Gökçen_doktora_tez_16.07.2025_SON.docx
Dosya boyutu: 863.95K
Sayfa sayısı: 119
Kelime sayısı: 27,511
Karakter sayısı: 190,066
Gönderim Tarihi: 05-Ağu-2025 11:37ÖÖ (UTC+0300)
Gönderim Numarası: 2725575107



EK-5: Aydınlatılmış Onam Formları

Araştırma Amaçlı Çalışma İçin Ebeveyn Aydınlatılmış Onam Formu (Dans/Hareket Terapisi Grubu için)

Değerli Anne ve Babalar;

Özgül Öğrenme Bozukluğu hastalığıyla ilgili yeni bir araştırma yapmaktayız. Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Çocuğunuzun “Özgül Öğrenme Bozukluğu Olan Çocuklarda Dans/Hareket Terapisinin Psikososyal Etkilerinin İncelenmesi: 6 Ay Takipli - Randomize Kontrollü Çalışma” isimli bir çalışmada yer alabilmesi için sizden izin istiyoruz. Çocuğunuzun bu çalışmaya davet edilmesinin nedeni onda özgül öğrenme bozukluğu hastalığının görülmüş olmasıdır. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çocuğunuzun çalışmaya katılması konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer çocuğunuzun katılmasını isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Bu araştırma hakkında çocuğunuza da bilgi vereceğiz ve ondan da bu çalışmaya katılması için izin alacağız.

Çalışmanın amaçları ve dayanağı nelerdir, çocuğumdan başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?

- Çalışmamız özgül öğrenme bozuklukları çocuklarda uygulanacak olan dans/hareket terapisinin anksiyete, depresyon belirtileri, benlik saygısı ve sosyal beceriler üzerine uzun dönemli etkisini incelemek amacıyla planlanmıştır.
- Özgül öğrenme bozukluğu olan çocukların akademik başarılarındaki düşüklük, onları depresyon ve anksiyeteye sürükleyebilmekle beraber, onların benlik saygısı ve sosyal becerilerinin gelişiminin önüne geçebilmektedir.

Çocuğum bu çalışmaya katılmalı mı?

Çocuğunuzun bu çalışmada yer alıp almaması tamamen size bağlıdır. Eğer katılmasına izin verirseniz bu yazılı bilgilendirilmiş olur formu imzalanmak için size verilecektir. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda çocuğunuzun çalışmadan çekebilirsiniz. Eğer katılmasını istemezseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, terapistler tarafından çocuğunuz için en uygun tedavi planı uygulanacaktır. Aynı şekilde çalışmayı yürüten araştırmacı çocuğunuzun çalışmaya devam etmesinin yararlı olmayacağına karar verebilir ve onu çalışma dışı bırakabilir.

Çocuğum bu çalışmaya katılırsa onu neler bekliyor?

Eğer çocuğunuzun bu araştırmaya katılmasını kabul ederseniz, yapılacak olan dans/hareket terapisinin öncesinde, sonrasında ve eğitimin bitimini takiben 6 ay sonunda, Prof. Dr. Gamze EKİCİ ÇAĞLAR, Dr. Öğr. Üyesi Mustafa CEMALİ veya Uzm. Erg. Arif GÖKCEN tarafından sosyo-demografik veri formu, Coopersmith

Benlik Saygısı Envanteri, Çocukta Anksiyete Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş-Ebeveyn Formu ve Sosyal Becerileri Değerlendirme Ölçeği ile değerlendirilerek çocuğunuza ait bulgular kaydedilecektir. Çocuğunuz rutin özel eğitim ve rehabilitasyon programlarının yanında bu araştırma kapsamında 8 hafta boyunca, haftada 2 seans olmak üzere dans ve eğlenceli hareketleri içeren dans/hareket terapisi alacaktır. Çocuğunuzun bu çalışmada her seans için kalma süresi ortalama 40 dk olarak düşünülmüştür.

Çalışmanın riskleri ve rahatsızlıkları nelerdir, çocuğumun görebileceği olası bir zarar durumunda ne yapılacak?

Çalışmanın herhangi riski ve olası bir yan etkisi söz konusu değildir. Araştırmadan dolayı çocuğunuzun göreceği olası bir zararda gerekli her türlü tıbbi müdahale tarafımızdan yapılacaktır; bu konudaki tüm harcamalar da tarafımızdan üstlenilecektir.

