

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ



**ÖZGÜL ÖĞRENME BOZUKLUĞUNUN DİKKAT EKSİKLİĞİ
HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞUNDAKİ SOSYAL BECERİYE ETKİSİ**

Dr. NURCAN EREN ŞİMŞEK

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

UZMANLIK TEZİ

2017

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ



**ÖZGÜL ÖĞRENME GÜÇLÜĞÜNÜN DİKKAT EKSİKLİĞİ
HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞUNDAKİ SOSYAL BECERİYE ETKİSİ**

Dr. NURCAN EREN ŞİMŞEK

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

Tez Danışmanı

Doç. Dr. NURSU ÇAKIN MEMİK

Anabilim Dalı Başkanı

Prof. Dr. AYŞEN COŞKUN

2017

Etik Kurul Onay Tarihi: 21.09.2016

Karar No: 2016/283

Proje no: 2016/238

İÇİNDEKİLER DİZELGESİ

TEŞEKKÜR.....	IV
KISALTMALAR DİZELGESİ.....	V
TABLolar DİZELGESİ.....	VI
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu.....	2
2.1.1. Tarihçe.....	2
2.1.2. Epidemiyoloji.....	3
2.1.3. Etyoloji.....	3
2.1.3.1. Genetik.....	3
2.1.3.2. Nörolojik.....	3
2.1.3.3. Çevresel.....	4
2.1.4. Tanı ve Değerlendirme.....	4
2.1.5. Eşlik Eden Tanılar.....	6
2.1.6. Ayırıcı Tanı.....	6
2.1.7. Tedavi.....	7
2.1.8. Gidiş ve Sonlanım.....	7
2.2. Özgül Öğrenme Bozukluğu.....	8
2.2.1. Tarihçe.....	8
2.2.2. Epidemiyoloji.....	9
2.2.3. Etiyoloji.....	9
2.2.3.1. Genetik Etmenler.....	9
2.2.3.2. Çevresel Etmenler.....	9
2.2.3.3. Nöroanatomik Etmenler.....	10
2.2.3.4. Nörobiyolojik Etmenler.....	10
2.2.4. Klinik Özellikler ve Tanı.....	11
2.2.4.1. Klinik Belirti Grupları.....	11
2.2.4.1.1. Dil Alanı.....	11
2.2.4.1.2. Algısal-Kavramsal Alan.....	11
2.2.4.1.3. Motor Koordinasyon Alanı.....	12

2.2.4.1.4.	Bellek Alanı.....	12
2.2.4.1.5.	Dikkat ve Hareket Alanı.....	12
2.2.4.1.6.	Organizasyon Alanı.....	12
2.2.4.1.7.	Duygusal Sosyal Alan.....	12
2.2.4.2.	Tanı.....	12
2.2.5.	Değerlendirme.....	14
2.2.6.	Eşlik Eden Tanılar.....	15
2.2.7.	Ayırıcı Tanı	15
2.2.8.	Tedavi.....	16
2.2.9.	Gidiş.....	16
2.3.	Sosyal Beceri.....	17
2.3.1.	Tanım ve Genel Bilgiler.....	17
2.3.1.1.	Tanım.....	17
2.3.1.2.	İlgili Kavramlar.....	17
2.3.1.3.	Sosyal Gelişim Kuramı.....	18
2.3.1.4.	Sosyal Becerilerin Sınıflandırılması ve Özellikleri.....	19
2.3.2.	DEHB ve Sosyal Beceri.....	20
2.3.3.	ÖÖB ve Sosyal Beceri.....	21
3.	GEREÇ VE YÖNTEM.....	22
3.1.	Örnekleme.....	22
3.2.	Yöntem.....	22
3.3.	Veri Toplama Araçları.....	23
3.3.1.	Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşan Boyu Versiyonu- Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-T).....	23
3.3.2.	ÖÖG Bataryası.....	23
3.3.3.	Sosyodemografik Bilgi Formu.....	23
3.3.4.	Sosyal Beceri Değerlendirme Ölçeği.....	23
3.4.	Verilerin İstatistiksel Analizi.....	24
4.	BULGULAR.....	25
4.1.	Araştırmaya Katılanların Genel Özellikleri.....	25
4.1.1.	Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri.....	25

4.1.2. Katılımcıların Gelişim Basamakları.....	27
4.1.3. Katılımcıların Okul Öncesi Eğitim Alma Durumu ve Okuma Yazmaya Geçiş Süreleri.....	27
4.1.4. Çalışmaya Katılan Çocukların Aile Özellikleri.....	28
4.2. Araştırmaya Katılan Çocuklarda Sosyal Beceri Düzeyleri	31
4.2.1. SBDÖ Toplam ve Alt Test Puanlarının Gruplara Göre Ortalamaları.....	31
4.2.2. SBDÖ Toplam Puan ve Alt Puanlarının Cinsiyet ile İlişkisi.....	34
4.2.3. SBDÖ Toplam Puan ve Alt Puanlarının Annenin Eğitim Durumu ile İlişkisi.....	36
4.2.4. SBDÖ Toplam Puan ve Alt Puanlarının Okul Öncesi Eğitim İle İlişkisi.....	38
4.2.5. SBDÖ Toplam Puan ve Alt Puanlarının Sosyal Aktivite İle İlişkisi.....	40
4.2.6. SBDÖ Toplam Puan ve Alt Puanlarının Çeşitli Değişkenlerle İlişkisi.....	43
5. TARTIŞMA.....	44
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	52
6.1. Sonuçlar.....	52
6.2. Öneriler.....	53
6.3. Kısıtlılıklar.....	53
7. ÖZET.....	54
8. ABSTRACT.....	56
9. KAYNAKLAR.....	58
10. EKLER.....	72

TEŞEKKÜRLER

Tıp fakültesi ve çocuk psikiyatrisi uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, hekimlik mesleği ve hastalara yaklaşımı açısından kendisinden örnek aldığım, Kocaeli Üniversitesi Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı başkanı değerli hocam Prof. Dr. Ayşen Coşkun'a,

Uzmanlık eğitimin boyunca ilgisi ve bilgi birikimiyle hep yanımda hissettiğim ve tez çalışmamın yazılmasında büyük emeği olan Doç. Dr. Nursu Çakın Memik'e,

Uzmanlık eğitimim boyunca aile sıcaklığını aratmayacak şekilde her konuda bana yardımcı olan değerli hocalarım Prof. Dr. Işık Karakaya'ya, Doç. Dr. Özlem Yıldız Gündoğdu'ya, Doç. Dr. Şahika Gülen Şişmanlar'a,

Çocuk nörolojisi rotasyonu sırasında bilgisi, tecrübesi, klinik yaklaşımı ve kişiliğiyle bana örnek olan Prof. Dr. Bülent Kara'ya,

Erişkin rotasyonu sırasında bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım Prof. Dr. Bülent Coşkun'a, Prof. Dr. Ümit Tural'a, Prof. Dr. Tamer Aker'e, Prof. Dr. Mustafa Yıldız'a, Prof. Dr. İrem Yaluğ Ulubil'e, Doç. Dr. Aslıhan Polat'a, Doç. Dr. Cem Cerit'e,

Uzmanlık eğitimim boyunca kendilerini tanımaktan ve birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum tüm asistan arkadaşlarıma ve diğer çalışanlara,

Tezimin hazırlık aşamasında ilgi ve desteklerini her zaman hissettiğim, Psikolog Nesligül Nihal Olgun'a, Dr. Ozan Öğüt'e, Dr. Zeynep Vatansever'e ve Dr. Gülçin Ünverdi'ye,

Çalışmaya katılan değerli tüm çocuk ve ebeveynlerine,

Uzmanlık eğitimim ve tez çalışmam boyunca büyük bir özveri ile desteğini esirgemeyen sevgili eşim Dr. Metin Şimşek'e,

Varlığıyla yaşamımı daha değerli kılan, bir gülüşüyle içimi ısıtan ve bana güç veren canım kızım Nil'e teşekkür ederim.

KISALTMALAR DİZELGESİ

DEHB: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu

ÖÖB: Özgül öğrenme bozukluğu

DSM: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı

ICD: Uluslararası İstatistiksel Sınıflandırması

PET: Positronemiyon tomografisi

SPECT: Tek foton emisyonlu tomografisi

CBCL: Çocuklar için Davranış Değerlendirme Ölçeği

EEG: Elektroensefalografi

MRI: Manyetik rezonans görüntüleme

KOKGB: Karşıt olma karşıt gelme bozukluğu

NJCLD: Ulusal Öğrenme Bozukluğu Komitesi

OB: Okuma bozukluğu

MB: Matematik bozukluğu

PT: Planumtemporale

BT: Bilgisayarlı tomografi

fMRI: İşlevsel manyetik rezonans görüntüleme

KBIT-2: Kaufmann Kısa Zeka Testi İkinci Sürümü

WRAT: Geniş kapsamlı başarı testi

WISC-R: Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği- geliştirilmiş form'u

ÇDŞG-ŞY-T: Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu- Türkçe Uyarlaması

SBDÖ: Sosyal beceri değerlendirme ölçeği

SPSS: Statistical Program for Social Sciences

TSB: Temel sosyal beceri

TKB: Temel konuşma becerisi

İKKB: İleri konuşma becerisi

İBB: İlişkiyi başlatma becerisi

İSB: İlişkiyi sürdürme becerisi

GİYB: Grupla iş yapma becerisi

DB: Duygusal beceriler

KKEB: Kendini kontrol etme becerileri

SDBÇB: Sorunlu davranışla başa çıkma becerileri

SKEB: Sonuçları kabul etme becerileri

YVB: Yönerge verme becerileri

BB: Bilişsel beceriler

TABLolar DİZELGESİ

Tablo 1. DSM-5'e göre DEHB Tanı Ölçütleri.....	5
Tablo 2. DSM-5'e göre ÖÖB Tanı Ölçütleri.....	13
Tablo 3. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri.....	26
Tablo 4. Olguların Gruplara Göre Gelişim Basamakları Kazanma Ortalamalarının Dağılımı.....	27
Tablo 5. Katılımcıların Okul Öncesi Eğitim Alma Durumu ve Okuma-Yazmaya Geçiş Süreleri.....	28
Tablo 6. Olguların Gruplara Göre Anne ve Baba Yaş Ortalamaları.....	30
Tablo 7. Olguların Gruplara Göre Aile Özellikleri.....	30
Tablo 8. Olguların Gruplara Göre SBDÖ ve Alt Testleri Puanları.....	32
Tablo 9. DEHB+ÖÖB Grubundaki Özel Eğitim Alma Durumuna Göre SBDÖ ve Alt Testleri Puanı.....	33
Tablo 10. SBDÖ Toplam Puan ve Alt Puanlarının Cinsiyet ile İlişkisi.....	34
Tablo 11. SBDÖ Toplam Puan ve Alt Puanlarının Gruplara Göre Cinsiyetle İlişkisi.....	35
Tablo 12. SBDÖ Toplam Puan ve Alt Puanlarının Anne Eğitim Durumu ile İlişkisi.....	37
Tablo 13. SBDÖ Toplam Puan ve Alt Puanlarının Okul Öncesi Eğitim ile İlişkisi.....	38
Tablo 14. SBDÖ Toplam Puan ve Alt Puanlarının Gruplara Göre Okul Öncesi Eğitim ile İlişkisi.....	39
Tablo 15. SBDÖ Toplam Puan ve Alt Puanlarının Düzenli Sosyal Aktivite Yapıyor Olmakla İlişkisi.....	41
Tablo 16. SBDÖ Toplam Puan ve Alt Puanlarının Düzenli Sosyal Aktivite Yapıyor Olmakla İlişkisi.....	42

1. AMAÇ VE KAPSAM

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ve Özgül öğrenme bozukluğu (ÖÖB), çocuk psikiyatri polikliniklerinde en sık konulan tanılar arasındadır.^{1,2} Bu iki hastalık, nörogelişimsel bozukluklar kapsamında olup, bir veya daha fazla alanın işlevselliğinde bozulmaya yol açmaktadır.³ ÖÖB, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nın beşinci baskısında (DSM-5); "Eğitsel becerilerin, standart ölçümler ve kapsamlı klinik değerlendirme ile doğrulandığı üzere, kronolojik yaşa göre beklenenin önemli ölçüde ve ölçülebilir derecede altında olması" olarak tanımlanmaktadır. DEHB ise, sürekli ve klinik olarak anlamlı dikkatsizlik ve/veya hiperaktivite ve dürtüsellik belirtilerinden oluşup, bu belirtiler nedeniyle işlevsellikte ya da gelişimde bozulmaya neden olan bir bozukluktur.⁴ Öğrenme bozukluğu olgularının %25'inde DEHB, DEHB olgularının ise %21,7'sinde ÖÖB birlikteliği saptanmıştır.^{5,6} DEHB ve ÖÖB tanıları tek başına görülmekten ziyade, sıklıkla diğer psikiyatrik hastalıklarla beraber olduğu bildirilmiştir.⁷ Ayrıca DEHB ve/veya ÖÖB tanılı çocukların sosyal becerilerinin zayıf olduğu, bu nedenle akran ve ebeveyn ilişkilerinde sorunlar yaşadıkları saptanmıştır.⁸⁻¹⁰

Sosyal beceri; bireyin, içinde bulunduğu sosyal ortama uygun şekilde, kişinin olumlu ya da olumsuz duygularını anlatabilmesi, kişisel haklarını savunabilmesi, gerektiğinde başkalarından yardım isteyebilmesi gibi diğer bireylerle sağlıklı bir iletişim kurabilmesine yardımcı olan davranışları tanımlamaktadır.¹¹ Sosyal beceri kişinin toplum içinde yer edinmesini, aidiyet ve güven duygularını hissetmesini sağlamaktadır.¹² Sosyal becerileri yetersiz olan bireyler, kişiler arası ilişkilerde, akademik-duygusal-davranışsal alanlarda, mesleki yaşamlarında sorunlar yaşayabilmektedir.¹³ Bu araştırmada, ÖÖB komorbiditesi olan DEHB'li çocukların ÖÖB komorbiditesi olmayan DEHB'li çocuklarla, sosyal beceri düzeyleri ve sosyal beceri alt grupları açısından karşılaştırılması amaçlanmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU

2.1.1. Tarihçe

Bilimsel olarak ilk yayının 1902’de Dr. George Frederich Still tarafından, yoğun davranım ve duygulanım sorunlarına ek olarak dikkatsiz, okul başarısı düşük, aceleci ve hareketli çocukları tanımlamak için yapıldığı bilinmektedir. Still bu çocuklar için “ahlaki kontrol eksikliği” kavramını kullanmıştır.^{14,15}

Birinci dünya savaşından sonra influenza pandemisinin neden olduğu ensefalit laterjikanın çocuklarda ciddi davranış bozukluğuna neden olması, Still’in daha önce tanımladığı hastalığın organik kökenli olabileceğini düşündürmüştür. Bir süre “minimal beyin hasarı sendromu” olarak tanımlanan hastalık, zamanla, vakaların çoğunda beyin hasarı saptanmaması nedeniyle 1940’lı yıllarda “minimal beyin disfonksiyonu” olarak adlandırılmıştır.¹⁶

Hastalıkların ve İlişkili Sağlık Sorunlarının Uluslararası İstatistiksel Sınıflandırması’nın 9. Gözden Geçirmesinde (ICD-9) ve DSM-II’de, hareketlilik belirtileri ön planda tutularak “hiperkinetik sendrom” terimi kullanılmıştır.⁷ DSM-III’te, asıl sorunun dikkatsizlik ve dürtüsellik olduğu, hareketliliğin ikincil sorun olduğu düşünülerek, hastalık “dikkat eksikliği bozukluğu” olarak yeniden adlandırılmış ve iki alt tipe ayrılmıştır.¹⁷ DSM-III-R’de hiperaktivite terimi hastalığın adına tekrar eklenerek, günümüzde kullanılan “dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu” adını almıştır.¹⁸ DSM-IV’te, DEHB’ye yıkıcı davranım bozuklukları başlığı altında yer veril ve 18 belirti tanımlanmıştır.¹⁹ DSM-IV-R’de; karışık tip, dikkat bozukluğunun önde olduğu tip ve hiperaktivitenin önde olduğu tip olarak 3 alt gruptan söz edilmiştir.²⁰ DSM-5’te hastalık nörogelişimsel bozukluklar başlığı altına alınmış, belirtilerin başlama yaşı önceden 7 iken 12’ye yükseltilmiş, 17 yaş ve üzerine tanı koymada 5 kriterin yeterliliğine vurgu yapılmış ve aynı anda otizm spektrum bozukluğu tanısı konulabileceği belirtilmiştir.⁴

2.1.2. Epidemiyoloji

DEHB çocuklarda en sık görülen psikiyatrik bozukluktur. Amerikan Psikiyatri Birliği'nin yayınlarında DEHB görölme yaygınlığı %3-6 olarak belirtilmiştir. Ülkemizde DEHB yaygınlığı %12,7 olarak tespit edilmiştir.²¹ Cinsiyet açısından bakıldığında erkeklerde kızlardan üç kat daha fazla görölmektedir, bu oran klinik örneklerde dokuz kata kadar çıkmaktadır.^{22,23}

2.1.3. Etyoloji

DEHB'nin etyolojisi tam olarak ortaya konulamamakla beraber, hastalığın gelişiminde biyolojik ve psikososyal etkenlerin yer aldığı düşünölmektedir.

2.1.3.1. Genetik Etmenler

İkiz, aile ve evlat edinme çalışmaları sonucu hastalığın gelişimde çoklu genetik etkenlerin rol oynadığı üzerinde uzlaşmıştır.^{24,25} DEHB tanılı olguların birinci derece yakınlarında riskin fazla olması; ebeveynlerde DEHB varsa, çocuklarında görölme riskinin topluma göre beş kat daha fazla olması ve tek yumurta ikizlerindeki konkordansın çift yumurta ikizlerinden daha fazla olması kalıtsal geçişi destekler niteliktedir.^{15,24}

2.1.3.2. Nörolojik Etmenler

Yapılan nöroanatomik çalışmalar, DEHB olgularında anatomik beyin asimetrisinin kaybolduğunu veya ters asimetri göröldüğünü saptamıştır.^{26,27} Korpuz kallozumda, serebellumda ve prefrontal kortekste küçüklük olduğubildirilmiştir.^{7,28,29} Positron emisyon tomografisi (PET) ve tek foton emisyonlu tomografisi (SPECT) kullanılarak yapılan çalışmalarda benzer bölgelerde kanlanma ve glikoz metabolizma azlığı tespit edilmiş, bu aktivite azalmasının bilişsel ve davranışsal belirtilerle ilişkili olduğubulunmuştur.³⁰⁻³³

DEHB belirtilerinin tedavisinde psikostümölanların etkili olduğunun fark edilmesiyle, dopamin ve norepinefrin başta olmak üzere nörotransmitterlerin de etyolojide rol aldığı tespit edilmiştir.^{34,35}

Çalışmacılar tek bir beyin bölgesinden ziyade, beyinde, prefrontal-striatal-kortikal döngüyü kapsayan yaygın bir etkilenmeye işaret etmişlerdir.²⁶

2.1.3.3. Çevresel Etmenler

Özellikle hamilelik ve doğum sırasında oluşan komplikasyonlar, anne karnında erken dönemde sigara ve toksik madde maruziyeti, düşük doğum ağırlığı ve travmatik beyin hasarı hastalığın gelişimi ile ilişkilendirilmiş çevresel risk etmenleridir.³⁶⁻³⁹

2.1.4. Tanı ve Değerlendirme

DEHB'nin tanısında, klinik değerlendirme oldukça kıymetlidir. Tanı için DSM-5 tanı ölçütlerinin kullanıldığı yapılandırılmış veya yarı-yapılandırılmış görüşmeler esastır. Öykü ve fizik muayene değerlendirmenin ilk aşamasını oluşturmaktadır. Öyküde; hamilelik süreci ve doğum öyküsü, gelişim öyküsü, tıbbi öykü, belirtilerin öyküsü, akademik başarı, okul-aile ve arkadaş ilişkilerine ait bilgiler, çocuğun mizaç özellikleri ve ilaç öyküsü ayrıntılı değerlendirilmektedir.^{7,40} Çocuk, anne-baba ve öğretmeni de içerecek şekilde mümkün olduğu kadar çok kaynaktan klinik görüşme ve/veya çeşitli test ve ölçeklerle bilgi alınmaktadır.⁴¹ Boy, kilo, nabız, kan basıncı gibi vital bulgular kaydedilmeli, genel fizik muayene ilk değerlendirme sırasında her vakada yapılmalıdır.⁷

Bender Gestalt Motor Algılama Testi ve Stroop Testi klinisyen tarafından çocuğa uygulanan nöropsikolojik testler arasındadır.²¹ Ebeveyn ve öğretmenlerden bilgi almak amacıyla, Çocuklar için Davranış Değerlendirme Ölçeği (CBCL) ve Yenilenmiş Connors Derecelendirme Ölçeği kullanılmaktadır.^{42,43}

Bazı olgularda nörolojik bozukluk olabileceğine ilişkin ciddi klinik şüphe varsa, nöroloji konsültasyonu, elektroensefalografi (EEG), manyetik rezonans görüntüleme (MRI) ve SPECT gibi nörolojik incelemeler istenmektedir.⁴⁴

Tablo 1. DSM-5'e göre DEHB Tanı Ölçütleri

A. A-1'de ve/veya A-2'de belirtilen işlevleri ve gelişimi etkileyen, süregiden dikkatsizlik ve/veya hiperaktivite-dürtüsellik.

1) **Dikkatsizlik:** Aşağıdaki belirtilen semptomlardan altı tanesinin veya daha fazlasının gelişimsel düzeye uymayacak biçimde ve sosyal, akademik/mesleki etkinlikleri olumsuz etkileyecek biçimde en az 6 ay süre ile görülmesi.

a. Çoğu kez dikkatini ayrıntılara veremez ya da okul ödevlerinde, işte ya da diğer etkinliklerde dikkatsizce hata yapar.

b. Çoğu kez işlerine veya oyun aktivitelerine dikkatini vermekte güçlük çeker.

c. Çoğu kez onunla konuşurken dinliyormuş gibi görünmez.

d. Çoğu kez talimatları sırası ile izlemekte güçlük çeker ve uğraştığı ödevi, işi bitiremez.

e. Çoğu kez görevlerini ve faaliyetlerini düzenlemekte zorluk çeker.

f. Çoğu kez fazla odaklanma ve zihinsel çaba gerektiren görevlerden kaçınır veya bunları sevmez.

g. Çoğu kez işleri ve faaliyetleri için gerekli olan şeyleri (malzemeleri) kaybeder

h. Çoğu kez dikkati dış uyaranlarla kolaylıkla dağılır.

i. Çoğu kez günlük etkinliklerde untkandır.