Çocuğumun bu çalışmada yer almasının yararları nelerdir?

Çocuğunuzda bu çalışma ile duygudurumu, benlik saygısı, sosyal beceri düzeylerinde iyileşmeler sağlanabileceği ileri görülmektedir.

Çocuğumun bu çalışmaya katılmasının maliyeti nedir?

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Çocuğumun kişisel bilgileri nasıl kullanılacak?

Çalışma doktorunuz çocuğunuz ile ilgili kişisel bilgileri, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak çocuğunuzun kimlik bilgileri gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, çocuğunuz ile ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, sonuçlar hakkında bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak çocuğunuzun kimliği açıklanmayacaktır.

Daha fazla bilgi, yardım ve iletişim için kime başvurabilirim?

Çalışma ile ilgili bir sorunuz olduğunda ya da çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI: Uzm. Erg. Arif GÖKCEN

ADI: Dr. Öğr. Üyesi Mustafa CEMALİ

GÖREVİ: Yardımcı Araştırmacı

GÖREVİ: Sorumlu Araştırmacı

TELEFON:

TELEFON:

(Katılımcı çocuğun ebeveyninin beyanı)

Prof. Dr. Gamze EKİCİ ÇAĞLAR, Dr. Öğr. Üyesi Mustafa CEMALİ ve Uzm. Erg. Arif GÖKCEN tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum.

Çocuğumun araştırmaya katılması konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer çocuğumun çalışmaya katılmasını reddedersem, bu durumun çocuğumun eğitimine ve terapisti ile olan ilişkime herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Çalışmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden çocuğumu araştırmadan çekebilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

İster doğrudan ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Eğer bu araştırmaya çocuğumun katılımını onaylarsam terapist ile çocuğum arasında kalması gereken çocuğuma ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımızda; herhangi bir saatte, Uzm. Erg. Arif GÖKCEN'i telefonla arayabileceğimi biliyorum. Adres bilgileri de tarafıma iletildi:

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla, çocuğumun söz konusu araştırmaya katılmasını gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Görüşme Tanığı

Katılımcı ile Görüşen Hekim

Adı Soyadı :

Adres :

Tel. :

Tarih :

İmza :

Araştırma Amaçlı Çalışma İçin Ebeveyn Aydınlatılmış Onam Formu (Kontrol Grubu İçin)

Değerli Anne ve Babalar;

Özgül öğrenme bozukluğu hastalığıyla ilgili yeni bir araştırma yapmaktayız. Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Çocuğunuzun, özel eğitim ve rehabilitasyon merkezinde yapılması planlanan “Özgül Öğrenme Bozukluğu Olan Çocuklarda Dans/Hareket Tedavisinin Psikososyal Etkilerinin İncelenmesi: 6 Ay Takipli - Randomize Kontrollü Çalışma” isimli bir çalışmada yer alabilmesi için sizden izin istiyoruz. Çocuğunuzun bu çalışmaya davet edilmesinin nedeni onda özgül öğrenme bozukluğu hastalığının görülmüş olmasıdır. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çocuğunuzun çalışmaya katılması konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer çocuğunuzun katılmasını isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Bu araştırma hakkında çocuğunuza da bilgi vereceğiz ve ondan da bu çalışmaya katılması için izin alacağız.

Çalışmanın amaçları ve dayanağı nelerdir, çocuğumdan başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?

- Çalışmamız özgül öğrenme bozuklukları çocuklarda uygulanacak olan dans/hareket terapisinin anksiyete, depresyon belirtileri, benlik saygısı ve sosyal beceriler üzerine uzun dönemli etkisini incelemek amacıyla planlanmıştır.
- Özgül öğrenme bozukluğu olan çocuklar akademik başarılarındaki düşüklük, onları depresyon ve anksiyeteye sürükleyebilmekle beraber, onların benlik saygısı ve sosyal becerilerinin gelişiminin önüne geçebilmektedir.

Çocuğum bu çalışmaya katılmalı mı?

Çocuğunuzun bu çalışmada yer alıp almaması tamamen size bağlıdır. Eğer katılmasına izin verirseniz bu yazılı bilgilendirilmiş olur formu imzalanmak için size verilecektir. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda çocuğunuzun çalışmadan çekebilirsiniz. Eğer katılmasını istemezseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, terapistler tarafından çocuğunuz için en uygun tedavi planı uygulanacaktır. Aynı şekilde çalışmayı yürüten araştırmacı çocuğunuzun çalışmaya devam etmesinin yararlı olmayacağına karar verebilir ve onu çalışma dışı bırakabilir.

Çocuğum bu çalışmaya katılırsa onu neler bekliyor?

Eğer çocuğunuzun bu araştırmaya katılmasını kabul ederseniz, yapılacak olan dans/hareket terapisinin öncesinde, sonrasında ve tedavinin bitimini takiben 6 ay sonunda, Prof. Dr. Gamze EKİCİ ÇAĞLAR, Dr. Öğr. Üyesi Mustafa CEMALİ veya

Uzm. Erg. Arif GÖKCEN tarafından sosyo-demografik veri formu, Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri, Çocukta Anksiyete Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş-Ebeveyn Formu ve Sosyal Becerileri Değerlendirme Ölçeği ile değerlendirilerek çocuğunuza ait bulgular kaydedilecektir. Yapılan randomizasyon yöntemi sonucunda çocuğunuz bu araştırmaya kontrol grubunda yer alacaktır. Bu araştırma kapsamında çocuğunuza dans/hareket terapisi verilmeyecek olup eğer halihazırda devam ediyorsa rutin özel eğitim ve rehabilitasyon programlarına devam etmesine engel bir durum söz konusu değildir.

Çalışmanın riskleri ve rahatsızlıkları nelerdir, çocuğumun görebileceği olası bir zarar durumunda ne yapılacaktır?

Çalışmanın herhangi riski ve olası bir yan etkisi söz konusu değildir. Araştırmadan dolayı çocuğunuzun göreceği olası bir zararda gerekli her türlü tıbbi müdahale tarafımızdan yapılacaktır; bu konudaki tüm harcamalar da tarafımızdan üstlenilecektir.

Çocuğumun bu çalışmaya katılmasının maliyeti nedir?

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Çocuğumun kişisel bilgileri nasıl kullanılacaktır?

Çalışma doktorunuz çocuğunuz ile ilgili kişisel bilgileri, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak çocuğunuzun kimlik bilgileri gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, çocuğunuz ile ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, sonuçlar hakkında bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak çocuğunuzun kimliği açıklanmayacaktır.

Daha fazla bilgi, yardım ve iletişim için kime başvurabilirim?

Çalışma ile ilgili bir sorunuz olduğunda ya da çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI: Uzm. Erg. Arif GÖKCEN

ADI: Dr. Öğr. Üyesi Mustafa CEMALİ

GÖREVİ: Yardımcı Araştırmacı

GÖREVİ: Sorumlu Araştırmacı

TELEFON:

TELEFON:

(Katılımcı çocuğun ebeveyninin beyanı)

Prof. Dr. Gamze EKİCİ ÇAĞLAR, Dr. Öğr. Üyesi Mustafa CEMALİ ve Uzm. Erg. Arif GÖKCEN tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum.

Çocuğumun araştırmaya katılması konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer çocuğumun çalışmaya katılmasını reddedersen, bu durumun

çocuğumun eğitimine ve terapisti ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Çalışmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden çocuğumu araştırmadan çekebilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Eğer bu araştırmaya çocuğumun katılımını onaylarsam terapist ile çocuğum arasında kalması gereken çocuğuma ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımızda; herhangi bir saatte, Uzm. Erg. Arif Gökçen'i telefonla arayabileceğimi biliyorum. Adres bilgileri de tarafıma iletildi:

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla, çocuğumun söz konusu araştırmaya katılmasını gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Görüşme Tanığı

Katılımcı ile Görüşen Hekim

Adı Soyadı :

Adres :

Tel. :

Tarih :

İmza :

ARAŞTIRMA AMAÇLI ÇALIŞMA İÇİN ÇOCUK RIZA FORMU
(Dans/Hareket Terapisi Grubu için)

Sevgili Kardeşim,

Benim adım Uzm. Erg. Arif Gökçen. Senin şu andaki hastalığın olan, özgül öğrenme bozukluğu konusunda bir araştırma yapıyoruz. Amacımız, bu hastalığın tedavisinde ve senin gibi bu rahatsızlığa sahip olan çocukların okullardaki başarılarını artırmayı ve çocukların daha iyi hissetmelerini sağlamaktır. Bunun için sadece 8 hafta boyunca, haftada 2 defa olmak üzere dans ve eğlenceli hareketleri içeren bir terapi verilecektir. Verilecek olan bu tedavinin öncesinde, sonrasında ve tedavinin bitiminden 6 ay sonra tekrar yapılmak üzere 3 defa seninle birebir görüşme yapılacaktır. Sana bu görüşmelerde senin hakkında sorular soracağız.