2) **Hiperaktivite ve dürtüsellik:** Aşağıdaki belirtilen semptomlardan altı tanesinin veya daha fazlasının gelişimsel düzeye uymayacak biçimde ve sosyal, akademik/mesleki etkinlikleri olumsuz etkileyecek biçimde en az 6 ay süre ile görülmesi.

a. Çoğu kez elleri, ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanıp durur.

b. Çoğu kez oturması istenildiği yeri terk eder.

c. Çoğu kez uygun olmadığı halde etrafta koşuşturur veya çevresindeki şeylere tırmanır.

d. Çoğu kez sessizce oynamakta ya da eğlenmekte güçlük çeker.

e. Çoğu kez sürekli hareket halindedir ya da bir motor takılmış gibidir.

f. Çoğu kez çok konuşur.

g. Çoğu kez sorulan soru tamamlanmadan önce cevabını verir.

h. Çoğu kez grup faaliyetlerinde sırasını bekleme güçlüğü vardır.

i. Çoğu kez başkalarının faaliyetlerine müdahale eder.

B. 12 yaştan önce dikkatsizlik ve hiperaktivite-dürtüsellik için bazı semptomların başlaması

C. Dikkatsizlik ve hiperaktivite-dürtüsellik için pek çok semptomunun en az iki ortamda görülmesi

D. Sosyal ilişkileri, okul ilişkilerini ve iş kalitesini bu belirtilerin bozduğuna dair açık kanıtların bulunması

E. Bu belirtilerin sadece şizofreni ya da diğer bir psikotik bozukluklar sırasında görülmemesi veya başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaması (Duygu Durum Bozukluğu, Anksiyete Bozukluğu, Dissosiyatif Bozukluk, Kişilik Bozukluğu, Madde İntoksikasyonu veya Çekilmesi)

Aşağıdakilerden hangisi olduğunu belirtiniz:

Bileşik Tip: Hem A, hem B kriterini son 6 ayda karşılıyorsa

Dikkat eksikliğinin ön planda olduğu tip: Eğer A kriterini karşılıyor ama B kriterini son 6 ayda karşılamıyorsa

Hiperaktivitenin ön planda olduğu tip: Eğer B kriterini karşılıyor ama A kriterini son 6 ayda karşılamıyorsa

Aşağıdaki durumları belirtiniz:

Kısmi remisyon: Eğer eskiden tam belirtiler varsa ve son 6 ayda belirtilerin hepsi yoksa ancak mevcut belirtiler halen sosyal, akademik hayatta ve iş hayatında yetersizliğe yol açıyorsa buna "kısmi remisyon" denir.

Şu anki şiddetini belirtiniz:

Hafif: Tanı için gerekli olan semptomlardan daha fazlası yok ise ve sosyal ve mesleki açıdan kısmi yetersizliğe yol açıyorsa.

Orta: Hafif ve şiddetli arasında bir yetersizlik söz konusuysa.

Şiddetli: Tanı için gerekli semptomlardan daha fazlası veya özellikle şiddetli olan pek çok semptom varsa veya semptomlar sosyal ve mesleki işlevlerde belirgin bozulmaya yol açıyorsa.

2.1.5. Eşlik Eden Tanılar

En sık görüleni karşıt olma karşıt gelme bozukluğu (KOKGB) olmak üzere, sırasıyla anksiyete bozuklukları, öğrenme bozuklukları, depresyon/bipolar bozukluk ve ilişkili bozukluklar, tik bozuklukları ve davranım bozukluğu DEHB'ye eşlik eden tanılardır.^{7,45} DEHB'nin tek başına görülmesinden ziyade, çocukluk döneminde görülen diğer ruhsal bozukluklarla komorbid olarak görülme sıklığı daha fazladır.⁴⁶

2.1.6. Ayırıcı Tanı

DEHB belirtileri olan bir hastanın ayırıcı tanısında organizite ve ilaç kullanımı dâhil diğer tıbbi durumların değerlendirilmesi ve dışlanması önemlidir.¹⁵ Okul öncesi dönemde gelişimini tam olarak tamamlamamış sinir sisteminin aşırı hareketliliğe ve dikkat

eksikliğine neden olduğu akılda tutulmalıdır.⁴⁴ Ayrıca ayırıcı tanıda özgül öğrenme güçlüğü, zeka geriliği, uyum bozukluğu, anksiyete bozuklukları, depresyon, otizm spektrum bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu gibi DEHB'ye benzer belirtileri olan psikiyatrik bozuklukların göz önünde bulundurulması önemlidir.¹⁵

DEHB'nin dönemselsel değil de süreğenlik gösteren bir hastalık olması, belirtilerin erken yaşta başlaması ve belirtilerle travmatik yaşantılar arasında direkt ilişkinin olmaması doğru tanıyı koymaya yardımcı olabilecek temel farklılıklardır.⁴⁷

2.1.6. Tedavi

DEHB'nin tedavisinde, hastalığın biyolojik etyolojisi nedeniyle altın standart yöntem ilaç tedavisidir.³⁴ Stimülanlardan metilfenidat ve stimülan olmayanlardan atomoksetin en sık tercih edilen ilaçlardır. Bireysel psikoterapi, aile ve grup terapileri, anne-baba eğitimi, sosyal beceri eğitimleri ilaç tedavisinin etkinliğini artıran ve göz ardı edilmemesi gereken diğer yöntemlerdir.^{16,41,48}

2.1.7. Gidiş ve Sonlanım

DEHB belirtilerinin yıllar sonra devam ettiği, DEHB tanılı çocukların üçte birinin erişkinlikte de tanı ölçütlerini hala karşıladıkları, erişkin hastaların suça karışmaya ve sık iş değiştirmeye meyilli oldukları, çoğunun düşük eğitim düzeyinde kaldıkları, benlik saygılarının düşük olduğu ve daha fazla psikiyatrik tanı aldıkları bildirilmiştir.^{16,49}

2.2. ÖZGÜL ÖĞRENME BOZUKLUĞU

ÖÖB, zihinsel, ruhsal ve nörolojik sorunlar ya da psikososyal etmenler ile açıklanamayan; okuma, yazma ve matematik gibi özgül bir alanda kişinin yaşına göre beklenen başarıyı gösteremediği durumları tanımlamak için kullanılan nörogelişimsel bir bozukluktur.⁵⁰

2.2.1. Tarihçe

ÖÖB ile ilgili tanımlamalar 1800'lü yıllarda yazında yerini bulmaya başlamıştır. Yapılan ilk çalışmalar ÖÖB'nin bir beyin hasarı sonucu ortaya çıktığını ve sonradan gelişen bir durum olduğunu öne sürmüştür. İlk kez 1877'de Berlin tarafından, beyin hasarına bağlı okuma güçlüğü belirtileri olan bireyleri tanımlamak için "disleksi" terimi kullanılmıştır.⁵¹ 1917'de Hinsselwood "doğuştan kelime körlüğü" (kongenital word blindness) kavramını ortaya atmıştır. Okuma güçlüğü'nün konjenital nedenlerle de var olabileceğini ileri sürerek genetik geçişe dikkat çekmiştir.⁵² 1962'de Kirk tarafından ilk kez "öğrenme güçlüğü" (learning disability) kavramı; duygusal, serebral ya da davranışsal bozukluktan kaynaklanan konuşma, okuma-yazma, aritmetik beceri alanlarından bir ya da birçoğunun gelişiminin bozulmasını tanımlamak için kullanılmıştır.⁵¹ 1965'te Bateman, Kirk'in yaptığı öğrenme bozukluğu tanımına, zihinsel kapasiteden beklenen başarı ile o andaki okul başarısı arasında anlamlı farklılık bulunması durumunu eklemiştir.⁵³

1990 yılında ABD Ulusal Öğrenme Bozukluğu Komitesi (NJCLD) tarafından öğrenme bozukluğunun tanımlaması yapılarak; hastalığın, bireyin yapısıyla ilgili olan ve merkezi sinir sisteminin işleyiş bozukluğundan kaynaklanan, dinleme, konuşma, okuma-yazma, akıl yürütme, matematik yeteneklerinin kazanılması ve kullanılmasında önemli güçlüklerle kendini gösteren heterojen bir bozukluk grubu olduğu ileri sürülmüştür.⁵³

DSM-IV'te, "ilk olarak bebeklik, çocukluk veya adolesanda tanı konulan bozukluklar" bölümünde; okuma bozukluğu (OB), matematik bozukluğu (MB), yazılı anlatım bozukluğu ve başka türlü adlandırılmayan öğrenme bozukluğu olarak dört kategoride belirtilmiştir.¹⁹

DSM-IV-TR'de ÖÖB; bireysel olarak uygulanan standart testlerde, kişinin kronolojik yaşı, ölçülen zeka düzeyi ve aldığı eğitim göz önünde bulundurulduğunda; okuma,

matematik ve yazılı anlatımın, beklenenin önemli ölçüde altında olması olarak tanımlanmıştır.²⁰

DSM-5'te ÖÖB nörogelişimsel bozukluklar bölümünde yer almıştır. Okuma, yazılı anlatım ve matematik alanlarındaki öğrenme sorunları ÖÖB'nin alt tanımlayıcıları olarak kodlanmıştır. Belirtilerin, bu alandaki özgül güçlükleri hedef alan tedavi girişimlerine rağmen, en az altı ay devam etmesi gerekliliği tanı ölçütü olarak getirilmiştir. Yapılan diğer değişiklik "bireysel olarak uygulanan standart testler" ve "zeka düzeyi" şartlarının DSM-5'te tanı ölçütünde yer almamasıdır. Bunun yanında DSM-5'te şiddet belirleyici ölçütler de belirlenmiştir.⁴

2.2.2. Epidemiyoloji

Tüm dünyada yaygın olarak kabul gören Amerikan Psikiyatri Birliği'nin yayınlarında, ÖÖB'nin okul çağındaki çocuklarda yaygınlığı %5-15, erişkinlerdeki yaygınlığı ise ortalama olarak %4'tür.⁴ Ülkemizde okul çağı çocuklarının %10-20'si ÖÖB tanısını karşılamaktadır.⁵⁴ İkinci ve 4. sınıf öğrencileri ile yapılan bir çalışmada çocukların %2'sinin disleksi tanısı aldığı bildirilmiştir.⁵⁵

ÖÖB erkeklerde kızlara oranla 2-3 kat daha fazla görülmektedir.^{56,57} ÖÖB alt tipleri içinde %80 oranla okuma bozukluğu en sık görülendir.^{51,58} Okuma bozukluğu ve yazılı anlatım bozukluğu erkeklerde, matematik bozukluğu ise kızlarda daha fazla saptanmıştır.⁵⁷

2.2.3. Etyoloji

2.2.3.1. Genetik Etmenler

Aile ve ikiz çalışmalarında, ÖBB'nin ailesel bir bozukluk olduğuna yönelik bilgiler saptanmıştır. Disleksik olan erkek çocukların %30-35'nin, kız çocukların %20'sinin ailelerinde okuma bozukluğu öyküsü olduğu bildirilmektedir.⁵⁹ Dislektik anne babalarla yapılan bir çalışmada da, çocuklarında okuma bozukluğu gelişme riskinin normal popülasyona göre 5-12 kat daha fazla olduğu saptanmıştır.⁶⁰ İkiz çalışmalarında da ÖÖB'nin kalıtsal özelliği desteklenmiş, tek yumurta ikizlerinde ÖÖB konkordansı %68-83, çift yumurta ikizlerinde ise %23-38 dolaylarında bulunmuştur.^{58,61}

Moleküler genetik çalışmalar sonucunda kromozom 6'nın fonolojik kodlama ve az da olsa tek sözcük okuma becerisiyle, kromozom 15'in sadece tek sözcük okuma becerisi ile

ilişkili olduğu bildirilmiştir.⁶² 1p, 2p, 6p, 15q ve 18p genlerinin disleksi gelişimindeki rolleri ile ilgili güçlü kanıtlar belirlenmiştir.⁶³

2.2.3.2. Nöroanatomik Etmenler

Yapısal farklılıkları belirlemeye yönelik yapılan otopsi çalışmalarında, tüm disleksik bireylerde planum temporale (PT) ön planda olmak üzere dil alanları ile ilgili yapılarda beklenen asimetrimin bozulduğu; sol perisilviyan ve frontal bölgelerde minör oluşum bozukluklarının olduğu saptanmıştır.⁶⁴⁻⁶⁶ Temporal lobun üst kısmında bulunan planum temporale (PT) işitsel asosiyasyon bölgesidir ve işitilen uyarının (fonem) görsel grafem (harf) olarak sembolleştirilmesinde görev almaktadır. Normalde sol PT sağa göre daha büyük iken, disleksi olgularında yapılan manyetik rezonans görüntüleme (MRI) ve bilgisayarlı tomografi (BT) çalışmalarında parieto-oksipital korteks ve PT’de sağlıklı kontrollerde saptanan normal asimetrimin olmadığı ya da tersine döndüğü saptanmıştır. Simetri artışının disleksiye özgü olmadığı bilirse de, kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek oranda olduğu bulunmuştur.^{67,68}

2.2.3.3. Nörobiyolojik Etmenler

Fonolojik eksiklik kuramı, okuma bozukluğunda üzerinde en fazla çalışma yapılmış olan kuram olmuştur. Bu kurama göre dile özgü fonolojik süreçlerin bozulması okuma ve hece güçlüklerine yol açmaktadır. Dislektik bireylerle yapılan PET ve işlevsel manyetik rezonans görüntüleme (fMRI) çalışmalarında fonolojik işlemler sırasında sol temporoparietal kortekste beklenen aktivasyonun azaldığı ya da hiç olmadığı gösterilmiştir.⁶⁹⁻⁷²

Okuma bozukluğunda belirtileri açıklamak için kullanılan diğer bir kuram da bilgi işleme hızında sorun olduğunu ileri süren duyuşsal eksiklik (sensory deficit) kuramıdır. Dislektik çocukların işitsel ve ya da görsel uyarınları normal kişilere göre daha yavaş işledikleri varsayımı üzerinde çeşitli araştırmalar yapılmıştır. Asıl sorunun hızlı işitsel uyarınları işleme kapasitesi ile ilişkili olduğu ve bu soruna yönelik beceri eğitimi alan dislektik çocuklarda sol prefrontal kortekste aktivasyon artışının sağlanabildiği ortaya konmuştur.^{73,74} Görsel uyarınlara işlenmesinde sorun olduğunu ortaya süren magnosellüler kurama göre; talamusta bulunan genikulat çekirdeklerdeki magnosellüler hücrelerin daha küçük olduğu ve bu nedenle sistemin yavaş işlediği ileri sürülmektedir.⁷⁵

Serebellar eksiklik kuramına göre ise, serebellumun dil ve okuma ile ilgili işlevlerde tekrarlanan davranışın otomatik olarak yapılmasını sağlama becerisi üzerinde direk etkili olduğu bilgisi edinilmiştir.⁷⁶ Yapılan fMRI çalışmalarında dislektik çocuklarda oksipital alanlarda da aktivasyon düşüklüğünün olduğu gösterilmiştir.⁵⁸

Sonuç olarak, bugüne kadar ÖÖB olan olguların beyin yapı ve işlevlerini inceleyen çalışmalarda benzer bulgular saptanmış olsa da bu grubun heterojenliği nedeniyle sonuçlar genelleştirilememiştir.⁵²

2.2.4. Klinik Özellikler ve Tanı

2.2.4.1. Klinik Belirti Grupları

ÖÖB çocuğun ilk doğduğu andan itibaren başlayan gelişimsel bir sorundur.⁵² ÖÖB'nin etkilediği alanlar yedi başlık altında sınıflandırılmıştır.

2.2.4.1.1. Dil Alanı

Disleksi, dil ve sözlü ifade alanında güçlüklerle kendini göstermektedir. Dislektik olgular sesleri işitsel olarak kavramakta ve doğru telaffuz etmekte, benzeyen sesleri ayırt etmede, sesler ile harfler arasındaki bağlantıyı kurmakta güçlük çekmektedir. Okul öncesi dönem çocuklarında yaşlılarıyla kıyaslandığında konuşmanın gecikmesi, daha az kelime haznesi ve nesne adlarını öğrenmekte zorlanma görülebilmektedir. Okula başlanıldığı dönemden itibaren okuduğunu ve dinlediğini anlamakta, kısa süre önce öğrendiği bir sözcüğü hatırlamakta, sözcükleri not almakta veya kopyalamakta zorlanmaktadırlar. Okuma ya da yazma sırasında harf/ hece veya kelime atlama, ekleme, karıştırma, yanlış ya da ters yazma/okuma, satır takip edememe dikkati çekmektedir. İlerleyen yaşlarda okuma ve yazma hızı yaşlılarından daha düşüktür. Duygu ve düşüncelerini ifade etmekte sorun yaşarlar.^{53,77}

2.2.4.1.2. Algısal-Kavramsal Alan

Saat, yön, zaman ve mekân kavramlarını, renkleri, sayıları, matematik sembollerini, çarpım tablosunu, soyut kavramları anlamakta güçlük çekerler. Akıl yürüterek sorun çözme becerileri geridir. Eşleştirme, sıralama ve sınıflandırma becerileri zayıftır.

2.2.4.1.3. Motor-Koordinasyon Alanı

El-göz ve motor koordinasyonuna dayalı işlerde zorlanırlar. İnce ve kaba motor becerilerinde sorunlar yaşarlar. Uzaysal derinliği kestirmede güçlük çekerler, bu nedenle sık kaza geçirirler. Beceriksiz ve sakar olarak tarif edilirler.

2.2.4.1.4. Bellek Alanı

Yeni öğrenilen bilgiyi kavramakta ve daha sonra hatırlamakta zorlanırlar. Bu durum özellikle sıralama becerisi ve ardışıklık gerektiren durumlarda sorun yaratır.

2.2.4.1.5. Dikkat ve Hareket Alanı

Dikkatini odaklama ve sürdürme, komutları takip etmede sorunlar görülebilmektedir.

2.2.4.1.6. Organizasyon Alanı

Herhangi bir işe başlamakta ve tamamlamakta zorlanırlar. Zamanı kullanma, mevcut işi planlama ve düzenleme yetenekleri zayıftır.

2.2.4.1.7. Duygusal Sosyal Alan

Jest, mimik, beden dili ve ses tonundan duygulanımı anlamakta zorlanırlar. Duyguların denetiminde yaşadıkları güçlükler daha çocuksu ve dürtüsel davranmalarına neden olur. Sosyal işaretleri doğru okuyamazlar ve arkadaşları tarafından kolay yönlendirilirler. Benlik saygıları düşüktür.

2.2.4.2. Tanı

Öğrenme bozukluğu tanısı, DSM-5 tanı ölçütlerine göre yapılan klinik görüşmede; bireysel olarak uygulanan standart testlerde, kişinin kronolojik yaşı ve en az altı ay aldığı eğitim göz önünde bulundurulduğunda, okuma, matematik ve yazılı anlatımının beklenenin önemli ölçüde altında olmasıyla konur.⁵

Tablo 2. DSM-5'e göre ÖÖB Tanı Ölçütleri

<p>A. Gerekli girişimlerde bulunulmuş olmasına karşın, en az 6 aydır süren, aşağıdaki belirtilerin en az birinin varlığı ile belirli, öğrenme ve okul becerilerini kullanma güçlükleri:</p> <ol style="list-style-type: none">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, 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 yanlışı yapar; paragraf düzenlemesi kötüdür; görüşlerinin yazılı anlatımı açık değildir).5. Sayı algısı, sayı gerçekleri ya da hesaplama güçlükleri (sayıları, bunların büyüklüğünü ve ilişkilerini anlaması kötüdür; yaşlılarının 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). <p>B. Etkilenen okul becerileri, kişisel olarak uygulanan geçerli başarı ölçümleri ve kapsamlı klinik değerlendirme ile doğrulandığı üzere, kişinin kronolojik yaşına göre beklenenden önemli ölçüde ve ölçülebilir derecede altındadır ve okul ya da işle ilgili başarı 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.</p> <p>C. 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 raporları okuma ya da yazma, okulda aşırı yüklenme).</p> <p>D. Öğrenme güçlükleri, anlıksal yetiyetimleri, 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.</p> <p>Not: Dört tanı ölçütü; kişinin öyküsünün (gelişimsel, tıbbi, aile, eğitim), okuldan edinilen bilgilerin, ruhsal-eğitsel değerlendirmelerin klinik olarak birleştirilmesiyle karşılanır.</p> <p>Kodlama notu: Bozulan tüm eğitsel alanları ve becerileri tanımlayınız. Birden çok alanda bozukluk varsa, her biri aşağıdaki belirleyicilere göre kodlanmalıdır.</p> <p>Varsa belirtiniz:</p> <p>Okuma bozukluğu ile giden:</p> <p>Sözcükleri doğru okuma</p> <p>Okuma hızı ve akıcılığı</p>

Okuduğunu anlama

Not: Disleksi, sözcükleri doğru ve akıcı bir şekilde okuma, anlaşılır dile çevirme ve sözcüklerin harflerini söyleme ve yazma güçlükleri ile karşımıza çıkan öğrenme güçlüğü için kullanılan bir terimdir. Eğer disleksi bu türdeki güçlükleri tanımlamak için kullanılırsa, okuduğunu anlama ya da sayısal akıl yürütme güçlükleri gibi ek güçlükleri belirtmek önemli olacaktır.

Yazılı anlatım bozukluğu ile giden:

Sözcüklerin harflerini doğru söyleme ve yazma

Dilbilgisi ve noktalama doğruluğu

Yazılı anlatımın açıklığı ya da düzeni

Sayısal (matematik) bozukluk ile giden:

Sayı algısı

Aritmetik bilgilerin ezberlenmesi

Doğru ve akıcı hesaplama

Doğru sayısal akıl yürütme

Not: Diskalkuli, sayısal bilgiyi işleme, aritmetik kurallarını öğrenme, doğru ve akıcı hesaplama yapabilme sorunları ile karakterize öğrenme güçlükleri için kullanılan terimdir. Eğer diskalkuli bu türdeki matematik güçlüklerini tanımlamak için kullanılırsa, sayısal ve sözel akıl yürütme güçlükleri gibi ek güçlükleri belirlemek önemli olacaktır.

Şimdiki ağırlık düzeyini belirtiniz:

Hafif: Bir ya da iki eğitsel alandaki öğrenme becerilerinde bazı güçlükler vardır, ancak özellikle okul yıllarında uygun düzenlemeler ya da destek ile kişi bu güçlüklerin üstesinden gelebilir ve işlevselliğini koruyabilir.

Orta: Bir ya da iki eğitsel alandaki öğrenme becerilerinde belirgin güçlükler vardır, dolayısıyla okul yıllarında yoğun ve özel eğitim almadan kişinin yeterlik gösterme olasılığı düşüktür. Aktivitelerini doğru ve etkin bir biçimde tamamlayabilmesi için, okulda, işyerinde ya da evde, en azından günün bir bölümünde, bazı düzenlemelerin yapılması ya da destek verilmesi gerekebilir.

Ağır: Öğrenme becerilerinde birçok eğitsel alanı etkileyen ağır güçlükler vardır, okul yıllarının çoğunda yoğun, bireysel ve özel eğitim almadan kişinin bu becerileri öğrenme olasılığı düşüktür. Evde, okulda ya da işyerinde uygun düzenlemeler yapılması ya da destek verilmesi durumunda bile kişi tüm aktivitelerini etkin bir biçimde tamamlayamayabilir.

2.2.5. Değerlendirme

Özgül öğrenme bozukluğu klinisyenin ayrıntılı muayene sonucu koyduğu klinik bir tanıdır. Tanı ve değerlendirme aşamasında klinik gözlemden, aileden alınan tıbbi, gelişimsel ve eğitimsel özelliklere ilişkin bilgilerden, öğretmenin çocuğa dair gözlemlerini içeren bilgi formlarından ve psikometrik testlerden yararlanılmaktadır.^{50,78}

WISC-R ve Stanford Binet zeka testleri, Kaufmann Kısa Zeka Testi İkinci Sürümü (KBIT-2), Bender-Gestalt görsel algılama testi, Frostig görsel algı testi, Peabody resim kelime testi, geniş kapsamlı başarı testi (WRAT), ÖÖG'yi değerlendirmek için ülkemizde kullanılan testlerdir.⁷⁸

Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği- geliştirilmiş form'u (WISC-R); çocuğun zeka seviyesi, özel zeka bölümleri ve bu bölümler arasındaki ilişki, öğrenme biçimi, güçlü ve zayıf yanları hakkında bilgi vermektedir. Yapılan çalışmalar WISC-R kategorilerinin ÖÖB' de ayırt edici ve tanı koydurucu olmadığına, ancak klinik tanının desteklenmesinde ve tedavi planının belirlenmesinde yardımcı olduğuna vurgu yapmaktadır.⁷⁹⁻⁸¹

Özgül Öğrenme Güçlüğü Test Bataryası, toplam 9 alt test içeren ve okuma, yazma, matematik, algısal ve motor alanlarında çocukları değerlendirmek için uygulanan testlerdendir.⁷⁹

2.2.6. Eşlik Eden Tanı

ÖÖB sıklıkla diğer psikiyatrik bozukluklarla beraber görülmektedir. ÖÖB ile en sık DEHB'nin eş hastalanım olduğu belirtilmektedir. Yapılan çeşitli çalışmalar bu oranın %10 ile 60 arasında olduğunu saptamıştır.^{82,83} Depresyon ve anksiyete bozukluklarının da ÖÖB'de normal topluma göre daha sık olduğunu bildiren çalışmalar vardır.⁸⁴⁻⁸⁶

2.2.7. Ayırıcı Tanı

ÖÖB tanısı koyarken akademik başarısızlığa neden olabilecek fiziksel (anemi, hipotiroidi vb.), nörolojik veya duyu organları ile ilgili bozukluklar ya da çift dillilik, eğitim yetersizliği gibi çevresel sorunlar öncelikle dışlanmalıdır.^{87,88}

ÖÖB ile zihinsel yetersizlik belirtilerinin birbirine benzemesi ayırıcı tanıyı güçleştirmektedir. ÖÖB'de okuma, yazma ve matematik gibi alanlarda yaşının altında başarı düzeyi görülmekteyken, zihinsel yetersizliği olan çocuklarda bilişsel işlevlerde genel bir gerilik bulunmaktadır.⁸⁹

DEHB, daha çok özgül alanlarda bozulmaya neden olan ÖÖB'nin aksine, öğrenme ve akademik başarı alanlarında sınırlı kalmayıp, işlevselliği birçok alanda bozmaktadır.⁴⁴

Depresyon ve anksiyete bozuklukları; dikkat sorunları ve düşük benlik saygısı nedeniyle okul başarısını etkileyebilmektedir. Etkilenmenin duygudurum üzerinde ön planda olması, akademik alanlar dışında da kişinin yaşamını etkilemesi ve uygun medikal tedavi ile belirtilerin düzelmesi ile bu tanı grubuna dahil bozukluklar ÖÖB'den ayrılmaktadır.⁹⁰⁻⁹²

Konuşma ve dile özgü gelişim bozukluklarında sesleri doğru telaffuz etme ve sıralama, sesleri sembollerle birleştirme, sözcükleri anlama, duygu ve isteklerini ifade etme alanlarında yetersizlikler ve eksiklikler olabilmektedir. Yaşlılarında göre gerilik akademik alandan ziyade daha çok dil becerisi alanındadır.⁹³

2.2.8. Tedavi

Tedavi planı her hastaya göre ayrı ve çok boyutlu olarak planlanmalıdır. Çocuğun öğrenme sorunlarına yönelik özel eğitim programı, okul eğitimine yönelik eğitimsel müdahaleler ve öğrenme bozukluğuna eşlik eden diğer sorunlar için bireysel veya grup terapileri tedavi yaklaşımlarıdır. Ebeveynlerin de dahil edildiği sorunu anlamaya ve baş etme becerilerine yönelik danışmanlık hizmetleri de tedavinin diğer bir parçasıdır.^{50,94}

Yapılan birçok çalışma, ilaçların ÖÖB'nin tedavisinde etkili olmadığını göstermiştir.⁹⁴ İlaç tedavisi eşlik eden diğer psikiyatrik hastalıkların belirtilerini azaltmaya yöneliktir.⁵⁰

2.2.9. Gidiş

ÖÖB ömür boyu süren yapısal bir hastalıktır. İzleme çalışmalarında hastalığın şiddetine bağlı olarak okuma bozukluğu belirtilerinin erişkinlik döneminde de devam ettiği gösterilmiştir.^{95,96} ÖÖB, akademik ve sosyal başarısızlıkların, duygusal ve sosyal sorunların gelişimi açısından risk oluşturmaktadır.⁹⁷ Sözel olmayan öğrenme bozukluğu belirtilerinin yaşla beraber daha da ilerlediğini gösteren çalışmalar vardır.⁸²

2.3. Sosyal Beceri

2.3.1. Tanım ve Genel Bilgiler

2.3.1.1. Tanım

Bireyin, içinde bulunduğu sosyal ortama uygun şekilde diğer bireylerle sağlıklı bir iletişim kurmasına yardımcı olan davranışları, o bireyin sosyal beceriler olarak tanımlanmaktadır.¹¹ Kelly'in tanımına göre sosyal beceri davranışları çevre tarafından onaylanmayı ve kabul görmeyi sağlamaktadır. Sosyal beceriler, kişinin olumlu ya da olumsuz duygularını uygun şekilde anlatabilmesini, kişisel haklarını savunabilmesini, gerektiğinde başkalarından yardım isteyebilmesini kolaylaştırmaktadır.^{11,98}

2.3.1.2. Sosyal Beceri ile İlgili Kavramlar

Bu bölümde; kavram karmaşasını engellemek için sosyal beceri ile sık kullanılan ve bazen de karıştırılabilen kavramlardan kısaca bahsedilmiştir.

Sosyal benlik: İnsanların sosyal ilişkilerde üstlendiği roldür. Abi, baba, komşu, arkadaş rolleri aynı kişinin, farklı ilişkilerindeki rolleridir.⁹⁹

Sosyal zeka: İletişimde bulunabilmek, ilişkilerindeki zorluklarla baş edebilmek, çözümler üretebilmek, ortamları tanımlamak ve şartlara uygun davranışlar geliştirmek, grup çalışmalarında sorumluluk ve etkin rol almak sosyal zekanın özellikleri olarak tanımlanmaktadır.⁹⁹ Buna göre bazı kişilerin kolayca ilişki kurabilmelerinin ve sosyal ilişkilerindeki zorlukların üstesinden kolayca gelebilmelerinin temelinde sosyal açıdan zeki olmaları yatmaktadır.¹⁰⁰

Sosyal yeterlilik: Bir kişinin bir takım sosyal ilişkileri yürütebilmesi için gerekli olan kendini ifade etme, kendine güven, arkadaşlarca kabul görme, aile bireyleri ve diğer tanıdık bireylerce kabul edilme, sosyal bağımsızlık ve sosyal farkındalık gibi duygusal, sosyal ve bilişsel becerileri kazanıp kazanmadığını ifade etmektedir.⁹⁹ Sosyal beceri, sosyal yeterlilik kavramının içerdiği bilgi ve becerilerin sosyal ilişkilerde uygun biçimde kullanılmasını kapsamaktadır.¹⁰¹

2.3.1.3. Sosyal gelişim kuramı

Sosyal gelişim kuramları sosyal davranışların ne zaman ve ne şekilde öğrenildiği ile ilgili varsayımlardır. Sosyal davranışların kaynağı bebekliğin ilk günlerine kadar uzanmaktadır.¹⁰² Anne-bebek ilişkisi çocuğun sosyal gelişiminde önemli bir yere sahiptir. Anne-bebek arasındaki sürekli ve tutarlı ilişki çocuğun başkalarına ve kendine karşı duyacağı güven duygusunun temelini oluşturur.¹⁰³

2 yaş civarında yürüme ve konuşma becerilerinin gelişmesiyle çocuk ebeveynlerinden kısmen bağımsız olarak hareket etmeye başlar. Çocuk çevresindeki insanların uygun yönlendirmeleriyle bazı davranışların belirli ortamlarda uygulanması gerektiğini öğrenir. Bu davranışlar sosyalleşmenin ilk aşamalarını oluşturur.¹⁰⁴ Üç yaşlarında ayırtma-bireyselleşme süreci tamamlanmış olan çocuk, başka insanlardan ayrı bir kişi olduğunu kavrar. Kendi bedenine ve dış dünyaya karşı duyduğu merak, cinsellik ile ilgili konuları, toplumun değer ve yasaklarını öğrenmesini sağlar.^{102,103}

İnsan davranışını açıklayan en önemli kuramlardan biri olarak kabul edilen psikanalitik yaklaşımda Freud, sosyalleşmeyi, çocuğun ana-babasına duyduğu duygusal bağın diğer kişilere yansması olarak tanımlamıştır. Freud'a göre kişiliğin gelişimi, bireyin psikoseksüel gelişim evrelerinden geçmesiyle oluşur. Yaşamın erken dönemlerinde libido odağı vücudun belli bir bölgesi iken, Freud'un gizil dönem olarak isimlendirdiği okul çağı çocuklarında libidonun odaklandığı bedensel bir bölge yoktur. Bu dönemde çocukların ilgileri, cinsel olmayan yeni beceri ve uğraşlara yönelir. Çocuğa doyum sağlayan ana-babaların yerine akranların geçmesi ile geniş ilişki ve öğrenme olanakları doğar. Ergenliğe kadar olan bu dönem çocuk ana-baba dışındaki kişilerle de özdeşim kurarak, içinde bulunduğu topluma ait bir birey olmak için gerekli şeyleri öğrenir.¹⁰⁵

Sosyal becerilerin öğrenilmesi ve geliştirilmesi alanında yapılan çalışmalarda, doğumdan hemen sonra başlayıp bütün yaşam boyu devam eden sosyalleşme sürecinin, özellikle başkalarının fark edildiği okul döneminde belirgin hale geldiğine, bu becerileri kazanmanın akademik gelişimle iç içe olduğuna vurgu yapılmıştır.¹⁰⁶

2.3.1.4. Sosyal Becerinin Sınıflandırılması ve Özellikleri

Sosyal becerilerin çeşitli tanımları olduğu gibi sınıflamaları da çeşitlilik göstermektedir. Goldstein ve arkadaşları, sosyal becerileri altı alt başlıkta sınıflamışlardır.

- 1) Başlangıç sosyal becerileri: Dinleme, konuşma başlatma ve sürdürme, kendini tanıtmaya, soru sorma, teşekkür etme, başka kişileri tanıtmaya, iltifat etme.
- 2) İleri sosyal beceriler: Yardım isteme, katılma, talimat verme ve talimatlara uyma, özür dileme, başkalarını ikna etme.
- 3) Duygularla başa çıkma becerileri: Kişinin olumlu ve olumsuz duygularını tanıyabilmesi ve doğru ifade edebilmesi, başkalarının duygularını anlama, kendini ödüllendirme.
- 4) Saldırganlığa alternatifler becerisi: Kendini kontrol etme, uzlaşma, hakkını savunma, yardım etme, paylaşma, izin isteme.
- 5) Stresle başa çıkma becerileri: Grup/birey baskısı, dışlanma, başarısızlık/sıkılma gibi olumsuz durumlarla baş etme, rakiplerine sportmence yaklaşabilme, şikayet edebilme ve şikayete cevap verebilme.
- 6) Planlama yapma ve problem çözme becerileri: Bir işe başlamaya karar verme, mevcut sorunları önemine göre sıralama, belirlenen konu üzerinde yoğunlaşma, bilgi toplama, sorunun nedenini bulma, hedef belirleme, yeteneklerini fark etme.¹⁰⁷

Rin ve Markler sosyal becerileri; kendini anlatma becerileri, çevresini genişletme becerileri, atılganlık becerileri ve iletişim becerileri olmak üzere dört grupta incelemiştir.¹⁰⁷ Eiser ve Fredericson yaptığı sınıflamada sosyal becerileri sözlü, sözsüz ve motor olmak üzere üç kısma ayırmıştır. Konuşma, komut verme gibi özellikler sözel öğeleri; göz kontağı, gülümseme, sesin yüksekliği ve tonu, konuşmanın akıcılığı sözsüz öğeleri; duruş, jestler, kafa sallama ve yüz ifadeleri ise motor öğeleri oluşturmaktadır.¹⁰⁸

Sosyal beceri diğer insanları ve olayları gözlemlenme, özdeşim kurma, olumlu geri bildirim alma gibi yollarla öğrenilir. Durum ve ortamın özelliklerine göre belirlenir. İletişim ve etkileşimin sözlü ve sözsüz olan davranışlarını kapsar. Etkin ve uygun tepkileri, örnek alınan davranışları içerir. Sosyal çevreden gelen olumlu tepkilerin artmasını sağlayarak, var olan becerilerin pekişmesine olanak sağlar.¹⁰⁹

Sosyal beceri yetersizliği olan çocuk; sosyal beceriyi öğrenmede ve bu beceriyi uygun ve gerekli ortamda kullanmada sorun yaşamaktadır. Sosyal becerilerde yetersiz olan çocuklar, kişiler arası ilişkilerde, akademik-duygusal-davranışsal alanlarda sorunlar yaşamakta, ihmal ve istismara uğramaktadır.¹³ İlerleyen yaşlarda akademik ve mesleki başarısızlıklara, evlilik sorunlarına ve ikili ilişkilerde güçlükler neden olmaktadır.¹¹⁰

Sosyal becerile eksikliğinin kişinin yaşamına etkilerini araştırmak amacıyla yapılan çalışmalar, akranları tarafından reddedilen çocukların okulu olumsuz algıladıklarını, okula gitmeyi reddetme, sınıfta kalma ya da okulu bırakma gibi riskli davranışlar sergilediklerini, ergenlik dönemlerinde ise suça eğilimli olduklarını ortaya koymuştur.⁹⁸

Tüm bunlar, sosyal etkileşimin insan yaşamının evrensel ve ayrılmaz bir parçası olduğunu; geleceğe yönelik riskleri azaltmak ve önlemek için sosyal beceri eksikliklerini erken dönemde saptamak ve müdahale etmek gerektiğini göstermektedir.¹¹¹

2.3.2. DEHB ve Sosyal Beceri

DEHB, bilişsel, akademik, ailevi ve günlük yaşam alanlarında birçok sorun yaratmaktadır. DEHB’de görülen sosyal işlev bozukluğu bu çocukların akranları tarafından dışlanmalarına, ebeveynleri ve akranları ile çatışma yaşamalarına sebep olarak, kısa ve uzun dönemde hastalığın gidişatını olumsuz yönde etkilemektedir.¹¹² Sosyal yetersizlikleri olan DEHB’li çocukların erken tanınması ortaya çıkabilecek sorunları önlemede önemlidir.⁹⁵

DEHB ve sosyal beceri alanında yapılan bir çalışmada, otuz beş DEHB hastasına on iki seans sosyal beceri eğitimi verilmiştir. Eğitim sonucunda öğretmen ve ebeveynler tarafından doldurulan sosyal becerileri değerlendirme ölçeklerinde düzelme saptanmıştır. Çalışma DEHB için en iyi tedavi yönteminin ebeveyn eğitimi ve ilaç kombinasyonuna ek olarak sosyal beceri eğitiminin verilmesi olduğunu vurgulamaktadır.¹¹³

2.3.3. ÖÖB ve Sosyal Beceri

Dislektik çocukların sosyal özelliklerini araştırmak için yapılan çalışmalar, bu çocukların dislektik olmayan çocuklara göre sınıf arkadaşları tarafından daha fazla dışlandıklarını, yalnızlık ve kıskançlık duygularını daha fazla hissettiklerini, çoğu zaman kendi okulları dışında ve yaşça daha küçük çocuklarla arkadaşlık kurduklarını tespit etmiştir.¹¹⁴ Empati kurma, yüz ifadelerini tanıma, yardım isteme alanlarında güçlükler yaşadıkları, takdir edilmemekten ya da kendileri ile alay edilmesinden korktukları ve yetişkinlere daha bağımlı oldukları ifade edilmiştir. Sayıca fazla arkadaşları olsa bile dost edinme becerilerinin kötü olduğu; dostluk için önemli olan samimiyet, fiziksel temas ve onaylama davranışlarından kaçındıkları belirtilmiştir.^{10,114} Dislektik olmayan çocuklara göre zorbalığa uğrama ihtimallerinin fazla olduğu, kendilerinin hem mağdur hem de zorba olabileceği vurgulanmaktadır.¹⁰

ÖÖB ile ilgili yapılan çalışmaların incelendiği bir araştırmada; çalışma konuları arasında sosyal beceri özelliklerine fazla yer verilmediğine ve sınırlı sayıda çalışma bulunduğuna dikkat çekilmiştir. Aynı zamanda çoğunlukla okuma alanında sorunlar yaşıyan çocukların araştırma gruplarına alındığı, ÖÖB'nin diğer alanlarında sorun yaşıyan çocukların da çalışmalara dâhil edilmesinin önemli ve yararlı olacağı belirtilmiştir.¹¹⁵

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Örneklem

Çalışmaya alınan çocuklar Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Ruh Sağlığı Polikliniği'nde takip edilen çocuklar arasından seçilmiştir. Çalışma Ekim 2016 ile Aralık 2016 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

DEHB ve ÖÖB grubu; DSM-5 tanı ölçütlerine göre DEHB ve ÖÖB tanıları ile takip edilmekte olan, DEHB belirtileri medikal tedavi ile kontrol altında olan, 7-12 yaş grubundaki, klinik olarak zeka geriliği olmayan, eş zamanlı olarak otizm spektrum bozukluğu ve/veya işlevselliği DEHB ve ÖÖB'den daha fazla bozan eksen I tanısı olmayan çocuklardan seçilmiştir. DEHB grubuna; klinik olarak zeka geriliği olmayan, eş zamanlı olarak otizm spektrum bozukluğu ve/veya işlevselliği DEHB'den daha fazla bozan eksen I tanısı olmayan, DEHB tanısı ile takip edilmekte olan ve medikal tedavi ile DEHB belirtileri kontrol altında olan ve ÖÖB olmayan çocuklar dahil edilmiştir.

Araştırmaya katılan her iki gruptaki çocuklar ve aileleri çalışma hakkında bilgilendirilmiş, hem çocuktan hem de ailelerinden onam alınmış, ebeveynlerine onam formu imzalatılmıştır.

3.2.Yöntem

Genel psikiyatrik değerlendirmenin yapılması ve olası psikiyatrik tanıların saptanması için araştırmacı tarafından çocuklara ve ebeveynlerine Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu- Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-T) yapılmıştır. Yapılan görüşmelerde ÇDŞG-ŞY-T ile taranamayan tanılar, araştırmacının DSM-5 tanı ölçütlerine dayalı klinik görüşü ile değerlendirilmiştir. ÖÖB ön tanısı düşünülen hastalara "ÖÖG bataryası" uygulanmıştır. Çalışmaya katılan tüm çocukların ebeveynlerine "sosyodemografik bilgi formu" ve "sosyal beceri değerlendirme ölçeği" (SBDÖ) verilmiştir.

3.3. Veri Toplama Araçları

3.3.1. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşan Boyu Versiyonu- Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-T)

Olası eksen I tanılarını taramak için çocuk ve ebeveynlere ÇDŞG-ŞY-T uygulanmıştır. ÇDŞG-ŞY-T, DSM-III-R ve DSM-IV tanı ölçütlerine göre çocuk ve ergenlere psikiyatrik tanı koymak için geçerli ve güvenilir bir tanı aracıdır.¹¹⁶ ÇDŞG-ŞY-T, yarı yapılandırılmış bir görüşme olup, negatif semptomlu şizofreni ve özgül öğrenme bozukluğu dışında birçok psikiyatrik bozukluğu taramaktadır. Tarama skorları ve tanı açısından, değerlendiriciler arası uyum %93-100 olarak bulunmuştur. Testin yeniden test güvenilirliği için kappa katsayısı çeşitli tanımlar için 0.63-1.00 aralığındadır. Türkçe uyarlaması, geçerlik ve güvenilirlik çalışması Gökler ve arkadaşları tarafından 2004 yılında yapılmıştır.¹¹⁷

3.3.2. ÖÖG Bataryası

1993 yılında Korkmazlar'ın kullandığı batarya daha sonraki çalışmalarda yeni testler eklenerek genişletilmiştir. Genişletilmiş haliyle batarya 9 testten oluşmaktadır. Bunlar; Okuma testi, yazma testi, alfabenin harfleri, sınıf düzeyine göre toplama ve çarpım tablosu soruları, aylar ve günler ile öncelik-sonralık ilişkilerinin sorgulanması, Gessel şekilleri, saat çizme testi, Head sağ-sol ayırt etme testi, Harris lateralleşme testidir.⁷⁹

3.3.3. Sosyodemografik Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan bu form çocuğun ebeveynleri tarafından doldurulmuştur. Hastanın adı soyadı, doğum tarihi, doğum yeri, adresi, anne, baba ve kardeşlere ait bilgiler, gelişim öyküleri, tıbbi öykü, okul öncesi eğitim ve süresi, okuma-yazmaya geçiş zamanı, düzenli aktivitesinin olup olmadığı sorgulanmıştır.