Araştırmaya benim dışında bazı başka bilim insanları katılacaklar. Eğer sen de bu araştırmaya katılmayı istersen, sana verilecek olan eğitim dışında herhangi bir şey yapılmayacaktır. Bu araştırmanın sonuçlarını başka bilim insanlarına da söyleyeceğiz ancak senin adın ve ölçüm sonuçlarını kimseye açıklamayacağız. Bu araştırma hakkında anne ve babana bilgi vereceğiz ve senin de bu çalışmaya katılıp katılmaman için onlardan izin alacağız. Sen de bu konuyu anne ve/veya baban ile konuşabilirsin. Eğer katılmak istemezsen hiç kimse sana kızmaz veya küsmez. Terapistlerin sana önceden olduğu gibi iyi davranacak, tedavini aynen sürdürecektir. Bu araştırma hakkında anne ve babana bilgi vereceğiz ve senin de bu çalışmaya katılıp katılmaman için onlardan izin alacağız. Sen de bu konuyu anne ve/veya baban ile konuşabilirsin. Eğer katılmak istemezsen hiç kimse sana kızmaz veya küsmez. Terapistlerin sana önceden olduğu gibi iyi davranacak, tedavini aynen sürdürecektir. Aklına şimdi gelen veya daha sonra gelecek soruları bana sorabilirsin. Telefon numaram ve adresim aşağıda yazıyor.

Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorsan lütfen aşağıya adını ve soyadını yazarak imzanı at. Daha sonra bu formun bir kopyası sana ve ailine verilecektir.

Çocuğun adı- soyadı:

Çocuğun imzası:

Tarih:

Velisinin adı- soyadı:

Velisinin imzası:

Tarih:

Araştırmacının adı-soyadı, ünvanı: Uzm. Erg. Arif Gökçen

Adres:

Tel:

İmza:

ARAŞTIRMA AMAÇLI ÇALIŞMA İÇİN ÇOCUK RIZA FORMU
(Kontrol Grubu için)

Sevgili Kardeşim,

Benim adım Uzm. Erg. Arif Gökçen. Senin şu andaki hastalığın olan, özgül öğrenme bozukluğu konusunda bir araştırma yapıyoruz. Amacımız, bu hastalığın tedavisinde ve senin gibi bu rahatsızlığa sahip olan çocukların okullardaki başarılarını artırmayı ve çocukların daha iyi hissetmelerini sağlamaktır. Bunun için ilk şu an, ikincisi 8 hafta sonra, üçüncü 6 ay sonra olmak üzere seninle toplamda 3 defa birebir görüşme yapılacaktır. Sana bu görüşmelerde senin hakkında sorular soracağız.

Araştırmaya ben Uzm. Erg. Arif Gökçen ve bazı başka bilim insanları katılacaklar. Eğer sen de bu araştırmaya katılmayı istersen, sana verilecek olan terapi dışında herhangi bir şey yapılmayacaktır. Bu araştırmanın sonuçlarını başka bilim insanlarına da söyleyeceğiz ancak senin adın ve ölçüm sonuçlarını kimseye açıklamayacağız. Bu araştırma hakkında anne ve babana bilgi vereceğiz ve senin de bu çalışmaya katılıp katılmaman için onlardan izin alacağız. Sen de bu konuyu anne ve/veya baban ile konuşabilirsin. Eğer katılmak istemezsen hiç kimse sana kızmaz veya küsmez. Terapistlerin sana önceden olduğu gibi iyi davranacak, tedavini aynen sürdürecektir. Bu araştırma hakkında anne ve babana bilgi vereceğiz ve senin de bu çalışmaya katılıp katılmaman için onlardan izin alacağız. Sen de bu konuyu anne ve/veya baban ile konuşabilirsin. Eğer katılmak istemezsen hiç kimse sana kızmaz veya küsmez. Terapistlerin sana önceden olduğu gibi iyi davranacak, tedavini aynen sürdürecektir. Aklına şimdi gelen veya daha sonra gelecek soruları bana sorabilirsin. Telefon numaram ve adresim aşağıda yazıyor.

Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorsan lütfen aşağıya adını ve soyadını yazarak imzanı at. Daha sonra bu formun bir kopyası sana ve ailene verilecektir.

Çocuğun adı- soyadı:

Çocuğun imzası:

Tarih:

Velisinin adı- soyadı:

Velisinin imzası:

Tarih:

Araştırmacının adı-soyadı, ünvanı: Uzm. Erg. Arif Gökçen

Adres:

Tel:

İmza:

EK-6: Sosyodemografik Değerlendirme

- Katılımcının yaşı (yıl):
- Cinsiyet:
- Eğitim süresi (yıl):
- Kardeş sayısı:
- Dominant taraf (el): Sağ: Sol: El tercihi yok (her iki el):
- Tam süresi (yıl):

EK-7: Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri

		Evete (Benim gibi)	Hayır (Benim gibi değil)
	?		
1.	Olup bitenlerden genellikle rahatsızlık duymam.		
2.	Sınıfın önünde konuşma yapmak bana oldukça güç gelir.		
3.	Eğer gücüm yetse kendimle ilgili değiştirmek istediğim pek çok özelliğim var.		
4.	Herhangi bir konuda fazla zorlanmadan karar verebilirim.		
5.	İnsanlar benimle birlikteyken hoş ve neşeli vakit geçirirler.		
6.	Evdeyken kolayca canım sıkılır, moralim bozulur.		
7.	Yeni şeylere alışmam uzun zaman alır.		
8.	Yaşıtlarımın arasında seviliyorum.		
9.	Anne ve babam genellikle duygularımı dikkate alır.		
10.	Güçlükler karşısında kolayca pes ederim.		
11.	Anne ve babamın benden beklentisi çok fazla (aşırı derecede).		
12.	Kendim olabilmek oldukça zor.		
13.	Hayatımdaki her şey karmakarışık.		
14.	Arkadaşlarım genellikle sözümü dinler, düşüncelerimi izlerler.		
15.	Kendime ait düşüncelerim olumsuz.		
16.	Pek çok kere evden ayrılmayı (başımı alıp gitmeyi) istemişimdir.		

17.	Okulda sıkça moralimin bozulduğunu, canımın sıkıldığını hissediyorum.		
18.	Çoğu insan kadar güzel görünümlü biri değilim.		
19.	Söyleyecek bir şeyim olduğunda, genellikle çekinmeden söylerim.		
20.	Anne - babam beni anlıyor.		
21.	İnsanların çoğu benden daha çok seviyor.		
22.	Anne ve babamın çoğu zaman beni sanki zorladıklarını hissediyorum.		
23.	Okulda çoğu zaman cesaretim kırılıyor.		
24.	Sık sık keşke başka birisi olsam diye arzularım.		
25.	Kendimi güvenilir biri olarak görmüyorum (Bana bel bağlanmaz).		
26.	Hiçbir şey için kaygı duymam.		
27.	Kendimden oldukça eminim.		
28.	Sevecen birisiyim, başkaları tarafından kolayca sevilirim.		
29.	Anne ve babamla birlikte oldukça hoş ve neşeli vakit geçiririz.		
30.	Hayal kurmaya çok zaman harcıyorum.		
31.	Keşke daha küçük olsaydım.		
32.	Her zaman yapılması gerekeni, doğru olanı yaparım.		
33.	Okuldaki başarılarımla gurur duymaktayım.		
34.	Birileri her zaman ne yapmam gerektiğini bana söylemeli.		
35.	Yaptığım şeylerden dolayı sık sık pişmanlık duyarım.		
36.	Hiçbir zaman asla mutlu olmam.		
37.	Derslerimle ilgili olarak yapabileceğim en iyisini yapıyorum.		
38.	Genellikle kendimi koruyabilir, kendime dikkat edebilirim.		