3.3.4. Sosyal Beceri Değerlendirme Ölçeği (SBDÖ)

Ölçek, 7 ile 12 yaşlarındaki çocukların sahip olması gereken sosyal becerileri sorgulayan soruları içermektedir. Ölçekte 69 madde ve 12 alt ölçek bulunmaktadır. Temel sosyal beceriler, temel konuşma becerileri, ileri konuşma becerileri, ilişkiyi başlatma ve sürdürme becerileri, grupta iş yapma becerileri, duygusal beceriler, kendini kontrol etme becerileri, saldırgan davranışlarla başa çıkma becerileri, sonuçları kabul etme becerileri, yönerge verme becerileri ve bilişsel beceriler ölçeğin alt gruplarıdır. Beşli dereceleme şeklinde

oluşturulmuş likert tipi bir ölçektir. Maddelerin tamamı olumludur. Ölçekte alınabilecek en düşük puan 69 ve en yüksek puan 345'tir. Ölçeğin kesme puanı olmayıp, ölçekten alınan puanın yüksek olması sosyal becerilerin iyi olması olarak yorumlanmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması, 2005 yılında, 7-12 yaş aralığındaki çocuklar için yapılmıştır. Ölçeğin güvenirliği, Cronbach Alfa katsayısı hesaplanarak test edilmiştir ($r=0.97$).¹³

3.4.Verilerin İstatiksel Analizi

Veriler, Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı 20.0 (Statistical Program for Social Sciences- SPSS for Windows, 20.0) kullanılarak analiz edilmiştir. Olgulara ait değişkenlerin (sayısal veriler) normal dağılıma uygunluk testi Kolmogorov-Smirnov Testi ile değerlendirilmiştir. Normal dağılım gösteren sayısal değişkenler ortalama +/- standart sapma, normal dağılım göstermeyen sayısal değişkenler ise medyan (25. persantil-75. persantil) olarak verilmiştir. Normal dağılım gösteren sayısal değişkenler için gruplar arasındaki farklılık; Student t testi, Tek yönlü varyans analizi ve Tukey çoklu karşılaştırma testi ile, normal dağılım göstermeyen sayısal değişkenler için ise gruplar arasındaki farklılık; Mann Whitney U Testi, Kruskal Wallis tek yönlü varyans analizi ve Dunn's çoklu karşılaştırma testi ile belirlenmiştir. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkileri belirlemek için Fisher's Exact Kikare analizi kullanılmıştır. $p<0.05$ istatistiksel olarak önemlilik için yeterli kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Araştırmaya Katılanların Genel Özellikleri

Çalışmaya 22'si (%36,7) kız, 38'i (%63,3) erkek toplan 60 hasta alınmıştır. DEHB ve ÖÖB grubundaki 30 hastanın 11'i (%36,7) kız, 19'u (%63,3) erkektir. DEHB grubundaki 30 hastanında 11'i (%36,7) kız, 19'u (%63,3) erkektir. Gruplar arasında cinsiyete göre dağılım farklı bulunmamıştır ($p=1$). Çalışmaya katılan hastaların yaş aralıkları 7-12 yaş aralığında olup, DEHB ve ÖÖB grubunda ortalama yaş $9,38\pm 1,15$; DEHB grubunda ise $9,70\pm 2,15$ olduğu bulunmuştur. Gruplar arasında yaş ortalamaları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,48$).

4.1.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri tablo 3'te özetlenmiştir. Gruplar; cinsiyet, kardeş sayısı, fiziksel ve ek ruhsal hastalık varlığı, düzenli sosyal aktivite ve ilaç kullanımı alanlarında benzerlik göstermiştir.

Tablo 3. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Özellikler	Gruplar	DEHB ve ÖÖB		DEHB	
		N	%	N	%
Cinsiyet	Kız	11	36,7	11	36,7
	Erkek	19	63,3	19	63,3
Kardeş sayısı	Yok	3	10,0	4	13,3
	1 kardeş	18	60,0	18	60,0
	2 kardeş	7	23,3	7	23,3
	3 ve daha	2	6,7	1	3,3
	çok kardeş				
Çocukta fiziksel hastalık	Yok	28	93,3	29	96,7
	Var	2	6,7	1	3,3
Çocukta ek ruhsal hastalık	Yok	22	73,3	25	83,3
	Var	8	26,7	5	16,7
Sosyal aktivite	Yok	22	73,3	18	60,0
	Var	8	26,7	12	40,0
İlaç kullanımı	Yok	8	26,7	5	16,7
	Var	22	73,3	25	83,3

4.1.2. Katılımcıların Gelişim Basamakları

Olguların gelişim basamaklarını kazanma süreleri tablo 4’te verilmiştir. Her iki grupta da olguların ilk kelime ve cümle kurduğu, tuvalet eğitimi aldığı ve yürümeye başladığı ayların ortalaması DEHB ve ÖÖB grubunda daha geç olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4. Olguların Gruplara Göre Gelişim Basamakları Kazanma (Ay) Ortalamalarının Dağılımı

	DEHB ve ÖÖB		DEHB		İstatistiksel test*	
	Ort	SS	Ort	SS	t	p
İlk kelime (ay)	16,04	12,06	11,21	2,71	1,83	0,080
İlk cümle (ay)	25,63	12,18	20,13	7,41	1,82	0,073
Yürüme zamanı (ay)	14,46	6,15	12,44	4,23	1,38	0,169
Tuvalet eğitimi (ay)	29,46	29,46	27,61	8,98	0,76	0,447

*Student t testi

4.1.3. Katılımcıların Okul Öncesi Eğitim Alma Durumu ve Okumaya ve Yazmaya Geçiş Süreleri

Her iki grupta da okul öncesi eğitim alma açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Okumaya ve yazmaya geçiş süreleri DEHB ve ÖÖB grubunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha geç saptanmıştır ($p<0,001$). Grupların okul öncesi eğitim alma durumları ve okumaya ve yazmaya geçiş süreleri tablo 5’te gösterilmiştir.

Tablo 5. Katılımcıların Okul Öncesi Eğitim Alma Durumu ve Okuma-Yazma Geçiş Süreleri

		DEHB+ÖÖB		DEHB		İstatistiksel test*	
		N	%	N	%	x ²	P
Ortalama okul öncesi eğitim	Evet	20	69,0	24	80,0	0,45	0,50
	Hayır	9	31,0	6	20,0		
Ortalama okuma yazma geçiş zamanı	Birinci Sınıf ilk dönem	9	32,1	26	86,7	18,82	0,00
	Birinci sınıf ikinci dönem	8	28,6	3	10,0		
	İkinci sınıf	11	39,3	1	3,3		

*Ki kare testi

4.1.4. Çalışmaya Katılan Çocukların Aile Özellikleri

Katılımcıların aile özellikleri tablo 6 ve tablo 7’de görülmektedir. DEHB ve ÖÖB grubunda ortalama anne yaşı, $35,62 \pm 4,23$, ortalama baba yaşı $39,36 \pm 5,72$ bulunmuştur. DEHB grubunda ise ortalama anne yaşı $36,24 \pm 5,18$, ortalama baba yaşı $40,86 \pm 7,58$ olarak saptanmıştır. Gruplar arasında istatistiksel fark saptanmamıştır

Çalışmaya katılan DEHB ve ÖÖB’li hastaların 23’ü (%76,7) çekirdek aile, 6’sı (%20) geniş aile yapısına sahip olup, 1’inin (%3,3) anne veya babasının ölü olduğu bulunmuştur. DEHB grubundaki hastaların 24’ü (%80) çekirdek aile, 5’i (%16,7) geniş aile, 1’i (%3,3) parçalanmış aile yapısına sahiptir. Gruplar arasında fark olmadığı saptanmıştır.

DEHB ve ÖÖB’li hastaların ailelerinin aylık gelir düzeyi değerlendirildiğinde, 4 ‘ünün gelir düzeyi (%13,3) 0-1.500 TL, 21’inin gelir düzeyi (%70) 1.500-3.000 TL, 4’ünün gelir düzeyi (%13,3) 3.000-4.500 TL, 1’inin gelir düzeyi (3,3) 4.500 TL ve üzeri olarak saptanmıştır. DEHB’li hastaların ailelerinin aylık gelir düzeyi değerlendirildiğinde, 5’inin gelir düzeyi (%16,7) 0-1.500 TL, 16’sının gelir düzeyi (%53,3) 1.500-3.000 TL, 3’ünün

gelir düzeyi (%10,0) 3.000-4.500 TL, 6'sının gelir düzeyi (%20,0) 4.500 TL ve üzeri olarak saptanmıştır. Gruplar arasında istatistiksel açıdan fark saptanmamıştır.

DEHB ve ÖÖB'li grupta çocukların annelerinin 15'inin (%51,7) ilkokul, 7'sinin (%24,1) ortaokul, 3'ünün (%10,3) lise, 4'ünün (13,8) üniversite mezunu olduğu saptanmıştır. Yine bu grupta çocukların babalarının 12'sinin (%40,0) ilkokul, 7'sinin (%23,3) ortaokul, 7'sinin (%23,3) lise, 4'ünün (%13,3) üniversite mezunu olduğu saptanmıştır. DEHB ve ÖÖB'li hastaların 20'sinin (%69,0) annesinin çalışmadığı, 9'unun (%31,0) annesinin çalıştığı gözlenmiştir. DEHB ve ÖÖB'li hastaların 2'sinin (%6,7) babasının çalışmadığı, 28'inin (%93,3) babasının çalıştığı bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel açıdan fark saptanmamıştır.

DEHB'li grupta çocukların annelerinin 15'inin (%50) ilkokul, 2'sinin (%6,7) ortaokul, 11'inin (%36,7) lise, 2'sinin (%6,7) üniversite mezunu olduğu saptanmıştır. Yine bu grupta çocukların babalarının 6'sının (%20) ilkokul, 6'sının (%20) ortaokul, 12'sinin (%40) lise, 6'sının (%20) üniversite mezunu olduğu saptanmıştır. DEHB'li hastaların 23'ünün (%76,7) annesinin çalışmadığı, 7'sinin (%23,3) annesinin çalıştığı gözlenmiştir. DEHB'li hastaların 30'unun (%100) babasının çalıştığı bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel açıdan fark saptanmamıştır.

Çalışmaya katılan DEHB ve ÖÖB'li çocukların ailelerinin, 26'sında (%86,7) fiziksel hastalık olmayıp, 4'ünde (%13,3) fiziksel hastalık bulunduğu bildirilmiştir. Bu ailelerin 28'inde (%93,3) ruhsal hastalık bulunmazken, 2'sinde (%6,7) ruhsal hastalık olduğu öğrenilmiştir. DEHB'li gruptaki çocukların ailelerinin 30'unda (%100) fiziksel hastalık saptanmamıştır. Bu ailelerin 26'sında (%86,7) ruhsal hastalık bulunmuyorken, 4'ünde (%13,3) ruhsal hastalık olduğu öğrenilmiştir. Gruplar arasında istatistiksel açıdan fark saptanmamıştır.

Ailelerde aile yapısı, gelir düzeyleri, anne-baba eğitim durumu, anne- baba iş durumu, fiziksel ve ruhsal hastalık varlığı gruplar arasında benzerlik göstermiştir ($p>0,05$).

Tablo 6. Olguların Gruplara Göre Anne ve Baba Yaş Ortalamaları

	Grup	Ort	SS	İstatistiksel test*	
				t	p
Ortalama anne yaşı	DEHB ve ÖÖB	35,62	4.23	0,49	0,620
	DEHB	36,24	5.18		
Ortalama baba yaşı	DEHB ve ÖÖB	39,36	5.72	0,86	0,395
	DEHB	40,86	7.58		

*Student t testi

Tablo 7. Olguların Gruplara Göre Aile Özellikleri

		DEHB ve ÖÖB		DEHB		İstatistiksel test ^{*,f}	
		N	%	N	%	x ²	P
Aile yapısı	Çekirdek aile	23	76,7	24	80,0	2,11	1,00
	Geniş aile	6	20,0	5	16,7		
	Parçalanmış aile	0	0	1	3,3		
	Anne/baba ölü	1	3,3	0	0		
Aylık gelir düzeyi	1500 tl'den az	4	13,3	5	16,7	4,50	0,23
	1500-3000	21	70,0	16	53,3		
	3000-4500	4	13,3	3	10,0		
	4500 tl'den fazla	1	3,3	6	20,0		
Anne eğitim durumu	İlkokul	15	51,7	15	50,0	8,00	0,05
	Ortaokul	7	24,1	2	6,7		
	Lise	3	10,3	11	36,7		
	Üniversite	4	13,8	2	6,7		
Anne iş durumu	Çalışmıyor	20	69,0	23	76,7	0,14	0,71
	Çalışıyor	9	31,0	7	23,3		
Baba eğitim durumu	İlkokul	12	40,0	6	20,0	3,79	0,312
	Ortaokul	7	23,3	6	20,0		
	Lise	7	23,3	12	40,0		
	Üniversite	4	13,3	6	20,0		

Baba iş durumu	Çalışmıyor	2	6,7	0	0	-	0,492 _f
	Çalışıyor	28	93,3	30	100		
Ailede fiziksel hastalık	Yok	26	86,7	30	100	-	0,112 _f
	Var	4	13,3	0	0		
Ailede ruhsal hastalık	Yok	28	93,3	26	86,7	-	0,671 _f
	Var	2	6,7	4	13,3		

*Ki kare testi, ^f Fisher testi

4.2. Araştırmaya Katılan Çocuklarda Sosyal Beceri Düzeyi

4.2.1. SBDÖ Toplam ve Alt Test Puanlarının Gruplara Göre Ortalamaları

DEHB ve ÖÖB'li grubun toplam sosyal beceri puan ortalaması $216,96 \pm 52,83$, DEHB'li grubun ise toplam sosyal beceri puan ortalaması $217,66 \pm 25,59$ olarak bulunmuştur. SBDÖ alt test ve toplam ortalama puanları tablo 8'de gösterilmiştir. Gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

DEHB ve ÖÖB tanılı olup özel eğitim alan grubun toplam sosyal beceri puan ortalaması $220,37 \pm 60,30$, DEHB ve ÖÖB tanılı olup özel eğitim almayan grubun toplam sosyal beceri puan ortalaması $213,07 \pm 44,71$ olarak hesaplanmıştır. Gruplar arasında, SBDÖ alt test ve toplam ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Test ortalama puanları tablo 9'da gösterilmiştir.

Tablo 8. Olguların Gruplara Göre SBDÖ ve Alt Testleri Puanları

SBDÖ	Grup				İstatistiksel test*,**		
	DEHB ve ÖÖB (n:30)		DEHB (n:30)				
	Ort	SS	Ort	SS	P	t	U
Temel sosyal beceriler	40,76	10,28	39,70	7,41	0,948*	0,46	---
Temel konuşma becerileri	15,63	4,45	14,30	3,10	0,27**	---	376,50
İleri konuşma becerileri	11,13	3,89	10,93	2,11	0,93**	---	435,50
İlişki başlatma becerileri	15,83	5,57	15,63	3,65	0,870*	1,64	---
İlişki sürdürme becerileri	20,73	6,15	20,33	4,17	0,769*	0,29	---
Grupla iş yapma becerileri	22,93	7,36	24,46	4,30	0,34**	---	386,00
Duygusal beceriler	17,60	6,92	17,56	4,90	0,83**	---	435,50
Kendini kontrol becerileri	17,80	5,49	19,53	4,17	0,174*	1,38	---
Saldırgan davranışlarla başa çıkma becerileri	13,33	4,15	12,73	2,97	0,523*	0,64	---
Sonuçları kabul etme becerileri	8,46	3,62	8,73	2,16	0,26**	---	374,50
Yönerge verme becerileri	14,10	5,03	14,76	2,45	0,89**	---	441,50
Bilişsel beceriler	18,36	5,03	18,70	4,12	0,98**	---	448,50
Toplam sosyal beceri	216,96	52,83	217,66	25,59	0,94*	0,07	---

*Student t-testi, **Mann-Whitney U testi

SBDÖ: Sosyal Beceri Değerlendirme Ölçeği

Tablo 9. DEHB ve ÖÖB Grubunun Özel Eğitim Alma Durumuna Göre SBDÖ ve Alt Testleri Puanı

SBDÖ	DEHB ve ÖÖB				İstatistiksel test*,**		
	Özel eğitim alan (n:16)		Özel eğitim almayan (n:14)				
	Ort	SS	Ort	SS	p	t	u
Temel sosyal beceriler	41,37	11,19	40,07	9,50	0,73*	0,34	---
Temel konuşma becerileri	16,43	5,18	14,71	3,38	0,63**	---	100,50
İleri konuşma becerileri	10,62	4,57	11,71	2,99	0,29**	---	86,00
İlişki başlatma becerileri	16,06	5,33	15,57	6,03	0,81*	0,23	---
İlişki sürdürme becerileri	21,00	6,07	20,42	6,45	0,80*	0,25	---
Grupla iş yapma becerileri	23,37	7,44	22,42	7,52	0,75**	---	104,00
Duygusal beceriler	17,68	7,18	17,50	6,88	0,95*	---	110,00
Kendini kontrol becerileri	18,00	5,51	17,57	5,68	0,83*	0,21	---
Sorunlu davranışla başa çıkma becerisi	13,25	4,12	13,42	4,34	0,90*	0,12	---
Sonuçları kabul etme becerisi	8,43	4,08	8,50	3,18	0,66**	---	101,50
Yönerge verme becerileri	13,87	4,28	14,35	3,65	1,00**	---	112,00
Bilişsel beceriler	17,93	4,46	18,85	5,7	0,72**	---	103,00
Toplam sosyal beceri	220,37	60,30	213,07	44,71	0,71*	0,37	---

*Student t-testi, **Mann-Whitney U testi

SBDÖ: Sosyal Beceri Değerlendirme Ölçeği.

4.2.2. SBDÖ Toplam Puan ve Alt Puanlarının Cinsiyet ile İlişkisi

Araştırmaya katılan çocukların SBDÖ toplam ve alt test puanlarının cinsiyet ile ilişkisi tablo 10’da gösterilmiştir. İlişkiyi sürdürme ve duygusal beceri ortalama puanları kızlarda erkeklere oranla anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p:0,03/ p:0,01)

Gruplara göre SBDÖ toplam ve alt test puanlarının cinsiyet ile ilişkisine bakıldığında ise, DEHB’li grupta toplam sosyal beceri, saldırgan davranışlarla başa çıkma becerileri ve bilişsel beceri puan ortalamaları, kızlarda erkeklere oranla anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p:0,03/ p:0,04 / p<0,001). Gruplara göre cinsiyetle ilişki tablo 11’de gösterilmiştir.

Tablo 10. SBDÖ Toplam Puan ve Alt Puanlarının Cinsiyet ile İlişkisi

SBDÖ/ Cinsiyet	Kız		Erkek		İstatistiksel test*,**		
	Ort	SS	Ort	SS	p	t	u
Temel sosyal beceriler	41,86	9,43	39,28	8,56	0,28*	1,08	---
Temel konuşma becerileri	15,77	4,18	14,50	3,64	0,28**	---	348,00
İleri konuşma becerileri	11,09	3,29	11,00	3,04	0,83**	---	404,50
İlişki başlatma becerileri	16,63	4,59	15,21	4,70	0,25*	1,14	---
İlişki sürdürme becerileri	22,36	4,38	19,47	5,41	0,03*	2,13	---
Grupla iş yapma becerileri	23,86	5,47	23,60	6,40	0,71**	---	394,00
Duygusal beceriler	19,90	5,62	16,23	5,78	0,01**	---	259,50
Kendini kontrol becerileri	19,04	4,62	18,44	5,12	0,65*	0,45	---
Sorunlu davranışla başa çıkma becerisi	13,72	3,88	12,63	3,04	0,25*	1,14	---
Sonuçları kabul etme becerisi	8,22	3,22	8,81	3,82	0,37**	---	361,00
Yönerge verme becerileri	15,50	2,73	13,81	3,43	0,08**	---	307,00

Bilişsel beceriler	19,36	3,99	18,05	4,85	0,15**	---	325,00
Toplam sosyal beceri	227,09	37,17	211,65	42,74	0,16*	1,41	---

*Student t-testi, **Mann-Whitney U testi

SBDÖ: Sosyal Beceri Değerlendirme Ölçeği

TSB: Temel sosyal beceri, TKB: Temel konuşma becerisi, İKB: İleri konuşma becerisi, İBB: İlişkiyi başlatma becerisi, İSB: İlişkiyi sürdürme becerisi, GİYB: Grupla iş yapma becerisi, DB: Duygusal beceriler, KKEB: Kendini kontrol etme becerileri, SDBÇB: Sorunlu davranışla başa çıkma becerileri, SKEB: Sonuçları kabul etme becerileri, YVB: Yönerge verme becerileri, BB: Bilişsel beceriler.

Tablo 11. SBDÖ Toplam Puan ve Alt Puanlarının Gruplara Göre Cinsiyet ile İlişkisi

SBDÖ/ Cinsiyet	Cinsiyet t	DEHB ve ÖÖB		İstatistiksel test ***			DEHB		İstatistiksel test***		
		Ort.	SS	P	t	u	Ort.	SS	p	t	U
Temel Sosyal Beceriler	Kız	42,09	11,65	0,60*	0,53	---	41,63	7,14	0,28*	1,09	---
	Erkek	40,00	9,65				38,5	7,52			
Temel konuşma becerileri	Kız	17,45	4,56	0,10*	---	66,00	14,09	3,11	0,93*	----	102,50
	Erkek	14,57	4,14				14,42	3,18			
İleri konuşma becerileri	Kız	11,09	4,43	0,76*	---	97,00	11,09	1,75	0,80*	----	98,50
	Erkek	11,15	3,67				10,84	2,33			
İlişkiyi başlatma becerileri	Kız	16,54	6,15	0,60*	0,53	---	16,72	2,53	0,21*	1,26	----
	Erkek	15,42	5,34				15,00	4,09			
İlişkiyi sürdürme beceriler	Kız	21,90	5,22	0,43*	0,79	---	22,81	3,54	0,10*	2,75	---
	Erkek	20,05	6,67				18,89	3,88			
Grupla iş yapma becerileri	Kız	23,54	6,93	0,80*	---	98,00	24,18	3,81	0,89*	---	101,00
	Erkek	22,57	7,76				24,63	4,65			
Duygusal beceriler	Kız	20,36	6,07	0,85*	----	64,50	19,45	5,39	0,11*	---	67,50
	Erkek	16,00	7,03				16,47	4,37			
Kendini kontrol etme becerileri	Kız	16,63	4,20	0,38*	0,88	---	21,45	3,80	0,05*	2,02	---
	Erkek	18,47	6,13				18,42	4,05			
Saldırgan davranışlarla başa çıkma becerileri	Kız	13,27	4,85	0,95*	0,06	---	14,18	2,75	0,04*	2,16	---
	Erkek	13,36	3,83				11,89	2,82			

Sonuçları kabul etme becerileri	Kız	7,90	3,88	0,28*	---	97,00	8,54	2,54	0,93*	---	102,50
	Erkek	8,78	3,53				8,84	1,97			
Yönerge verme becerileri	Kız	15,45	3,53	0,20*	---	74,50	15,54	2,73	0,47*	---	87,00
	Erkek	13,31	4,32				14,31	2,23			
Bilişsel beceriler	Kız	17,63	3,98	0,58*	---	91,00	21,09	3,33	0,00*	---	44,00
	Erkek	18,78	5,61				17,31	3,97			
Toplam sosyal beceri	Kız	223,54	49,86	0,61*	0,51	---	230,63	19,71	0,03*	2,26	---
	Erkek	213,15	55,44				210,15	26,02			

*Student t-testi, **Mann-Whitney U testi

SBDÖ: Sosyal Beceri Değerlendirme Ölçeği

4.2.3. SBDÖ Toplam Puan ve Alt Puanlarının Annenin Eğitim Durumu ile İlişkisi

Annelerin eğitim durumunun, SBDÖ toplam ve alt test puanları ile ilişkisi tablo 12’de gösterilmiştir. Çocukların temel sosyal beceri puan ortalamaları, anne eğitim düzeyi ilkökullülerde ortaokul, lise ve üniversite olanlara göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur ($p < 0,001$). Annesi ilkökullü mezunu olan çocukların, annesi ortaokul veya üniversite mezunu olan çocuklara göre temel konuşma becerileri puan ortalamaları anlamlı düzeyde düşük hesaplanmıştır ($p < 0,05$). Annesi ilkökullü mezunu olan çocukların, annesi lise veya üniversite mezunu olan çocuklara göre ileri konuşma becerileri puan ortalamaları anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p < 0,05$).

Tablo 12. SBDÖ Toplam Puan ve Alt Puanlarının Anne Eğitim Durumu ile İlişkisi

SBDÖ/ Anne eğitim durumu	İO		OO		LM		ÜM		İstatistiksel test*,**			Sonuç
	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	p	f	Kw	
Temel sosyal beceriler	35,66	7,94	47,66	6,59	42,42	5,87	46,66	11,03	0,001*	8,14	--	I<O,L,Ü
Temel konuşma becerileri	13,60	3,20	17,88	3,10	15,28	3,33	17,33	5,98	0,01**	---	11,32	I<O,Ü
İleri konuşma becerileri	10,16	2,67	10,66	2,95	12,28	2,84	13,33	4,58	0,04**	---	0,49	I<L,Ü
İlişki başlatma becerileri	15,60	4,67	16,11	5,62	15,42	4,70	17,50	3,50	0,81*	0,32	---	---
İlişki sürdürme becerileri	19,90	5,77	22,11	3,14	20,42	4,92	22,16	4,92	0,61*	0,59	---	---
Grupla iş yapma becerileri	23,73	6,88	22,88	5,32	24,57	5,09	23,16	6,04	0,93**	---	0,41	---
Duygusal beceriler	17,33	6,81	15,77	3,38	17,35	4,98	22,16	5,77	0,19**	---	4,70	---
Kendini kontrol becerileri	17,83	5,55	19,77	3,76	19,78	4,64	19,00	4,00	0,57*	0,67	--	----
Sorunlu davranışla başa çıkma becerisi	13,26	3,60	12,22	3,89	12,42	3,27	14,83	4,16	0,49*	0,81	---	---
Sonuçları kabul etme becerisi	8,30	2,71	8,22	2,94	9,07	3,33	9,50	3,93	0,80**	---	0,995	---
Yönerge verme becerileri	13,86	3,41	14,33	3,96	14,71	2,86	16,83	1,83	0,22**	---	4,33	---
Bilişsel beceriler	18,16	5,07	18,66	3,77	19,28	4,84	19,33	1,86	0,92**	---	0,49	---
Toplam sosyal beceri	206,00	41,09	231,77	36,90	223,83	34,73	241,83	52,37	0,12**	2,04	---	---

*Tek yönlü varyans analizi; **Kruskal-Wallis testi

SBDÖ: Sosyal beceri değerlendirme ölçeği, TSB: Temel sosyal beceri, TKB: Temel konuşma becerisi, İKB: İleri konuşma becerisi, İBB: İlişkiyi başlatma becerisi, İSB: İlişkiyi sürdürme becerisi, GİYB: Grupla iş yapma becerisi, DB: Duygusal beceriler, KEB: Kendini kontrol etme becerileri, SDBÇB: Sorunlu davranışla başa çıkma becerileri, SKEB: Sonuçları kabul etme becerileri, YVB: Yönerge verme becerileri, BB: Bilişsel beceriler, İ:İlkokul, O:Ortaokul, L:lise, Ü:Üniversite

4.2.4. SBDÖ Toplam Puan ve Alt Puanlarının Okul Öncesi Eğitim Alma ile İlişkisi

Araştırmaya katılan çocukların SBDÖ toplam ve alt puanlarının okul öncesi eğitim alma ile ilişkisi tablo 13’de gösterilmiştir. Okul öncesi eğitim alan ve almayan çocuklar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$)

Gruplara göre SBDÖ toplam ve alt puanlarının okul öncesi eğitim alma ile ilişkisine bakıldığında, DEHB ve ÖÖB’li grupta okul öncesi eğitim alanların ilişkiyi başlatma beceri puanları ve duygusal beceri puanları okul öncesi eğitim almayanlara oranla anlamlı olarak yüksek hesaplanmıştır ($p<0,001/ p<0,05$). DEHB’li grupta ise duygusal beceri puanları ve toplam sosyal beceri puanları okul öncesi eğitim almayanlarda eğitim alanlara kıyasla anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Sonuçlar tablo 14’te gösterilmiştir.

Tablo 13. SBDÖ Toplam Puan ve Alt Puanlarının Okul Öncesi Eğitim ile İlişkisi

SBDÖ/ Okul öncesi eğitim	Var		Yok		İstatistiksel test*,**		
	Ort	SS	Ort	SS	p	t	u
Temel sosyal beceriler	40,61	8,76	40,06	9,12	0,83*	0,21	---
Temel konuşma becerileri	15,09	3,89	15,13	3,41	0,95**	---	327,00
İleri konuşma becerileri	11,15	3,42	10,80	2,04	0,88**	---	306,50
İlişki başlatma becerileri	16,47	4,42	13,93	4,93	0,06*	1,87	---
İlişki sürdürme becerileri	20,79	4,95	20,33	4,93	0,76*	0,30	---
Grupla iş yapma becerileri	24,36	5,72	22,13	6,81	0,36**	---	278,00
Duygusal beceriler	17,70	5,57	17,53	7,22	0,63**	---	302,00
Kendini kontrol becerileri	18,70	4,62	18,93	5,82	0,87*	0,16	---
Sorunlu davranışla başa çıkma becerisi	12,97	3,50	13,40	3,97	0,69*	0,40	--

Sonuçları kabul etme becerisi	8,56	3,00	8,80	3,00	0,73**	---	311,00
Yönerge verme becerileri	14,72	2,73	14,00	4,32	0,66**	---	305,00
Bilişsel beceriler	18,63	4,10	18,60	5,82	0,88**	---	322,00
Toplam sosyal beceri	219,40	38,79	216,26	45,67	0,25*	0,26	---

*Student t-testi, **Mann-Whitney U testi

SBDÖ: Sosyal Beceri Değerlendirme Ölçeği

TSB: Temel sosyal beceri, TKB: Temel konuşma becerisi, İKB: İleri konuşma becerisi, İBB: İlişkili başlatma becerisi, İSB: İlişkili sürdürme becerisi, GİYB: Grupla iş yapma becerisi, DB: Duygusal beceriler, KKEB: Kendini kontrol etme becerileri, SDBÇB: Sorunlu davranışla başa çıkma becerileri, SKEB: Sonuçları kabul etme becerileri, YVB: Yönerge verme becerileri, BB: Bilişsel beceriler,

Tablo 14. SBDÖ Toplam Puan ve Alt Puanlarının Gruplara Göre Okul Öncesi Eğitim Alma ile İlişkisi

SBDÖ/ Okul öncesi eğitim		DEHB ve ÖÖB		İstatistiksel test*,**			DEHB		İstatistiksel test*,**		
		Ort.	SS	p	t	u	Ort.	SS	p	T	u
Temel Sosyal Beceriler	Var	42,10	10,60	0,52*	0,65	---	39,37	6,87	0,63*	0,47	---
	Yok	39,44	9,08				41,00	9,95			
Temel konuşma becerileri	Var	16,20	4,59	0,69**	---	81,50	14,16	3,00	0,86*	---	68,50
	Yok	15,33	3,39				14,83	3,76			
İleri konuşma becerileri	Var	11,45	4,61	0,79**	---	84,50	10,91	2,06	0,70*	---	64,00
	Yok	10,66	1,80				11,00	2,52			
İlişkili başlatma becerileri	Var	17,95	5,19	0,00*	3,18	---	15,25	3,30	0,25*	1,16	---
	Yok	11,77	3,83				17,16	4,87			
İlişkili sürdürme beceriler	Var	21,80	5,76	0,31*	1,02	----	19,95	4,11	0,33*	0,98	---
	Yok	19,33	6,61				21,83	4,44			
Grupla iş yapma becerileri	Var	24,70	7,13	0,11**	---	56,00	24,08	4,35	0,40*	---	55,00
	Yok	19,55	7,21				26,00	4,09			
Duygusal beceriler	Var	19,70	7,28	0,02**	---	41,00	16,04	2,80	0,01*	---	26,50
	Yok	13,44	3,84				23,66	6,88			
Kendini kontrol etme becerileri	Var	18,55	5,54	0,40*	0,85	---	18,83	3,80	0,06*	1,92	---
	Yok	16,66	5,54				22,33	4,76			

Saldırğan davranışlarla başa çıkma becerileri	Var	13,85	4,01	0,45*	0,77	---	12,25	2,90	0,07*	1,86	---
	Yok	12,55	4,63				14,66	2,58			
Sonuçları kabul etme becerileri	Var	8,75	3,78	0,59**	---	78,50	12,25	2,90	0,10*	---	40,50
	Yok	8,00	3,60				14,66	2,58	*		
Yönerge verme becerileri	Var	15,05	3,39	0,19**	---	62,00	14,45	2,08	0,32*	---	52,00
	Yok	12,66	4,44				16,00	3,57	*		
Bilişsel beceriler	Var	19,15	4,56	0,47**	---	74,00	18,20	3,71	0,32*	---	52,00
	Yok	17,22	5,97				20,66	5,42	*		
Toplam sosyal beceri	Var	227,95	52,64	0,20*	1,31	---	212,29	20,20	0,01*	2,50	---
	Yok	201,00	47,18				239,16	35,07			

*Student t-testi, **Mann-Whitney U testi

SBDÖ: Sosyal Beceri Değerlendirme Ölçeği

4.2.5. SBDÖ Toplam Puan ve Alt Puanlarının Düzenli Sosyal Aktivite Yapıyor Olmakla İlişkisi

Araştırmaya katılan çocukların SBDÖ toplam ve alt puanlarının düzenli sosyal aktivite ile ilişkisi tablo 15’te gösterilmiştir. Düzenli sosyal aktivite yapan çocukların toplam sosyal beceri puanları ve grupta iş yapabilme beceri puanları, sosyal aktivitesi olmayan çocuklara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p:0,04/ p:0,03)

Gruplara göre SBDÖ toplam ve alt puanlarının düzenli sosyal aktivite ile ilişkisine bakıldığında, DEHB ve ÖÖB’li grupta sosyal beceri toplam puanı, temel sosyal beceri puanı, ilişkiyi sürdürme beceri puanı ve kendini kontrol etme beceri puanı düzenli sosyal aktivite yapanlarda sosyal aktivite yapmayanlara oranla anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p< 0,001/ p< 0,001/ p:0,04/ p:0,01).

DEHB’li grupta ise kendini kontrol etme beceri puanları sosyal aktivite yapanlarda yapmayanlara kıyasla anlamlı olarak düşük bulunmuştur (p:0,01). Veriler tablo 16’da gösterilmiştir.

Tablo 15. SBDÖ Toplam Puan ve Alt Puanlarının Düzenli Sosyal Aktivite Yapıyor Olmakla İlişkisi

SBDÖ/ Sosyal aktivite	Var		Yok		İstatistiksel test*,**		
	Ort	SS	Ort	SS	P	T	u
Temel sosyal beceriler	43,80	8,65	38,45	8,58	0,27*	2,27	---
Temel konuşma becerileri	15,35	3,61	14,77	4,40	0,96**	---	397,00
İleri konuşma becerileri	20,05	4,09	17,77	4,64	0,12**	---	320,00
İlişki başlatma becerileri	16,60	4,62	15,30	4,69	0,31*	1,02	---
İlişki sürdürme becerileri	21,35	5,26	20,12	5,20	0,39*	0,86	---
Grupla iş yapma becerileri	26,30	5,44	22,40	5,94	0,03	---	266,00
Duyusal beceriler	19,25	6,04	16,75	5,79	0,20**	---	320,00
Kendini kontrol becerileri	19,15	4,15	18,42	5,29	0,59*	0,54	---
Sorunlu davranışla başa çıkma becerisi	14,30	3,54	12,40	3,49	0,53*	1,98	---
Sonuçları kabul etme becerisi	9,80	3,34	8,00	2,59	0,07**	---	287,50
Yönerge verme becerileri	14,95	3,11	14,17	3,60	0,41**	---	348,00
Bilişsel beceriler	20,05	4,09	17,77	4,64	0,12**	---	303,50
Toplam sosyal beceri	232,50	41,05	209,72	39,55	0,04**	2,08	---

*Student t-testi, **Mann-Whitney U testi

SBDÖ: Sosyal Beceri Değerlendirme Ölçeği

TSB: Temel sosyal beceri, TKB: Temel konuşma becerisi, İKB: İleri konuşma becerisi, İBB: İlişkiyi başlatma becerisi, İSB: İlişkiyi sürdürme becerisi, GİYB: Grupla iş yapma becerisi, DB: Duyusal beceriler, KKEB: Kendini kontrol etme becerileri, SDBÇB: Sorunlu davranışla başa çıkma becerileri, SKEB: Sonuçları kabul etme becerileri, YVB: Yönerge verme becerileri, BB: Bilişsel beceriler.

Tablo 16: SBDÖÖ Toplam Puan ve Alt Puanlarının Gruplara Göre Düzenli Sosyal Aktivite Yapıyor Olmakla İlişkisi

SBDÖ/ Sosyal aktivite		DEHB ve ÖÖB		İstatistiksel test*,**			DEHB		İstatistiksel test*,**		
		Ort.	SS	p	t	u	Ort.	SS	p	t	u
Temel Sosyal Beceriler	Var	48,87	9,29	0,00*	2,92	---	40,41	6,57	0,67*	0,43	---
	Yok	37,81	9,11				39,22	8,07			
Temel konuşma becerileri	Var	18,62	5,31	0,05**	---	46,00	13,16	13,50	0,14**	---	73,50
	Yok	14,54	3,64				15,05	3,63			
İleri konuşma becerileri	Var	12,50	5,80	0,39**	---	69,00	11,00	1,53	0,57**	---	94,00
	Yok	10,63	2,95				10,88	2,47			
İlişkiyi başlatma becerileri	Var	18,62	5,87	0,09*	1,71	---	15,25	3,16	0,64*	0,46	---
	Yok	14,81	5,43				15,88	4,01			
İlişkiyi sürdürme beceriler	Var	24,37	4,95	0,04*	2,06	---	19,33	4,59	0,29*	1,08	---
	Yok	19,40	6,09				21,00	3,85			
Grupla iş yapma becerileri	Var	28,12	5,69	0,021**	---	39,00	25,08	5,16	0,63**	---	96,50
	Yok	21,04	7,08				24,05	3,73			
Duygusal beceriler	Var	22,62	6,98	0,027**	---	41,50	17,00	4,26	0,66**	---	97,00
	Yok	21,04	7,08				17,94	5,37			
Kendini kontrol etme becerileri	Var	21,75	4,97	0,01*	2,60	---	17,41	2,42	0,01*	2,48	---
	Yok	16,36	5,03				20,94	4,54			
Saldırgan davranışlarla başa çıkma becerileri	Var	15,50	4,37	0,08*	1,79	---	13,50	2,77	0,25*	1,16	---
	Yok	12,54	3,87				12,22	3,05			
Sonuçları kabul etme becerileri	Var	11,62	4,47	0,02*	---	40,50	8,58	1,62	0,69*	---	98,00
	Yok	7,31	2,51				8,83	2,50			
Yönerge verme becerileri	Var	15,75	4,89	0,07**	---	50,50	14,41	2,53	0,41**	---	88,50
	Yok	13,50	3,47				15,00	2,44			
Bilişsel beceriler	Var	21,25	4,36	0,10**	---	53,50	19,25	3,88	0,60**	---	95,50
	Yok	17,31	4,93				18,33	4,35			
Toplam sosyal beceri	Var	259,62	48,66	0,00**	3,02	---	214,41	22,62	0,57**	0,56	---
	Yok	201,45	46,03				219,83	27,82			

*Student t-testi, **Mann-Whitney U testi

SBDÖ: Sosyal Beceri Değerlendirme Ölçeği

4.2.6. SBDÖ Toplam Puan ve Alt Puanlarının Çeşitli Değişkenlerle İlişkisi

Aile yapısı, ailenin aylık gelir düzeyi, babanın eğitim durumu ve annenin iş durumu ile SBDÖ toplam ve alt test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.



5. TARTIŞMA

Bu çalışmada Kocaeli Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Anabilim Dalı'nda, DEHB ile birlikte ÖÖB ve yalnızca DEHB tanısı ile takip edilmekte olan, yaşları 7-12 arasında bulunan çocukların; sosyal beceri düzeyleri ve ÖÖB'nin DEHB'deki sosyal beceri düzeyi üzerine etkisi araştırılmıştır. Elde edilen veriler yazın bilgileri ışığında tartışılmıştır.

Gruplar, yaş ve cinsiyet açısından karşılaştırıldığında bir farkın olmadığı, cinsiyet özellikleri açısından bakıldığında her iki grupta da erkeklerin sayısının fazla olduğu görülmüştür. Bu bulgu DEHB ve ÖÖB'nin erkeklerde daha sık görüldüğü bilgisi ile uyumludur.^{21,50} Pek çok klinik çalışma, hiperaktivite, impulsivite, dışsallaştırıcı davranış problemleri ile okuma ve yazma alanında öğrenme bozukluğu belirtilerinin erkeklerde daha sık olduğunu bildirmektedir.^{118,119}

DEHB ve ÖÖB grubu ile DEHB grubunun gelişim basamaklarını kazanma süreleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamaktadır. Her iki grupta da gelişim basamaklarını kazanma süreleri açısından gecikme olmamakla birlikte DEHB ve ÖÖB'li hastaların ilk kelime ve cümle kurma, tuvalet eğitimi alma ve yürümeye başlama sürelerinin istatistiksel olarak anlamlı olmasa da DEHB grubunda bulunan çocuklardan daha geç olduğu saptanmıştır. ÖÖB'li çocuklarda, konuşmanın gecikebileceği, sözcük dağarcığının yaşına uygun olmadığı, sözcükleri doğru telaffuz etmekte ve düzgün cümle kurmakta zorlandıkları, ince-kaba motor beceriler ve koordinasyon sorunları nedeniyle erken dönemde motor, konuşma ve dil kazanımında gecikmelerin olabileceği bilinmektedir.^{50,77} Bizim çalışmamızda da ÖÖB olan grupta bu gecikmelerin olduğu görülmüştür.

Gruplar arasında okumaya ve yazmaya geçiş sürelerine bakıldığında, DEHB ve ÖÖB grubunun okuma ve yazmaya geçiş süreleri anlamlı olarak DEHB grubunda bulunan çocuklara göre geç bulunmuştur. DEHB grubundaki çocukların %86,7'si birinci sınıfın ilk dönemi okuma ve yazmaya geçerken, DEHB ve ÖÖB'si olan grupta birinci sınıfın ilk döneminde okumaya ve yazmaya geçenlerin oranı %32,1 olarak hesaplanmıştır. DEHB ve ÖÖB'li gruptaki çocukların %28,6'sının birinci sınıfın ikinci döneminde, %39,3'ünün ikinci sınıfta okuma ve yazmaya geçtiği saptanmıştır. ÖÖB eğitim sistemiyle yakından ilişkili bir bozukluktur. Bu nedenle tanı sıklıkla ilköğretim döneminde konmaktadır.¹²⁰ Öğrenme bozukluğu olgularının %80'ini okuma bozukluğu, %4'ünü de yazılı anlatım

bozukluğu olgularının oluşturduğu bildirilmektedir.^{77, 121,122} Çalışmamızda da ÖBB'nin DEHB'den bağımsız bir biçimde okuma yazmayı geciktirdiği görülmüştür.

Gruplar arasında ebeveyn yaş ortalaması, anne baba eğitim durumu, anne baba çalışma durumu, aile yapısı, aile aylık gelir düzeyi değişkenlerinde anlamlı fark bulunmamıştır. Daha önceki çalışmalar ÖÖB tanısı olan çocukların anne babalarının sosyodemografik verilerinin kontrol grupları ile farklı olmadığını, bu sonucun olguların ilgi ve yardım yoksunluğundan dolayı akademik alanda başarısızlık yaşıyor olma olasılığını dışlayıcı nitelikte olduğunu bildirmektedir.^{123,124} Çalışmamızda sosyodemografik verilerle ilgili farklılığın olmaması daha önceki çalışmalar ile uyumludur.