39.	Oldukça mutluyum.		
40.	Oyunu kendimden daha küçüklerle oynamayı tercih ederim.		
41.	Tanıdığım herkesi seviyorum.		
42.	Sınıfta söz almaktan hoşlanırım.		
43.	Kendimi anlayabiliyorum.		
44.	Evde hiç kimse bana fazla ilgi göstermiyor.		
45.	Hiçbir zaman azar işitmem.		
46.	Okulda olmak istediğim kadar başarılı değilim.		
47.	Kendi başıma karar verebilir ve bu kararında ısrar edebilirim.		
48.	Cinsiyetimden (erkek ya da kız olmaktan) memnun değilim.		
49.	Başka insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmıyorum.		
50.	Hiçbir zaman utanmam.		
51.	Sık sık kendimden utandığımı hissediyorum.		
52.	Arkadaşlarım sık sık beni kızdırır, dalga geçerler.		
53.	Her zaman doğruyu söylerim.		
54.	Öğretmenlerim bana yeterince başarılı olamadığımı hissettiriyor.		
55.	Bana ne olacağı hiç umurumda değil.		
56.	Başarısız bir insanım.		
57.	Azarlandığımda kolayca bozulurum.		
58.	Kime ne söyleyeceğimi her zaman bilirim.		

EK-8: Çocukta Anksiyete Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş-Ebeveyn Formu

Çocukta Anksiyete Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş-Ebeveyn Formu, duygudurumunu değerlendirmek için anksiyete ve depresyon semptomlarının değerlendirmesinde önemli olan becerileri ölçmeyi amaçlanmaktadır. Bu ölçek, toplamda 47 madde içermekte ve bu maddelere verilen cevaplar “asla”, “bazen”, “sık sık” ve “her zaman” şeklinde 4’li Likert tipinde derecelendirilmektedir. Katılımcıların “asla” cevabı 0 puan, “her zaman” cevabı ise 3 puan almaktadır. Çocuğunuz ile ilgili olarak her madde için uygun olan bir cevabı işaretleyiniz.

		Asla (0)	Bazen (1)	Sık sık (2)	Her zaman (3)
1.	Çocuğum bazı konularda endişe/kaygı duyar.				
2.	Çocuğum kendisini üzgün veya boşlukta hisseder.				
3.	Çocuğumun bir sorunu olduğunda midesinde tuhaf bir his olur.				
4.	Çocuğum bir işte başarısız olduğunu veya işi iyi yapmadığını düşündüğü zaman endişelenir.				
5.	Çocuğum evde yalnız kalmaktan korkar.				
6.	Çocuğum hiçbir şeyden eskisi kadar zevk almıyor.				
7.	Çocuğum sınava gireceği zaman korkar/endişelenir.				
8.	Çocuğum birinin ona kızgın olduğunu düşündüğünde endişelenir.				
9.	Çocuğumu ailesinden uzakta olmak endişelendirir.				
10.	Çocuğumu aklındaki kötü ya da aptalca düşünceler veya görüntüler rahatsız eder.				
11.	Çocuğumun uyku sorunu var.				
12.	Çocuğum okulda başarısız olacağından korkar/endişelenir.				
13.	Çocuğum aileden birinin başına çok kötü bir şey geleceğinden endişelenir.				
14.	Çocuğum hiçbir neden yokken aniden sanki nefes alamıyormuş gibi hisseder.				
15.	Çocuğumun iştah ile ilgili sorunları var.				
16.	Çocuğum yaptığı şeyleri tam veya doğru yapıp yapmadığını tekrar tekrar kontrol eder.				
17.	Çocuğum kendi başına uyuması gerektiğinde bundan korkar.				
18.	Çocuğum sabahları gergin veya endişeli hissettiğinden okula gitmek istemez.				