Örneklemin sosyal beceri düzeyini değerlendirmek için Sosyal Beceri Değerlendirme Ölçeği kullanılmıştır. Ölçeğin toplam ve alt faktör puanları gruplar arasında değerlendirilmiştir. Ölçeğin; 'temel sosyal beceri', 'temel konuşma becerisi', 'ileri konuşma becerisi', 'ilişkiyi başlatma becerisi', 'ilişkiyi sürdürme becerisi', 'grupla iş yapma becerisi', 'duygusal beceriler', 'kendini kontrol etme becerileri', 'sorunlu davranışla başa çıkma becerileri', 'sonuçları kabul etme becerileri', 'yönerge verme becerileri', 'bilişsel beceriler' şeklinde alt faktörleri vardır. DEHB ve ÖÖB'li grupta toplam sosyal beceri düzeyi $216,96 \pm 52,83$, DEHB grubunda ise toplam sosyal beceri düzeyi $217 \pm 25,59$ olarak bulunmuştur. Çalışmaya DEHB'ye ÖÖB'nin eşlik etmesi çocukların sosyal becerilerini olumsuz etkilediği hipotezi ile başlanmıştır. Ancak çalışmamızda gruplar arasında sosyal beceri toplam ve alt test ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

DEHB tanılı çocukların sosyal becerilerinin araştırıldığı bir çalışmada, DEHB grubunun sosyal beceri toplam puan ortalaması 200,25 olarak hesaplanmış; grubun yönerge verme becerileri dışında SBDÖ toplam ve diğer alt test puanları kontrol grubundan anlamlı derecede düşük bulunmuştur.¹²⁵ Solanto ve arkadaşlarının bileşik tip ve dikkat eksikliği ön planda olan DEHB tanılı çocuklarla yaptığı araştırmada her iki grupta sosyal beceriler düşük saptanmakla birlikte öğretmenler dikkat eksikliği ön planda olan çocukların haklarını daha az savunduklarını, bileşik tip olanların ise kendilerini kontrol becerilerinin daha düşük olduğunu bildirmişlerdir.¹²⁶ Çalışmamızda karşılaştırılan her iki grubunda DEHB hastalarından oluştuğu düşünüldüğünde sosyal becerilerin DEHB nedeniyle

olumsuz etkilenmiş olabileceğini ve ÖÖB komorbiditesinin sosyal beceri açısından ek bir bozukluğa yol açmadığı düşünülebilir.

Gruplar arasında sosyal beceri toplam ve alt test puanları açısından yapılan istatistiksel karşılaştırmada, ortalama puanların farklı olmamasının daha çok DEHB ve DEHB+ÖÖB grupları ile ilgili olduğu düşünülmüştür. Çalışmamızın hipotezi DEHB+ÖÖB’de sosyal beceri düzeyinin yalnız DEHB’si olanlara göre daha düşük olacağı yönündeydi. Ancak çalışmamızın sonunda farkın olmadığı ortaya çıkmıştır. Bu durumun takip sürecinde, ailelere ve çocuklara ÖÖB ile ilgili yeterli bilgi ve önerilerin verilmesinin, çocukların özel eğitim ya da bireysel destek açısından yönlendirilmesinin, klinik takiplerde çocukların yaşadıkları sorunlara yönelik baş edebilme becerileri üzerine destek almalarının, ailelerin kurumumuzda düzenlenen aile eğitimi programlarına katılıyor olmalarının ve DEHB belirtilerinin tedavi ile kontrol altına alınmasının aile içi sorunları azalttığı, bu durumun da sosyal beceri düzeyini etkilediğini düşündürmüştür.

DEHB ve ÖÖB tanılı olup özel eğitim alan grubun toplam sosyal beceri puan ortalaması $220,37 \pm 60,30$, DEHB ve ÖÖB tanılı olup özel eğitim almayan grubun toplam sosyal beceri puan ortalaması $213,07 \pm 44,71$ olarak hesaplanmıştır. Gruplar arasında, SBDÖ alt test ve toplam ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamakla beraber, özel eğitim alan grubun toplam sosyal beceri puan ortalaması özel eğitim almayan gruba göre daha yüksek bulunmuştur. ÖÖB’nin tedavisinde, birden fazla duyuyu hedef alan ve farklı eğitim programları içeren yaklaşımlar yer almaktadır. Bu yaklaşımlar; algısal motor yaklaşım, görsel motor yaklaşım, duyuşal bütünleyici yaklaşım ve dil gelişimine önem veren yaklaşım olmak üzere dört farklı gruptan oluşmaktadır. Her birinin ÖÖB’nin farklı bir yönü ile ilgilendiği ve sosyal becerilerden ziyade motor, koordinasyon, okuma, yazma, duyuları kullanabilme ve sembol tanıma becerilerini geliştirmeye yönelik tedavi programlarını kapsadıkları bilinmektedir.⁵² Bu nedenle de özel eğitim alan grupta puan farkının istatistiksel anlamlılıkta olmaması beklenir bir sonuç olmuştur. Ancak çocuklara uygulanan eğitsel tedavinin çocuklardaki ÖÖB belirtilerinde ve yaşadıkları akademik zorluklarda azalma sağladığı; akademik başarılarında artmaya bağlı benlik saygılarının ve sınıf içindeki uyumlarının artmasına ve öğretmenleri ve akranları ile ilişkilerindeki sorunların azalmasına yol açarak, azda olsa saptanan farkı açıklayabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda ilişkiyi sürdürme ve duygusal beceri ortalama puanları, genel grupta kızlarda erkeklere oranla anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Gruplara göre SBDÖ toplam ve alt test puanlarının cinsiyet ile ilişkisine bakıldığında ise, DEHB’li grupta toplam sosyal beceri, saldırgan davranışlarla başa çıkma becerileri ve bilişsel beceri puan ortalamaları, kızlarda erkeklere oranla anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Cinsiyet değişkeni açısından sosyal becerilerin incelendiği bir çalışmada, kızların daha çok olumlu sosyal davranışlara sahip olduğu, erkeklerin daha çok saldırgan davranışlar gösterdikleri saptanmıştır.¹²⁷ Ebeveynlerin çocuklarını yetiştirirken çocukların cinsiyetine yönelik farklı tutumlar göstermelerinin, çocukların sosyal becerilerini etkilediği görülmüştür. Annelerin kız çocuklarıyla etkileşimde daha çok akran yönelimli etkinlikleri seçtikleri ve ahlaki değerleri önemsedikleri, erkek çocuklarında ise gelişimsel özelliklere odaklandıkları saptanmıştır.^{128,129} Chaplin, 2005’te yaptığı çalışmada, babaların kızlarının boyun eğici, oğullarının uyumsuz davranışlarına dikkat ettiklerini ve bu dikkatin sonraki yıllarda kızların boyun eğici, erkeklerin uyumsuz davranışlarını arttırdığı saptamıştır.¹³⁰ Mercurio’nun 2003’te yaptığı çalışmada, erkek çocukların yetiştirme tarzından dolayı duygusal olgunluklarının düşük olduğu belirtilmektedir.¹³¹ Bizim çalışmamızda da sosyal beceri puanlarının genel grupta ve DEHB’li grupta kız çocuklarında daha yüksek olması yazın ile uyumludur. DEHB ve ÖÖB’li grupta cinsiyet yönünde bir farkın olmamasının, ÖÖB’li çocuklara medikal tedaviye ek olarak zorlandıkları alanlarla ilgili sorun çözme becerilerine yönelik uygulanan tedavi yaklaşımlarına bağlı olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda, genel grupta çocukların temel sosyal beceri puan ortalamaları, annesinin eğitim düzeyi ilkokul olanlarda ortaokul, lise ve üniversite olanlara göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Temel konuşma becerileri puan ortalamaları ise, annesi ilkokul mezunu olan çocuklarda, annesi ortaokul veya üniversite mezunu olan çocuklara göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Annesi ilkokul mezunu olan çocukların, annesi lise veya üniversite mezunu olan çocuklara göre ileri konuşma becerileri puan ortalamaları anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Baran 1989’da yaptığı çalışmada annenin öğrenim düzeyinin düşükçe davranış problemlerinin arttığı sonucuna ulaşmıştır.^{132,133} Aral ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, annesi üniversite mezunu olan çocukları hem işbirliği yapmada hem de sosyal ilişkilerde ortalama puanlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir.¹³² Bizim çalışmamızın sonuçları da yazın ile benzerdir. Bu sonuç, eğitim düzeyi ilkokul düzeyinde olan annelerin kelime düzeylerinin ve ifade becerilerinin kısıtlı

olabildiğini, bu durumun çocuğun dil ve konuşma becerilerini etkilediğini, bu nedenle annesi ilköğretim mezunu olan çocukların konuşmayı başlatma ve sürdürme beceri puan ortalamalarının diğer çocuklara göre daha geri olduğunu düşündürmüştür.

SBDÖ toplam ve alt puanlarının okul öncesi eğitim alma ile ilişkisine bakıldığında, okul öncesi eğitim alan ve almayan çocuklar arasında anlamlı fark bulunmamıştır. DEHB ve ÖÖB’li grupta okul öncesi eğitim alanların ilişkiyi başlatma beceri puanları ve duygusal beceri puanları okul öncesi eğitim almayanlara oranla anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. DEHB’li grupta ise duygusal beceri puanları ve toplam sosyal beceri puanları okul öncesi eğitim almayanlarda eğitim alanlara kıyasla anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Okul öncesi eğitim, çocuğun bedensel, bilişsel, sosyal, ruhsal, motor ve dil gelişiminin tamamlanmasına destek olmaktadır.¹³² Okul öncesi eğitim ile çocuğun etkileşim içinde bulunacağı sosyal çevreye, ailesi dışında öğretmen ve akranları da dahil olmaktadır.¹³⁴ Bu süreç içinde çocuk topluma uyum sağlamayı ve uygun toplumsal davranış biçimlerini göstermeyi öğrenmektedir.^{132, 135} Yapılan çalışmalar çocuğun sosyal becerilerinin gelişiminde okul öncesi eğitimin etkili olduğunu göstermektedir.¹³⁶⁻¹³⁹ Durualp’in 2009’da yaptığı çalışmada, okul öncesi çocuklarına oyun temelli verilen sosyal beceri eğitiminin çocukların sosyal uyum ve becerilerinde etkili olduğunu kanıtlamıştır. Çalışmada kendine güven, kendini ifade etme, duyguları anlama ve sosyal bağımsızlık gibi olumlu sosyal becerilerin gelişiminde okul öncesi eğitimin önemi vurgulanmıştır.¹⁴⁰ Bizim çalışmamızı örneklemin niteliği incelendiğinde tüm çocukların DEHB olduğu ve bu durumun sosyal becerileri etkilemiş olabileceği düşünülmüştür. Okul öncesi eğitimin sosyal beceriyi artırdığı çok sayıda yapılmış çalışmada kanıtlanmıştır. Bizim yapmış olduğumuz çalışmada bu sonucun çıkmamış olması çalışmaya alınan gruba özgün olmuş olabilir. Bu durumu etkileyebilecek okul öncesi eğitimin niteliği, sürekliliği, süresi gibi etmenlerin değerlendirilmeye alınmamış olması çalışmadan çıkan sonucu yorumlamamızı güçleştirmektedir.

Çalışmalar, okul öncesi sosyal hayata uyum sağlamakta zorlanan çocukların davranış problemleri gösterebildiklerini ve bu problemlerin okul hayatları boyunca devam edebildiğini belirtmektedir.¹⁴¹ Okul öncesi dönemde sosyal uyumda zorlanan çocukların erkenden fark edilmesi ve gerekli uyum programlarının planlanması, ileride oluşabilecek büyük problem ve psikopatolojilerin önlenmesi açısından önemli görülmüştür. Okul temelli hazırlanan sosyal beceri programlarının, çocuklardaki riskli davranışları azalttığı,

çocukların olumlu ve güçlü akran ilişkileri geliştirmelerini sağlayarak sosyal yeterliliği ve akademik başarıyı artırdığına dair çalışmalar vardır.¹⁴²⁻¹⁴⁴ Okul öncesi kurumlara devam etme süresi değişkeninin sosyal becerilere etkisinin incelendiği bir çalışmada, çocukların uygun sosyal beceri kazanmaları için gerekli görülen okul öncesi optimum eğitim süresinin iki yıl olduğu gösterilmiştir.¹⁴⁵ Bizim çalışmamızda okul öncesi eğitim alan çocuklarda sosyal beceri düzeylerinde almayanlara göre anlamlı farkın çıkmaması, DEHB ve ÖÖB olan çocuklarda okul öncesi eğitimin diğer çocuklardan daha farklı ele alınması gerektiğini, algısal motor, görsel motor, dil gelişimi ve bütüncü yaklaşım gibi bir çok alanı içeren bir biçimde düzenlenmesi gerekebileceğini akla getirmiştir.

Çalışmamızda düzenli sosyal aktivite yapan çocukların toplam sosyal beceri puanları ve grupla iş yapabilme beceri puanları, sosyal aktivitesi olmayan çocuklara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Gruplara göre SBDÖ toplam ve alt puanlarının düzenli sosyal aktivite ile ilişkisine bakıldığında, DEHB ve ÖÖB’li grupta sosyal beceri toplam puanı, temel sosyal beceri puanı, ilişkiyi sürdürme beceri puanı ve kendini kontrol etme beceri puanı düzenli sosyal aktivite yapanlarda sosyal aktivite yapmayanlara oranla anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. DEHB’li grupta ise kendini kontrol etme beceri puanları sosyal aktivite yapanlarda yapmayanlara kıyasla anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Kara ve Çam, 2007’de yayınlanan bir çalışmalarında, doğaçlama, rol oynama, tiyatro ya da drama tekniklerinden yararlanılarak hazırladıkları yaratıcı drama yönteminin, çocukların grupla iş yapma ve yürütme becerileri, ilişkiyi başlatma ve sürdürme becerileri ile kendini kontrol etme becerileri üzerine etkili olduğunu göstermişlerdir.¹⁴⁶ Altıncı ve 7. sınıf öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada; çocukların bedensel aktivite yoluyla kendilerine olan güvenlerinin arttığı, kendilerine çevre bulmak ve oluşturmak için diğer arkadaşlarını davet ettikleri ve daha girişken oldukları saptanmıştır.¹⁴⁷ Allison ve arkadaşlarının 1999’da yaptığı çalışmada, 9-11 yaşları arasında olan öğrencilerin, fiziksel aktiviteye katılmaları, beden eğitimi dersleri, diğer okullarla olan aktiviteleri, engellerin farkında olma ve aşabilme, okul dışındaki faaliyetleri ile sosyal yetkinlik beklentisi arasındaki ilişki incelenmiş ve fiziksel aktiviteye katılım ile sosyal yetkinlik beklentisi arasında anlamlı ilişki olduğunu gösterilmiştir.¹⁴⁸ Bizim çalışmamızda da genel grupta toplam sosyal beceri ve grupla iş yapabilme toplam puan ortalamaları ile DEHB ve ÖÖB’li grupta toplam sosyal beceri, temel sosyal beceri, ilişkiyi sürdürme ve kendini kontrol etme becerileri puan ortalamalarının sosyal aktivite yapan çocuklarda yapmayanlara oranla daha

yüksek olduğu saptanmış olup sonuç daha önceden yapılmış olan çalışmalarla benzerdir. DEHB'li grupta sosyal aktivite yapan çocukların yapmayanlar oranla kendini kontrol etme becerileri puan ortalamalarının daha düşük olduğu ve diğer sosyal beceri alanlarında fark olmadığı saptanmıştır. Bu durumun özellikle dürtüsel davranışlar gösteren ve sosyal ilişkilerde zorluk yaşayan DEHB'li çocukların tedavinin bir parçası olarak sosyal aktiviteye yönlendirilmeleri ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Lisanslı olarak takım sporu ve bireysel spor yapan ile spor yapmayan ortaöğretim öğrencilerinin sosyal beceri düzeylerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada; lisanslı olarak takım sporu ve bireysel spor yapan ile spor yapmayan öğrencilerin toplam sosyal beceri düzeyleri ve sosyal anlatıcılık dışındaki sosyal beceri alt ölçek puanları arasında, takım ve bireysel sporlar lehine anlamlı fark çıkmıştır. Sosyal beceri alt boyutlarından sosyal anlatıcılık boyutunda en yüksek değer takım sporlarında, orta değer bireysel sporlarda ve en düşük değer ise spor yapmayan grupta ortaya çıkmıştır.¹⁴⁹ Bireysel ve takım sporcusu olma durumuna göre sosyal beceri düzeylerinin araştırıldığı birçok çalışmada, takım sporcularının sosyal beceri düzeyleri bireysel sporculardan daha yüksek çıkmıştır.¹⁵⁰⁻¹⁵² Bu sonuçlar takım sporlarıyla uğraşan öğrencilerin; yardımlaşma, paylaşma, arkadaşlarıyla iletişim kurma, daha çok insanı yanında görme, kazanma, kaybetme, sevinç ve üzüntü gibi duyguları paylaşma ve arkadaşlık duygusu gibi durumları takım sporlarının doğası gereği daha fazla deneyimlendiği şeklinde yorumlanmıştır. Bireysel spor yapan öğrencilerde ise hiç spor yapmayan öğrencilere oranla sosyal becerinin yüksek çıkması; sporun kendine özgü faydaları olan kendini tanıma, bireysel özgüvenin yüksek olması, kendi zayıf ve güçlü yönlerini iyi bilme, mücadeleci yönünün gelişmiş olması, spora bağlı rahatlama ve dengeli bir kişiliğe kavuşma ile ilgili gösterilmiştir.^{146,153} Çalışmamızda hastaların ne tür spor faaliyetlerinde buldukları, takım sporu ya da bireysel spor yapıp yapmadıkları sorulmamış olması çalışmamızın eksikliği olmuştur. Spor branşları ile sosyal beceri ilişkisine bakılan bir araştırmada; spor branşlarının toplam sosyal beceri düzeylerinde fark yaratmadığını, sosyal davranışları olumlu yönde etkileyen asıl belirleyicinin takım sporunu düzenli bir şekilde yapıyor olmanın olduğu ifade edilmektedir.¹⁴⁰ Çalışmalar, sosyal aktivite odaklı sosyal beceri eğitiminin akademik öğretim programı içinde bir bütün olarak ele alınması gerektiğine vurgu yapmaktadır.^{146,154} Çalışmamızda düzenli spor faaliyetlerinde bulunan çocukların bulunmayanlara göre sosyal beceri düzeylerinin daha

yüksek olduğu saptanmıştır. Ancak DEHB'nin ve ÖÖB'nin bu duruma etkisi kontrol grubunun olmaması nedeniyle saptanamamıştır.



6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

DEHB ve ÖÖB’li grup ile DEHB grubu arasında sosyal beceri toplam ve alt test ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. DEHB ve ÖÖB tanılı olup özel eğitim alan grup ile özel eğitim almayan grup arasında, SBDÖ alt test ve toplam ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmama ile beraber özel eğitim alan grubun toplam sosyal beceri puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Bu durumun özel eğitim ile akademik başarısı yükselen çocuğun okul ve aile içi uyumunun artmasına bağlı olabileceği düşünülmüştür.

DEHB ve ÖÖB grubunun okuma ve yazmaya geçiş süreleri anlamlı olarak geç bulunmuştur. ÖÖB’li çocukların akademik başarılarının yaşitlarının gerisinde olması ve özel eğitim almaya başladıklarında dahi yaşitlarını yakalamalarının zaman alması bu durumu açıklayabilir.

Sosyal beceri ve cinsiyet arasındaki ilişkiye bakıldığında, genel grupta ve DEHB’li grupta sosyal beceri alt ölçek puanları, kızlarda erkeklere oranla anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu durum, ailelerin çocuklarını yetiştirirken cinsiyetlerine göre farklı tutumlar sergiliyor olmaları nedeniyle erkek çocukların duygusal olgunluklarını daha geç tamamlıyor olabileceği açısından önemlidir.

Anne-baba eğitim düzeyi ile sosyal beceri arasındaki ilişkiye bakıldığında; çocukların sosyal beceri düzeylerinin anne eğitim düzeyi ile ilişki olduğu, annesi ilkököl mezunu olan çocukların sosyal beceri düzeylerinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Okul öncesi eğitim alma ve düzenli sosyal aktivite yapıyor olmanın sosyal beceri düzeylerini artırdığı; ebeveyn yaş ortalaması, anne baba çalışma durumu, aile yapısı, aile aylık gelir düzeyi, kardeş sayısı değişkenlerinin sosyal beceri düzeyi ile ilişkili olmadığı belirlenmiştir.

6.2. Öneriler

ÖÖB alanında yapılan çalışmaların daha çok akademik becerilere odaklandığı, ÖÖB’li çocuklarda sosyal beceri konusunda daha fazla araştırma yapılmasına gereksinin olduğu düşünülmüştür. ÖÖB’li çocuklara uygulanan eğitsel müdahalelere, çocuğun zorluk gösterdiği alanlara yönelik uyum programları ve sosyal beceri eğitimlerinin dahil edilmesi, gelecekteki davranış problemlerinin ve olası psikopatolojilerin engellenmesi açısından önemlidir. Aileler, çocuklarını en az iki yıl süreyle, akranları ile bir araya gelebilecekleri uygun okul öncesi eğitim kurumlarına başlatmaları yönünde yönlendirilmelidir. Çocuklar eğitim çağının erken dönemlerinden itibaren, yetenek alanlarına göre sosyal aktivite ve/veya takım ya da bireysel sporlara yönlendirilmeli ve böylece araştırma sonuçlarının gösterdiği gibi sosyal gelişimlerine katkı sağlanmalıdır.

6.3. Kısıtlılıklar

Çalışmada DEHB ve ÖÖB grubunun çocuk psikiyatri polikliniğinde takip edilmekte olan hastalardan seçilmiş olması, dolayısıyla da hasta ve ailelerinin bir süredir, kurumumuzdan ya da gittikleri farklı özel eğitim kurumlarından zorluklarına yönelik destek alıyor olmalarının mevcut zorluklarda gerileme olmasına ve sosyal becerinin artmasına neden olmuş olabilir. Aileler tarafından doldurulan sosyal beceri değerlendirme ölçeğinin ise son bir aylık süreci değerlendiriyor olması sonuçları genellemeyi engellemektedir.

Çalışmada olguların sosyal becerileri değerlendirilirken ebeveyn değerlendirmesine dayalı ölçekten yararlanılmıştır. Sosyal becerileri okulda değerlendirebilecek öğretmen gözleminin çalışmaya dahil edilmemesi, çalışmamızın kısıtlılıklarındandır.

Sağlıklı kontrol grubunun olmaması, örneklem sayısının azlığı, DEHB ve ÖÖB alt gruplarının ve şiddetinin ele alınmaması, okul öncesi eğitimin niteliğine ve süresine, yapılan sporun biçimine yönelik soruların sorulmaması ve kesitsel bir çalışma olması çalışmamızın diğer kısıtlılıklarıdır. Tüm sınırlılıklarına rağmen çalışmamız, ÖÖB’li hastalarda sosyal beceri ve ilişkili faktörlerin değerlendirildiği sınırlı sayıda çalışmadan biri olması açısından önemli olup, ileriki çalışmalara örnek teşkil edebilir.

7. ÖZET

Amaç: Bu araştırmada, Kocaeli Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Anabilim Dalı'nda, DEHB ile birlikte ÖÖB tanısı ve yalnızca DEHB tanısı ile takip edilmekte olan, yaşları 7-12 arasında bulunan çocukların; sosyal beceri düzeylerinin ve ÖÖB'nin DEHB'deki sosyal beceri düzeyi üzerine etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Metod: Ekim 2016 ile Aralık 2016 tarihleri arasında, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakóltesi Hastanesi Çocuk Ruh Sağlığı Polikliniği'nde DEHB ve ÖÖB tanıları ve yalnızca DEHB tanısı ile takip edilen, DEHB belirtileri medikal tedavi ile kontrol altında olan, klinik olarak zeka geriliği olmayan, eş zamanlı olarak otizm spektrum bozukluğu ve/veya işlevselliği DEHB ve ÖÖB'den daha fazla bozan eksen I tanısı olmayan, 7-12 yaş aralığında 30'ar çocuk ve aileleri çalışmaya dahil edilmiştir. Araştırmacı tarafından çocuklara ve ebeveynlerine Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu- Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-T) yapılmıştır. Yapılan görüşmelerde ÇDŞG-ŞY-T ile taranamayan tanılar, araştırmacının DSM-5 tanı ölçütlerine dayalı klinik görüşü ile değerlendirilmiştir. ÖÖB ön tanısı düşünölen hastalara "ÖÖG bataryası" uygulanmıştır. Çalışmaya katılan tüm çocukların ebeveynlerine "sosyodemografik bilgi formu" ve "sosyal beceri değerlendirme ölçeği" (SBDÖ) verilmiştir.

Bulgular: DEHB ve ÖÖB grubunun okuma ve yazmaya geçiş süreleri anlamlı olarak geç bulunmuştur. DEHB ve ÖÖB'li grupta toplam sosyal beceri düzeyi $216,96 \pm 52,83$, DEHB grubunda ise toplam sosyal beceri düzeyi $217 \pm 25,59$ olarak bulunmuştur. DEHB ve ÖÖB tanılı olup özel eğitim alan grubun toplam sosyal beceri puan ortalaması $220,37 \pm 60,30$, DEHB+ÖÖB tanılı olup özel eğitim almayan grubun toplam sosyal beceri puan ortalaması $213,07 \pm 44,71$ olarak hesaplanmıştır. Gruplar arasında, SBDÖ alt test ve toplam ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Genel grupta ilişkiyi sürdürme ve duygusal beceri puan ortalamaları; DEHB'li grupta ise saldırgan davranışlarla başa çıkma, bilişsel beceriler ve toplam sosyal beceri puan ortalamaları kız çocuklarında erkek çocuklara oranla daha yüksek bulunmuştur. Annesinin eğitim düzeyi ilkokul olan çocukların temel sosyal beceri, konuşmayı başlatma ve sürdürme becerileri puan ortalamaları annesi ortaokul, lise ve üniversite mezunu olan çocuklara göre istatistiksel

olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır. DEHB ve ÖÖB’li grupta okul öncesi eğitim alan çocukların ilişkiyi başlatma ve duygusal beceri puan ortalamaları eğitim almayan çocuklara oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Düzenli sosyal aktivite yapan çocuklarda, genel grupta toplam sosyal beceri ve grupta iş yapabilme beceri puan ortalamaları ile DEHB ve ÖÖB grubunda toplam sosyal beceri, temel sosyal beceri, ilişkiyi sürdürme ve kendini kontrol etme beceri puan ortalamaları aktivite yapmayanlara oranla daha yüksek bulunmuştur. Gruplar arasında ebeveyn yaş ortalaması, baba eğitim durumu, anne baba çalışma durumu, aile yapısı, aile aylık gelir düzeyi, kardeş sayısı değişkenlerinde anlamlı fark bulunmamıştır.

Tartışma: Çalışmamızda DEHB ve ÖÖB’li grup ile DEHB’li grup arasında sosyal beceri toplam ve alt ölçek puanları arasında anlamlı fark olmadığı bulunmuştur. Bu sonuç örneklemin küçük olması ve her iki grubunda tedavi görüyor olması ile açıklanabilir. Sosyal beceri düzeylerinin cinsiyet, anne eğitim durumu, okul öncesi eğitim ve sosyal aktivite değişkenleri ile ilişkili olduğu saptanmıştır. ÖÖB’deki sosyal beceri düzeyleri ve ilişkili etmenlerin belirlenmesi için, daha geniş ve herhangi bir tedavi programına dahil edilmemiş gruplarla yapılacak çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülmüştür.

Anahtar sözcükler: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, Özgül öğrenme bozukluğu, sosyal beceri.

8. ABSTRACT

Aim: This study has been executed at Kocaeli University, the Department of Child and Adolescent Psychiatry. Children included in this study were between 7-12 ages, who were diagnosed and being followed up with Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) alone or ADHD plus Specific learning disability (SLD). The levels of social skills of all children included and the impact of existence of SLD on the levels of social skills of children diagnosed with ADHD has been investigated .

Method: 30 children who were being diagnosed and followed up with ADHD and 30 children who were being diagnosed and followed up with ADHD plus SLD between the period October 2016 and December 2016 at Kocaeli University, Faculty of Medicine, Child and Adolescent Psychiatry Outpatient Clinic and their families have been included in this study. ADHD symptoms of children selected were all under control by medical treatment, none had clinically established mental retardation, nor simultaneous Otism Spectrum disorder and/or any other Axis I diagnosis deteriorating functionality more than ADHD and SLD. All the children and their parents have been asked to perform Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia School-Age Children Present and Lifetime Version (K-SADS-PL) - Turkish Version (K-SADS-PL-T). The diagnoses which could not be screened during the interviews via K-SADS-PL-T have been assessed on the grounds of Clinician's clinical view based on DSM-V diagnostic criteria. SLD Battery has been performed to children who were suspected to have diagnosis of SLD. Parents of all children included in the study have been asked to perform a detailed “Sociodemographic Form” ve “Social Skills Assessment Scale” (SSAS).

Results: Transition period to reading and writing was significantly longer in ADHD plus SLD group. Total level of social skills was $216,96 \pm 52,83$ in ADHD plus SLD group, while it was $217 \pm 25,59$ in ADHD group. ADHD plus SLD group having a specific education has a total mean score of $220,37 \pm 60,30$, while it was $213,07 \pm 44,71$ for the ADHD plus SLD group having no specific education. No statistically significant difference has been estimated regarding total mean scores of SSAS tests among groups. Girls scored higher in general group on maintaining the relationship and emotional skills and in ADHD group on handling the aggressive behaviours, cognitive skills and social skills. Median scores of children of mothers having primary school education on basic social skills, skills of

starting and resuming talks were statistically significantly lower than the other children. ADHD plus SLD subgroup having a preschool education had significantly higher median scores on starting a relationship and emotional skills than those who hadn't preschool education. Children having regular social activities scored significantly higher than those who don't have regular social activities on total social skills and coordination skills with groups in general group and they scored significantly higher on total social skills, basic social skills, maintaining a relationship and self control skills in ADHD plus SLD group. No significant difference is estimated among the groups regarding the median age of parents, education status of fathers, working status of parents, family structure, monthly incomes of the families and number of siblings.

Discussion: In our study, no statistically significant difference is found between ADHD and ADHD plus SLD group regarding social skills total and subscale scores. This may be due to our small sized study population and both groups are under treatment. Levels of social skills have been found to be related with some variables such as gender, education level of mother, preschool education and having social activities. To be able to detect social skill levels and related factors more accurately in SLD group, performing studies with larger groups and with groups not receiving any forms of treatment seem to be necessary.

Key words: Attention deficit hyperactivity disorder, specific learning disability, social skill.

9. KAYNAKLAR

1. Aras Ş, Ünlü G TFT. Çocuk ve ergen psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda belirtiler, tanılar ve tanıya yönelik incelemeler. *Klin Psikiyatr.* 2007;10:28-37.
2. Görker I, Korkmazlar Ü, Durukan M. Çocuk ve ergen polikliniğine başvuran ergenlerde belirti ve tanı dağılımı. *Klin Psikiyatr.* 2004;7:103-110.
3. Silver CH, Ruff RM, Iverson G ve ark. Learning disabilities: The need for neuropsychological evaluation. NAN Policy and Planning Comitee. *Arch Clin Neuropsychol.* 2007;23:217-219.
4. Amerikan Psikiyatri Birliği. *Ruhsal Bozukluklar Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5)*. Köroğlu E, ed. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2014.
5. Erman Ö. Öğrenme bozukluğu ve aşırı hareketlilik bozukluğu olgularının nörofizyolojik ve nöropsikolojik yöntemlerle incelenmesi. 1997.
6. Bilgiç A, Kılıç BG, Gürkan K ve ark. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı konulan bir klinik örnekte yıkıcı davranış bozuklukları ve özgül öğrenme bozuklukları. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derg.* 2006;13:54-59.
7. Hechtman L. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. In: *Sadock B, Sadock V, Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry.* 2007;3183-3204.
8. Treuting JJ HS. Depression and self-esteem in boys with attention-deficit/hyperactivity disorder: Associations with comorbid aggression and explanatory attributional mechanisms. *J Abnorm Child Psychol.* 2001;29(1):23-39.
9. Shea B, Wiener J. Social Exile: the cycle of peer victimization for boys with ADHD. *Can J Sch Psychol.* 2003;18:55-90.
10. Ghisi M, Bottesi G, Re AM ve ark. Socioemotional Features and Resilience in İtalian University Students with and without Dyslexia. *Front Psychol.* 2016;7:478.
11. Sorias O. Sosyal beceriler ve değerlendirme yöntemleri. *Psikol Derg.* 1986;5(20):24-29.
12. Korkut F. İletişim becerileri eğitiminin lise öğrencilerinin iletişim becerilerini değerlendirmelerine etkisi. *3P Derg.* 1996;4:191-198.

13. Akçamete G, Avcıoğlu H. Sosyal becerileri değerlendirme ölçeğinin (7-12 yaş) geçerlik ve güvenirlik alışması. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2005.
14. Stubbe DE. Attention-deficit/hyperactivity disorder overview. Historical perspective, current controversies, and future directions. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2000;9(3):469-479.
15. şenol S. *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu In ocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı*. uhadaroğlu F, ed. Ankara: HYB Basın Yayın; 2008.
16. Weiss G, Weiss M. Attention Deficit Hyperactivity Disorder. In: *Lewis M, Ed. Child and Adolescent Psychiatry, A Comprehensive Textbook, 3 Nded*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2003:645-670.
17. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders, Third Edition (DSM-III)*. Washington D.C.: American Psychiatric Press; 1980.
18. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders, Third Edition, Revised (DSM-III-R)*. (American Psychiatric Association, ed.). Washington D.C.; 1987.
19. Amerikan Psikiyatri Birliği. *Mental Bozuklukların Sayımsal ve Tanımsal Elkitabı, Dördüncü Baskı (DSM-IV)*. Köroğlu E. ed. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1998.
20. Amerikan Psikiyatri Birliği. *Mental Bozuklukların Sayımsal ve Tanımsal Elkitabı, Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV-R)*. Köroğlu E. ed. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2001.
21. Ercan ES, Mukaddes N YY ve ark. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. In: ES E, ed. *ocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*. Ankara: Türkiye ocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği; 2016:33-52.
22. Polanczyk G, Jensen LA. Epidemiology of attention-deficit/ hyperactivity disorder across the lifespan. *Curr Opin Psychiatry*. 2007;20:386-392.
23. Biederman J. Attention - deficit / hyperactiviy disorder: A selective overview. *Biol*

- Psychiatry*. 2005;57:1215-1220.
24. Farone SV. Genetic of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Child Adolesc Psychiatry Clin N Am*. 1994;3:285-298.
 25. McCracken JT. Attention-Deficit Disorder. In: *Sadock BJ, Sadock VA Ed. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Seventh Ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2000:2679-2688.
 26. Castellanos FX. Neuroimaging of Attention Deficit Hyperactivity Disorders. *Child Adolesc Psychiatry CLIN N Am*. 1997;6:383-410.
 27. Filipek PA. Volumetric MRI analysis comparing subject having Attention Deficit Hyperactivity Disorder with normal controls. *Neurology*. 1997;48:589-601.
 28. Baumgardner TL. Corpus callosum morphology in children with Tourette syndrom and Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Neurology*. 1996;47:477-482.
 29. Giedd JN. Quantitative morphology of the corpus callosum in Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Am J Psychiatry*. 1994;151:665-669.
 30. Zametkin AJ. Cerebral glukose metabolism in adults with hyperactivity of childhood onset. *N Engl J Med*. 1990;323:1361-1367.
 31. Zametkin AJ. Brain metabolism in teenagers with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1993;50:333-341.
 32. Lou HC. Striatal dysfunction in Attention Deficit and Hyperkinetic Disorder. *Arch Neurol*. 1989;46:48-52.
 33. Gustafsson P. Associations between cerebral blood-flow measured by single photon emission computed tomography (SPECT), electroencephalogram (EEG), behaviour symptoms, cognition and neurological soft sign in children with attention-deficit hyperactivity disorders (ADHD). *Acta Paediatr*. 2000;89:30-34.
 34. Cantwell DP. Attention Deficit Disorder: A review of the past 10 years. *j Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996;35:978-988.
 35. Castellanos FX. Cerebrospinal fluid monoamine metabolites in boys with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Psychiatry Res*. 1994;52:3005-3010.

36. Lou HC. Etiology and pathogenesis of attention- deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Acta Paediatr.* 1996;85:1266-1273.
37. Kotimaa AJ. Maternal smoking and hyperactivity in 8-year-old children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2003;42:826-834.
38. Kelly YJ. Birthwight and behavioural problems in children: a modifiable effect? *Int J Epidemiol.* 2001;30:88-93.
39. Leech SL. Prenatal substance exposure: effects on attention and impulsivity of 6-years-olds. *Neurotoxicology Teratol.* 1999;21:109-118.
40. Kandemir H. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan çocuklar ve ailelerinde yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. 2009.
41. Ercan ES, Aydın C. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. In: Ekşi A., ed. *Ben Hasta Değilim, Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarının Psikososyal Yönü.* İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 1999:270-284.
42. Achenbach TM. *Integrative Guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR, and TRF Profiles.* Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry; 1991.
43. Conners CK, Sitarenios G, Parker JD ve ark. The revised Conners“ Parent Rating Scale (CPRS-R): factor structure, reliability, and criterion validity. *J Abnorm Child Psychol.* 1998;26:257-268.
44. Soykan Aysev A. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Değerlendirilmesi ve Tanı Koyma. In: A. SA, ed. *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Özgül Öğrenme Güçlüğü.* Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi; 2001:1-6.
45. Biederman, J, Faraone SV, Spencer T ve ark. Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry.* 1993;150:1792-1798.
46. Copeland W, Angold A, Costello E, ve ark. Prevalence, comorbidity, and correlates of DSM-5 proposed disruptive mood dysregulation disorder. *Am J Psychiatry.* 2013;170(2):173-179.
47. Biederman J. Comorbidity of diagnosis in Attention Deficit Hyperactivity D.isorder.

- Child Adolesc Psychiatry Clin N Am.* 1992;1:335-359.
48. Turgay A. Gençlerde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB): sınıflandırma, tanı ve tedavide yenilikler. *Ege Psikiyatr Sürekli Yayınları.* 1997;2:413-452.
 49. Weiss G. Psychiatric status of hyperactives as adults: A controlled 15-year follow-up of 63 hyperactive children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1985;23:211-219.
 50. Kılıç BG. Özgül Öğrenme Bozukluğu. In: Akay AP, Ercan ES Pİ ve ark, ed. *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları.* Ankara: Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği; 2016:87-94.
 51. Çorlu M, Özcan O, Korkmazlar Ü. The potential of dyslexic individuals in communication design education. *Behav Neurol.* 2007;4:217-223.
 52. Sürücü Ö, Gündoğdu B. Öğrenme Bozuklukları. In: *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı.* Ankara: Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği Yayınları; 2008:216-231.
 53. Kurdoğlu F. Özgül Öğrenme Bozukluğunda Tanı Değerlendirme. In: Soykan Aysev A., ed. *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Özgül Öğrenme Güçlüğü.* Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi; 2001:43-54.
 54. Erden G, Kurdoğlu F, Uslu R. İlköğretim okullarına devam eden Türk çocuklarının sınıf düzeylerine göre okuma hızı ve yazım hataları normlarının geliştirilmesi. *Türk Psikiyatr Derg.* 2002;13:5-13.
 55. Bingöl A. Ankara'daki ilkokul 2. ve 4. sınıf öğrencilerinde gelişimsel disleksi oranı. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası.* 2003;56:67-82.
 56. Debray-Ritzen P. Diagnosis and natural history of dyslexia in children. Manciaux (ed). Karger B, ed. *Child Heal Dev.* 1987;5:22-29.
 57. Rutter M, Caspi A, Fergusson D ve ark. Sex differences in developmental reading disability. *JAMA.* 2004;291:2007-2012.
 58. Shaywitz SE, ShaywitzBA. Dyslexia (Specific Reading Disability). *Biol Psychiatry.*

- 2005;57:1301-1309.
59. Vogler GP, Defries JC, Decker SN. Family history as an indicator of risk for reading disability. *J Learn Disabil.* 1985;18:419-421.
 60. Pennington BF, Smith SD. Genetic influences on learning disabilities: An update. *J Consult Clin Psychol.* 1988;56:817-823.
 61. DeFries JC, Alarcon M. Genetics of specific reading disability. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev.* 1996;2:39-47.
 62. Grigorenko EL, Wood FB, Meyers M ve ark. Susceptibility loci for distinct components of developmental dyslexia on chromosomes 6 and 15. *Am J Hum Genet.* 1997;60:27-39.
 63. Williams J, O'Donovan M. The genetics of developmental dyslexia. *Eur J Hum Genet.* 2006;14:681-689.
 64. Galaburda AM, Sherman GF, Rosen GD ve ark. Developmental dyslexia: Four consecutive patients with cortical anomalies. *Ann Neurol.* 1985;18:222-233.
 65. Galaburda AM, Kemper TL. Cytoarchitectonic abnormalities in developmental dyslexia: A case study. *Ann Neurol.* 1979;6:94-100.
 66. Galaburda AM. Ordinary and extraordinary brain development: Anatomical variation in developmental dyslexia. *Ann Dyslexia.* 1989;39:67-79.
 67. Kushch A, Gross-Glenn K, Jallad B ve ark. Temporal lobe surface area measurements on MRI in normal and dyslexic readers. *Neuropsychologia.* 1993;31:811-821.
 68. Leonard CM, Voeller KK, Lombardino LJ ve ark. Anomalous cerebral structure in dyslexia revealed with magnetic resonance imaging. *Arch Neurol.* 1993;50:461-469.
 69. Rumsey JM, Nace K, Donohue B ve ark. A positron emission tomographic study of impaired word recognition and phonological processing in dyslexic men. *Arch Neurol.* 1997;54:562-573.
 70. Simos PG, Breier JJ, Fletcher JM ve ark. Brain activation profiles in dyslexic children during non-word reading: A magnetic source imaging study. *Neurosci Lett.*

- 2000;290:61-65.
71. Temple E, Poldrack RA, Salidis J ve ark. Disrupted neural responses to phonological and orthographic processing in dyslexic children: An fMRI study. *Neuroreport*. 2001;12:299-307.
 72. Temple E. Brain mechanisms in normal and dyslexic readers. *Curr Opin Neurobiol*. 2002;12:178-183.
 73. Kraus N, McGee TJ, Carrell TD ve ark. Auditory neurophysiologic responses and discrimination deficits in children with learning problems. *Science (80-)*. 1996;273:971-973.
 74. Temple E, Poldrack RA, Protopapas A ve ark. Disruption of the neural response to rapid acoustic stimuli in dyslexia: Evidence from functional MRI. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2000;97:13907-13912.
 75. Stein. The magnocellular theory of developmental dyslexia. *Dyslexia*. 2001;7:12-36.
 76. Nicolson RI, Fawcett A. Automaticity: A new framework for dyslexia research? *Cognition*. 1990;30:159-182.
 77. Sürücü Ö, Gündoğdu B. Öğrenme Bozuklukları. In: F Ç, ed. *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2008:216-229.
 78. Korkmazlar Ü. Okul Öncesi Dönemde Öğrenme Sorunlarını Tanımak. In: *Okul Öncesi Eğitim: Sorunlar ve Çözümler*. İstanbul: Özel Okullar Derneği; 2003:27-36.
 79. Turgut S, Erdem G, Karakaş S. Özgül Öğrenme Güçlüğü (ÖÖG) Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) birlikteliği ve kontrol gruplarının ÖÖG bataryası ile belirlenen profilleri. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derg*. 2010;17:13-25.
 80. Altunoğlu Dikmeer İ, Gençöz T. Özgül Öğrenme güçlüğü belirtileri olan çocukların Wisconsin Kart Eşleme Testi ve Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği puanlarının incelenmesi. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derg*. 2009;16:3-12.
 81. Thomson M. *Developmental Dyslexia*. Third. London: Whurr Publisher; 1990.
 82. Beitchman JH, Young AR. Learning disorders with a special emphasis on reading disorders: A review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*.