19.	Çocuğumun hiçbir şey için enerjisi yok.				
20.	Çocuğum aptalca görünmekten endişelenir.				
21.	Çocuğum kendisini çok yorgun hisseder.				
22.	Çocuğum başına kötü şeyler geleceğinden endişe eder.				
23.	Çocuğum kötü ve saçma düşünceleri kafasından atamıyor.				
24.	Çocuğum bir sorunu olduğunda kalbi çok hızlı atar.				
25.	Çocuğum rahat bir şekilde düşünemez.				
26.	Çocuğum hiçbir nedeni yokken aniden titreme ve ürperme hisseder.				
27.	Çocuğum başına kötü bir şey geleceğinden endişe eder.				
28.	Çocuğum bir sorunu olduğunda titrer.				
29.	Çocuğum kendisini değersiz hisseder.				
30.	Çocuğum yanlış yapmaktan kaygılanır/endişe eder.				
31.	Çocuğum kötü şeylerin olmasını engellemek için özel bazı düşünceleri aklından geçirir.				
32.	Çocuğumu diğer insanların onun hakkında ne düşündükleri endişelendirir.				
33.	Çocuğum kalabalık yerlerde (alışveriş merkezi, sinema, otobüsler gibi) bulunmaktan korkar.				
34.	Çocuğum hiçbir nedeni yokken birden yoğun korku duyar.				
35.	Çocuğum gelecek hakkında endişelenir.				
36.	Çocuğum hiçbir nedeni yokken aniden başı döner ve bayılacak gibi olur.				
37.	Çocuğum ölüm hakkında düşünür.				
38.	Çocuğumu sınıfın önünde konuşma yapmak korkutur.				
39.	Çocuğumun kalbi sebepsiz yere aniden çok hızlı çarpmaya başlar.				
40.	Çocuğum hareket etmek istemiyor gibi hisseder.				
41.	Çocuğum ortada korkulacak bir şey yokken aniden korkutucu bir his yaşamaktan endişe eder.				
42.	Çocuğum aynı şeyi tekrar tekrar yapmak zorunda hisseder (bir şeyleri belli bir sıraya koymak gibi).				
43.	Çocuğum İnsanların önünde aptal durumuna düşmekten korkar.				
44.	Çocuğum kötü şeylerin olmasını engellemek için bazı şeyleri “tam olması gereken biçimde” yapmak zorunda hisseder.				
45.	Çocuğum geceleri yatağa gittiğinde endişelenir.				
46.	Çocuğum gece evden uzakta kalmaktan (başkasının evinde uyumak gibi) korkar.				
47.	Çocuğum kendisini huzursuz hisseder.				

EK-9: Sosyal Becerileri Değerlendirme Ölçeği

Sosyal Becerileri Değerlendirme Ölçeği, sosyal etkileşimi arttırmak için iletişim yetersizliklerine yardım etmede önemli olan becerileri ölçmeyi amaçlanmaktadır. Bu ölçek, toplamda 69 madde içermekte ve bu maddelere verilen cevaplar “her zaman yapar”, “çok sık yapar”, “genellikle yapar”, “çok az yapar” ve “hiçbir zaman yapmaz” şeklinde 5’li Likert tipinde derecelendirilmektedir. Katılımcılar “her zaman yapar” cevabı 5 ve “hiçbir zaman yapmaz” cevabı 1 puan almaktadır. Çocuğunuz ile ilgili olarak her madde için uygun olan bir cevabı işaretleyiniz.

		Her zaman yapar (5)	Çok sık yapar (4)	Genellikle yapar (3)	Çok az yapar (2)	Hiçbir zaman yapmaz (1)
	Temel Sosyal Beceriler					
1.	Çevresinde gelişen olayları gözlemler.					
2.	Konuşurken, sözel anlatımının anlamını pekiştirmek ve tamamlamak için mimikler kullanır.					
3.	Konuşurken, sözel anlatımının anlamını pekiştirmek ve tamamlamak için jestler kullanır.					
4.	Birlikte olduğu insanlara karşı hissettiği duygulara göre arasındaki mesafeyi ayarlar.					
5.	Başkalarıyla ilişkilerinde, karşısındakine duygularını aktarmak için bedensel teması kullanır.					
6.	İçinde bulunduğu ortama göre (başkalarıyla konuşurken, dinlerken) beden duruşunu sergiler.					
7.	Başkalarıyla etkileşim halindeyken (başkalarıyla konuşurken, dinlerken) göz kontağı kurar.					

8.	Daha önce neler söylediği sorulduğunda tekrar söyler.					
9.	Kıyafet temizliğine dikkat eder.					
10.	Başkaları konuşurken konuşmanın içeriğine uygun geri bildirimde bulunur.					
11.	Eşyalarını (kalem, silgi, oyuncak vb.) başkalarıyla paylaşır.					
12.	Başkalarıyla gerektiğinde işbirliği yapar.					
13.	Başkaları konuşurken dinler.					
	Temel Konuşma Becerileri					
1.	Konuşmayı başlatır.					
2.	Konuşmayı sürdürür.					
3.	Konuşmayı bitirir.					
4.	Konuşmayı bitirdikten sonra yeniden başlatır.					
	İleri Konuşma Becerileri					
1.	Konuşmak için başkalarının konuşmasının tamamlamasını bekler.					
2.	Konuşmasını, konuşmasının içeriğine uygun olmayan duraklamalar yapmadan sürdürür.					
3.	Konuşurken başkaları tarafından anlaşılabilirlik için konuşma hızını ayarlar.					
4.	Konuşurken, konuşmada yer alan duygu ve düşüncülerin anlamına ışık tutan vurgulamalarda bulunur.					
5.	Konuşurken içinde bulunduğu ortama göre ses tonunu ayarlar.					
	İlişkiyi Başlatma Becerileri					
1.	İlk tanıştığı kişileri kendisini tanıtır.					
2.	Tanıştığı kişileri başkalarına tanıtırır.					
3.	Tanıdığı kişilerle karşılaşınca gülümser.					
4.	Tanıdığı kişilerle karşılaşınca sözlü ya da başıyla selam verir.					
5.	Kendisinden farklı olan arkadaşlarıyla birlikte olur.					

	İlişkiyi Sürdürme Becerileri					
1.	Gereksinim duyduğunda başkalarından yardım ister.					
2.	Yardıma gereksinimi olan kişiler yardım istemeden onlara yardım etmeyi teklif eder.					
3.	Gereksinim duyduğunda izin ister.					
4.	Kendisine yardım edildiğinde teşekkür eder.					
5.	Birisine zarar verince özür diler.					
6.	Bir şey istediğinde lütfen sözcüğünü kullanır.					
	Grupla İş Yapma Becerileri					
1.	Bir gruba katılmak için grup üyelerinden izin alır.					
2.	Grup faaliyetlerine katılır.					
3.	Grupta iş bölümüne uyar.					
4.	Grupta sorumluluğunu yerine getirir.					
5.	Sınıf arkadaşlarına oyun oynamayı teklif eder.					
6.	Oynamakta olan oyuna katılmayı teklif eder.					
7.	Arkadaşlarına yeni oyunlar oynamayı teklif eder.					
	Duygusal Beceriler					
1.	Başkalarıyla ilgili olumsuz duygularını ifade eder.					
2.	Başkalarıyla ilgili olumlu duygularını ifade eder.					
3.	Başkalarının kendisine karşı neler hissettiğini ifade eder.					
4.	Gerektiğinde kendisi ile ilgili olumlu ifadeler kullanır.					
5.	Arkadaşları bir iş başardığında onlara övücü sözler söyler.					
6.	Başkalarından farklı olan düşüncelerini söyler.					
	Kendini Kontrol Etme Becerileri					
1.	Karşısındakinin duygudurumuna göre uygun tepki verir.					

2.	Aşırı sevinç, üzüntü, öfke, korku gibi duygularını uygun şekilde ifade eder.					
3.	Öfkesini başkalarına zarar vermeden ortaya koyar.					
4.	Başkalarını rahatsız etmekten kaçınır.					
5.	Başkalarıyla arasında olan farklılıkları konuşarak çözer.					
6.	Başkalarıyla olan problemlerini kavga etmeden çözer.					
	Saldırgan Davranışlarla Başa Çıkma Becerileri					
1.	Kendisinden istemediği bir şeyi yapması istendiğinde hayır der.					
2.	Kendisinden yapılmasını istemediği bir davranış olduğunda karşısındakine söyler.					
3.	Suçlamalar karşısında kendisini savunur.					
4.	Kendisiyle alay edildiğinde duymazlıktan gelir.					
	Sonuçları Kabul Etme Becerileri					
1.	Kurallara uymadığında ortaya çıkan sonuçları kabul eder.					
2.	Başarısız olduğunda bu durumu sakince karşılar.					
3.	Uygun olmayan davranışlar sergilendiğinde ortaya çıkan sonuçları kabul eder.					
	Yönerge Verme Becerileri					
4.	Gerektiğinde soru sorar.					
5.	Kendisine soru sorulduğunda cevap verir.					
6.	Gerektiğinde başkalarına sözel yönerge verir.					
7.	Gerektiğinde başkalarınca verilen sözel yönergelere uyar.					
	Bilişsel Beceriler					
1.	İçinde bulunduğu sosyal ortama uygun davranışlar gösterir.					

2.	Kendi yaptıklarını objektif olarak gözden geçirerek değerlendirir.					
3.	Kendi kendine herhangi bir konu ile ilgili araştırma yapıp onun hakkında bilgi edinir.					
4.	Başkalarını ikna edinceye kadar haklı olduğu bir konuyu savunur.					
5.	Bir problemin çözümü için alternatifler üretir.					
6.	Bir problemi çözer.					

9. ÖZGEÇMİŞ