- 1997;36:1020-1032.
83. Holborow PL, Berry P. Hyperactivity and learning difficulties. *J Learn Disabil*. 1986;19:426-431.
84. Sideridis GD. Goal orientations, academic achievement and depression: Evidence in favor of revised goal theory. *J Educ Psychol*. 2005;97:366-375.
85. Maag JW, Reid R. The phenomenology of depression among students with and without learning disabilities: More similar than different. *Learn Disabil Res Pract*. 1994;9:91-103.
86. Li H, Morris RJ. Assessing fears and related anxieties in children and adolescents with learning disabilities or mild mental retardation. *Res Dev Disabil A Multidiscip J*. 2007;28:445-457.
87. Korkmazlar Ü. Özel Öğrenme Güçlüğü (Öğrenme Güçlükleri). In: A E, ed. *Ben Hasta Değilim, Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarının Psikososyal Yönü İçinde*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 1999:285-299.
88. Yung AW, Park YD, Cohen MJ ve ark. Cognitive and behavioral problems in children with centrotemporal spikes. *Pediatr Neurol*. 2000;23:391-395.
89. Durukan İ. Zeka Geriliği (Zihinsel Engellilik). In: Pekcanlar Akay A, Ercan ES Pİ ve ark, ed. *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*. Ankara: Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği; 2016:114-124.
90. Köroğlu E. Depresyon Bozuklukları. In: *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2014:183-232.
91. Köroğlu E. İkiuçlu (Bipolar) ve İlişkili Bozukluklar. In: *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2014:135-182.
92. Köroğlu E. Kaygı (Anksiyete) Bozuklukları. In: *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2014:233-301.
93. Türkbay T. Konuşma ve Dile Özgü Gelişimsel Bozukluklar (İletişim Bozuklukları). In: Pekcanlar Akay A, Ercan ES Pİ ve ark., ed. *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*. Ankara: Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği; 2016:96-112.

94. Korkmazlar Ü. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite ve Özel Öğrenme Bozukluğuna Psiko-pedagojik Yaklaşım. In: Soykan Aysev A., ed. *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Özgül Öğrenme Güçlüğü*. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi; 2001:133-163.
95. Pennington BF, Van Orden GC, Smith SD ve ark. Phonological processing skills and deficits in adult dyslexics. *Child Dev Dec*. 1990;61:1753-1778.
96. Shaywitz SE, Fletcher JM, Holahan JM ve ark. Persistence of dyslexia: The Connecticut Longitudinal Study at adolescence. *Pediatrics*. 1999;104:1351-1359.
97. Alexander-Passe N. How dyslexic teenagers cope: An investigation of self-esteem, coping and depression. *Dyslexia Nov*. 2006;12:256-275.
98. Uzamaz F. Ergenlerde sosyal beceriler ve değerlendirme yöntemleri. *Çukurova Üniversitesi Sos Bilim Enstitüsü Derg*. 2000;6:49-58.
99. Akkök F. *İlköğretimde Sosyal Becerilerin Geliştirilmesi*. Ankara: M.E.B yayınları; 1999.
100. Bacanlı H. *Sosyal Beceri Eğitimi*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım; 1999.
101. Janet A.W & Bierman KL. Social Competence. In: *Gale Encyclopedia of Childhood & Adolescence*. Pennsylvania: The Pennsylvania State University; 1998.
http://www.findarticles.com/p/articles/mi_g2602/is_0004/ai_2602000487.
102. Zembat R, Unutkan P. Okul Öncesi Dönemde Çocuğun Sosyalleşmesinde Ailenin Yeri (Aile Katılım Programı Uygulama Örnekleriyle). In: İstanbul; 2001.
http://www.acev.org/egitim/ace_ovcep.asp.
103. Güngör A. *Toplumsal ve Duygusal Gelişim, Gelişim ve Öğrenme*. (A. U, ed.). Ankara: Anı Yayıncılık.; 2005.
104. Yavuzer H. *Çocuğumuzun İlk 6 Yılı*. İstanbul: Remzi Kitapevi.; 1997.
105. Öztürk O, Uluşahin A. Kişilik Gelişimi. In: *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. 13. ed. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri; 2015:81-93.
106. Gander MJ, Gardiner HW. *Çocuk ve Ergen Gelişimi*. (B. O, ed.). Ankara: İmge Kitapevi.; 1998.

107. Bacanlı H. *Sosyal Beceri Eğitimi*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım; 1999.
108. Palut B. *Sosyal Gelişim ve Arkadaşlık İlişkileri. Gelişim ve Eğitimde Yeni Yaklaşımlar*. İstanbul: Morpa Yayıncılık.; 2003.
109. Çetin F, Bilbay AK. *Araştırmadan Uygulamaya Çocuklarda Sosyal Beceriler Grup Eğitimi*. İstanbul: Epsilon Yayıncılık.; 2002.
110. Durualp E, Aral N. Altı yaşındaki çocukların sosyal becerilerine oyun temelli sosyal beceri eğitiminin etkisinin incelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Derg.* 2010;39:160-172.
111. Thorkildsen R. Using an interactive videodisc program to teach social skills to handicapped children. *Am Ann Deaf.* 1985;140:295-303.
112. Nijmeijer JS. Attention-deficit/hyperactivity disorder and social dysfunctioning. *Clin Psychol Rev.* 2008;28:692-708.
113. Frankel F. Parent-assisted transfer of children's social skills training: effects on children with and without attention-deficit hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1997;36:1056-1064.
114. Wiener J. Do peer relationships foster behavioral adjustment in children with learning disabilities? *Learn Disabil Q.* 2011;27:21-30.
115. Özkardeş Güngörmüş O. Türkiye'de özel öğrenme güçlüğüne ilişkin yapılan araştırmaların betimsel analizi. *Boğaziçi Üniversitesi Eğitim Derg.* 2012;30:124-153.
116. Kaufman J. Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1997;36:980-988.
117. Gökler B, Ünal F, Pehlivan Türk B ve ark. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-Türkçe Uyarlamasının Geçerlik ve Güvenirliliği. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derg.* 2004;11(3):109-116.
118. Newcorn J, Halperin J, Jensen P. Symptom profiles in children with ADHD: Effects

- of comorbidity and gender. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.2001; 40(2):137-146
119. Biederman J. Influence of gender on attention deficit hyperactivity disorder in children referred to a psychiatric clinic.American Journal of Psychiatry 2002;159(1): 36-42.
 120. Silver LB. Developmental Learning Disorder, Child and Adolescent Psychiatry A Comprehensive Textbook. M Lewis (Ed), Baltimore, Williams &Wilkins. 1996; 520-526.
 121. Silver LB: Developmental Learning Disorder. Child and Adolescent Psychiatry Textbook içinde M lewis (Ed). 2002; 621-629.
 122. Shaywitz SE, Shaywitz BA, Fletcher JM ve ark. Prevalence of reading disability in boys and girls. Results of the Conneccion Study. JAMA 1990;264:998-1002.
 123. İlden Koçkar ZA. Ebeveyn kabul ve reddi, benlik saygısı ve psikolojik uyum: öğrenme güçlüğü olan çocuklarla diyabetik çocukların karşılaştırılması. Yayınlanmamış doktora tezi. Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Ankara. 2006.
 124. Turgut S. Özgül öğrenme güçlüğü'nde nöropsikolojik profil. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Hacettepe Üniversitesi, Ankara.2008.
 125. Büyükaslan A. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan ilköğretim çocuklarında duygusal zeka ile sosyal beceri bileşenlerinin değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı. Yayınlanmamış uzmanlık tezi.İstanbul. 2015
 126. Solanto MV.Social functioning in predominantly inattentive and combined subtypes of childrenwith ADHD. Journal of Attention Disorders. 2009;13(1):27-35.
 127. Phillipsen LC, Bridges KS, McLemore G. ve ark. Perceptions of social behavior and peer acceptance in kindergarten. Journal of Research in Childhood Education. 1999;14(1):68-77.

128. Updegraff KA, McHale SM, Crouter AC. Parents' involvement in adolescents' peer relationships: a comparison of mothers' and fathers' roles. *Journal of Marriage and Family*, 2001;63:655-668.
129. Park SY, Cheah CSL. Korean mothers' proactive socialization beliefs regarding preschoolers' social skills. *International Journal of Behavioral Development*. 2005;29(1):24-34.
130. Chaplin TM, Cole PM, Zahn-Waxler C. Parental socialization of emotion expression: gender differences and relation to child adjustment. *Emotion*. 2005;5(1):80-88.
131. Mercurio CM. Guiding boys in the early years to lead healthy emotional lives. *Early Childhood Education Journal*. 2003;30(4):255-258.
132. Karaca NH, Gündüz A, Aral N. Okul öncesi dönem çocuklarının sosyal davranışının incelenmesi. *Kuramsal Eğitim Bilim*. 2011;4(2):65-76.
133. Baran G. On yaş çocuklarında davranış bozuklukları ile benlik kavramının gelişimi arasındaki ilişki üzerine bir çalışma. Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Ev Ekonomisi Ana Bilim Dalı. Yüksek lisans tezi. Ankara. 1989
134. Ekinci Vural D. Okul öncesi Eğitim programındaki duyuşsal ve sosyal becerilere yönelik hedeflere uygun olarak hazırlanan aile katılımlı sosyal beceri eğitimi programının çocuklarda sosyal becerilerin gelişimine etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. İzmir. 2006
135. Özbeşler C, Duyan V. Okul ortamlarında sosyal hizmet. *Eğitim ve Bilim Dergisi*. 2009;34(154):17-25.
136. Akı E, Aral N, Ayhan BA ve ark. Altı yaş grubundaki çocukların kavram gelişimleri ile görsel algılamaları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Uluslararası Türk Halkları Çocuk Edebiyatı Kongresi, Qafqaz Üniversitesi, Bakü/Azerbaycan. 1. Kitap. 13-15 Kasım. 2008; s:503-507,

137. Dinç B. Okul öncesi eğitimin 4-5 yaş çocuğunun sosyal gelişimine etkileri konusunda öğretmen görüşleri. Anadolu Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü İlköğretim Anabilim Dalı. Yayınlanmamış yüksek Lisans Tezi, Eskişehir. 2002
138. Turan DE, Aral N. A study on the vimsel perception behaviour of 6-71 mounth children in low socio-economic level who atendand do not attend preschool (Konya City Sample).Changeand Challenge in education (edi. Woodcock LS.). A Them Institute For Education and Research. Hard Back, Atiner.2008; 87-100.
139. Uğur H.Anasınıfı eğitiminin sosyalleşmedeki rolü ve öğrencileri sosyalleştirme açısından özel ve devlet anasınıflarının karşılaştırılması. Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Anabilim Dalı. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Sakarya. 1998
140. Durualp E. Anasınıfına devam eden 6 yaş çocuklarının sosyal uyum ve becerilerine oyun temelli sosyal beceri eğitiminin etkisinin incelenmesi: Çankırı Örneği. Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Ev Ekonomisi (Çocuk Gelişimi ve Eğitimi) Anabilim Dalı. Ankara. 2009.
141. Diener LM, Kim D. Maternal and child predictors of preschool children's social competence. Journal of Applied Developmental Psychology. 2003;25(1):3-24
142. Christine DB. & Smith J.Teaching social skills. National on Secondary Education and Transition University of Minnesota. 2004. Elde edilme tarihi: 20 Ekim 2005. <http://www.neceset.org>
143. Farrer S.School-based program promotes positive behaviour, reduces risk factors for drug use other problems. Nida Notes, 18,6. 2004. Elde edilme tarihi: 10 Ocak 2006. [http://www.drugabuse.gov/NIDA notes/ NN vol 18N6/School.html](http://www.drugabuse.gov/NIDA_notes/NN_vol_18N6/School.html)
144. Fox C,Boulton MJ. The social skills problems of victims of bullying: self, peer and teacher perceptions. British Journal of Educational Psychology. 2003; 75, 313-328.
145. Kapıkıran NA, İvrendi AB, Adak A. Okul Öncesi Çocuklarında Sosyal Beceri: Durum Saptaması. Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. Sayı:19

146. Kara Y, Çam F. Yaratıcı drama yönteminin bazı sosyal becerilerin kazandırılmasına etkisi. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2007;32:145-155
147. Ryan, JG, Dzewaltowski DA. Comparing the relationship between different types of self-efficacy and physicalactivity in youth. Health Education and Behavior.2002;29: 491.
148. Allison KR, Dwyer JJ, Makin S. Self-efficacy and participation in vigorous physicalactivity by high school students. Healt Education & Behavior. 1999;26(1):10-22.
149. Yıldırım S, Özcan G. Lisanslı olarak takım sporu ve bireysel spor yapan ile spor yapmayan ortaöğretim öğrencilerinin sosyal beceri düzeylerinin karşılaştırılması. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. Journal of Social Sciences. 2011;2
150. Gezer DE. Farklı spor branşlarındaki sporcuların sosyal beceri düzeylerinin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yayımlanmamış yüksek lisan tezi, Ankara. 2010.
151. Riggio RE, Tucker J, Coffaro D.Social skills and empathy. Personality and Individual Differences. 1989;10(1):93–99.
152. Dalkılıç M. İlköğretim öğrencilerinin sportif faaliyete katılım düzeyi ile iletişim beceri düzeyleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi. Beden Eğitimi Öğretmenliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tez. 2011.
153. Bloom EL, Karagiannakis A, Toste JR ve ark. Severity of academic achievement and social skills deficits. Canadian Journal of Education, 2007;30(3):911-930.
154. Elksnin LK, Elksnin N. Assessment and Instruction of Social Skills. (2. baskı). London: Singular Publishing Group. 1995.

10. EKLER

10.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Tarih(gün/ay/yıl):

Sosyodemografik Bilgi Formu (Aile Bilgi Formu)

- 1- Çocuğun adı-soyadı:
- 2- Cinsiyet:
1- Kız 2- Erkek
- 3- Doğum Tarihi (gün/ay/yıl):
- 4- Kardeş Sayısı (Kendisi Dışında):
- 5- Aile yapısı:
1- Çekirdek aile 2- Geniş aile 3- Parçalanmış aile (boşanma, ayrı) 4- Anne/baba ölü
- 6- Ailenin aylık geliri:
1- 1500 TL'den az 2- 1500-3000 TL 3- 3000-4500 TL 4- 4500 TL'den fazla
- 7- Anne yaşı:
- 8- Annenin Eğitim Durumu:
0- Okuma yazma bilmiyor 1- İlkokul mezunu 2- Ortaokul mezunu
3- Lise Mezunu 4- Üniversite mezunu
- 9- Annenin iş durumu:
0- Çalışmıyor 1- Çalışıyor (Mesleği:.....)
- 10- Annede bilinen fiziksel hastalık:
0- Yok 1- Var (.....)
- 11- Annede bilinen ruhsal hastalık:
0-Yok 1-Var (.....)
- 12- Baba yaşı:
- 13- Babanın eğitim durumu:
0- Okuma yazma bilmiyor 1- İlkokul mezunu 2- Ortaokul mezunu
3- Lise mezunu 4- Üniversite mezunu
- 14- Babanın iş durumu:
0- Çalışmıyor 1- Çalışıyor (Mesleği:.....)
- 15- Babada bilinen fiziksel hastalık:
0-Yok 1- Var (.....)
- 16- Babada bilinen ruhsal hastalık
0-Yok 1- Var (.....)
- 17- Kardeşte bilinen ruhsal hastalık

- 0- Yok 1- Var (.....)
- 18- Kardeşte bilinen fiziksel hastalık
- 0- Yok 1- Var
- 19- Çocukta bilinen fiziksel hastalık:
- 0- Yok 1- Var (.....)
- 20- Çocukta bilinen ruhsal hastalıkları işaretleyiniz.
- 1-Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu 2- Özgül öğrenme güçlüğü
3- Diğer (tik, kaygı, depresyon vb.).....
- 21- İlaç kullanımı:
- 0-Yok 1- Var (alıyorsa süresi.....)
- 22- Çocuğunuzun **NE ZAMAN** konuştuğunu/yürüdüğünü ve tuvalet eğitimini tamamladığını yazınız
- İlk kelime ne zaman:..... Yürüme:.....
İlk cümle ne zaman:..... Tuvalet eğitimi:.....
- 23- Okul öncesi eğitim aldı mı?
- 0-Hayır 1- Evet
- 24- Okuma-yazmaya ne zaman geçti?
- 0- Okuma yazma bilmiyor 1- Birinci sınıf ilk dönem 2- Birinci sınıf ikinci dönem 3- İkinci sınıf
- 25- Öğrenme güçlüğü için özel eğitim aldı mı?
- 0- Hayır 1- Evet
(evet ise süresi.....)
(Özel eğitim merkezinin adı.....)
- 26- Düzenli gittiği sosyal aktivite (spor, müzik, resim, sanat vb.):
- 0-Yok 1- Var

Yukarıdaki soruları dikkatli bir şekilde okuyarak yanıtlayınız. Yanında açıklama gereken yanıtlar işaretlenmiş ise parantez içerisinde sıra noktalarla boşluk bırakılan yere açıklamanızı yazınız.

10.2. Sosyal Becerileri Değerlendirme Ölçeği(SBDÖ)

SOSYAL BECERİLERİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Doğum Tarihi: Cinsiyet: Sınıf:

YÖNERGE: Aşağıda çocukların sahip olması gereken sosyal beceriler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun daha sonra değerlendirmeyi yaptığınız çocuğun sahip olduğu sosyal becerilerin karşısındaki duruma uygun olanı işaretleyiniz. Teşekkürler.

	Hiçbir zaman	Çok az	Genellikle	Çok sık	Her zaman
TEMEL SOSYAL BECERİLER					
1. Çevresinde gelişen olayları gözlemler (Çevresinde yer alan canlı ve cansız varlıklar ve bunların özellikleri hakkında veri toplayarak bilgi edinir)					
2. Konuşurken, sözel anlatımın anlamını pekiştirmek ve tamamlamak için mimikler kullanır.					
3. Konuşurken, sözel anlatımın anlamını pekiştirmek ve tamamlamak için jestler kullanır.					
4. Birlikte olduğu insanlara karşı hissettiği duygulara göre arasındaki mesafeyi ayarlar (uzak ya da yakın durur)					
5. Başkalarıyla ilişkilerinde, karşısındakine duygularını aktarmak için bedensel temas kullanır (sarılma, öpme, kucaklama vb.)					
6. İçinde bulunduğu ortama göre (başkalarıyla konuşurken, dinlerken) beden duruşunu sergiler					
7. Başkalarıyla etkileşim halindeyken göz kontağı kurar					
8. Daha önce neler söylendiği 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 BECERİLERİ					
14. Konuşmayı başlatır.					
15. Konuşmayı sürdürür.					
16. Konuşmayı bitirir.					
17. Konuşmayı bitirdikten sonra yeniden başlar.					
İLERİ KONUŞMA BECERİLERİ					

18. Konuşmak için başkalarının konuşmasını tamamlamasını bekler.					
19. Konuşmasını, konuşmanın içeriğine uygun olmayan duraklamalar yapmadan sürdürür.					
20. Konuşurken başkaları tarafından anlaşılabilmek için konuşma hızını ayarlar.					
21. Konuşurken, konuşmada yer alan duygu ve düşüncelerin anlamına ışık tutan vurgulamalar yapar.					
22. Konuşurken içinde bulunduğu ortama göre ses tonunu ayarlar.					
İLİŞKİYİ BAŞLATMA BECERİLERİ					
23. İlk tanıştığı kişilere kendisini tanıtır.					
24. Tanıdığı kişileri başkalarına tanıtır.					
25. Tanıştığı kişilerle karşılığınca gülümser.					
26. Tanıştığı kişilerle karşılığınca selam verir (sözlü ya da başıyla)					
27. Kendisinden farklı olan insanları da kabul eder.					
İLİŞKİYİ SÜRDÜRME BECERİLERİ					
28. Gereksinim duyduğunda başkalarından yardım ister.					
29. Yardıma gereksinimi olan kişiler yardım istemeden onlara yardım teklif eder.					
30. Gereksinim duyduğunda izin ister.					
31. Kendisine yardım edildiğinde teşekkür eder.					
32. Birisine zarar verince özür diler.					
33. Bir şey istediğinde lütfen sözcüğünü kullanır.					
GRUPLA İŞ YAPMA BECERİLERİ					
34. Bir gruba katılmak için grup üyelerinden izin ister.					
35. Grup faaliyetlerine katılır.					
36. Grupta iş bölümüne uyar.					
37. Grupta sorumluluğunu yerine getirir.					
38. Sınıf arkadaşlarına oyun oynamayı teklif eder.					
39. Oynanmakta olan oyuna katılmayı teklif eder.					
40. Arkadaşlarına yeni oyunlar oynamayı teklif eder.					
DUYGUSAL BECERİLER					
41. Başkaları ile ilgili olumsuz duygularını ifade eder.					
42. Başkaları ile ilgili olumlu duygularını ifade eder.					
43. Başkalarının kendisine karşı neler hissettiğini ifade eder.					
44. Gerektiğinde kendisi ile ilgili olumlu ifadeler kullanır.					
45. Arkadaşları bir iş başardığında onlara övücü sözler söyler.					
46. Başkalarından farklı olan düşüncelerini söyler.					
KENDİNİ KONTROL ETME BECERİLERİ					
47. Karşısındakinin duygu durumuna göre uygun tepki verir.					
48. Aşırı sevinç, üzüntü, öfke, korku gibi duygularını uygun şekilde ifade eder.					
49. Öfkesini başkalarına zarar vermeden ortaya koyar.					
50. Başkalarını rahatsız etmekten kaçınır.					

51. Başkası ile arasında olan farklılıkları konuşarak çözer.					
52. Başkalarıyla olan problemleri kavga etmeden çözer.					
SALDIRGAN DAVRANIŞLARLA BAŞA ÇIKMA BECERİLERİ					
53. Kendisinden istemediği bir şeyi yapması istendiğinde hayır der.					
54. Kendisine yapılmasını istemediği bir davranış olduğunda karşısındakine söyler.					
55. Suçlamalar karşısında kendini savunur.					
56. Kendisiyle alay edildiğinde duymazlıktan gelir.					
SONUÇLARI KABUL ETME BECERİLERİ					
57. Kurallara uymadığında ortaya çıkan sonuçları kabul eder.					
58. Başarısız olduğunda bu durumu sakince karşılar.					
59. Uygun olmayan davranışlar sergilediğinde ortaya çıkan sonuçları kabul eder.					
YÖNERGE VERME BECERİLERİ					
60. Gerekğinde soru sorar.					
61. Kendine soru sorulduğunda cevap verir.					
62. Gerekğinde başkalarına sözel komut verir.					
63. Gerekğinde başkalarına verilen sözel yönergelere uyar (Söyleneni yapar).					
BİLİŞSEL BECERİLERİ					
64. İçinde bulunduğu sosyal ortama uygun davranışlar gösterir.					
65. Kendi yaptıklarını objektif olarak gözden geçirerek değerlendirir.					
66. Kendi kendine herhangi bir konu ile ilgili araştırma yapıp onun hakkında bilgi edinir.					
67. Başkalarını ikna edinceye kadar haklı olduğu bir konuyu savunur.					
68. Bir problemin çözümü için alternatifler üretir.					
69. Bir problemi çözer.					

TEŞEKKÜRLER.