

T.C.  
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ

**ÖZGÜL ÖĞRENME BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUK VE  
ERGENLERDE PSİKOSOSYAL ZORLUKLARIN VE  
İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Nazlı Ece KARZAN**

**Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı  
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**ESKİŞEHİR**

**2020**



**T.C.  
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ**

**ÖZGÜL ÖĞRENME BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUK VE  
ERGENLERDE PSİKOSOSYAL ZORLUKLARIN VE  
İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Nazlı Ece KARZAN**

**Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŐMANI**

**Doç. Dr. Damla EYÜBOĞLU**

**ESKİŞEHİR**

**2020**

**TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI**

TC

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI'NA

Dr. Nazlı Ece KARZAN'a ait "Özgül Öğrenme Bozukluğu Olan Çocuk ve Ergenlerde Psikososyal Zorlukların ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi" adlı çalışma, jürimiz tarafından Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda Tıpta Uzmanlık Tezi olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.

Tarih:...../...../.....

Doç Dr. Saniye Tülin FİDAN

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D

Doç. Dr. Damla EYÜBOĞLU

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D

Dr. Öğr. Üyesi Şafak ERAY

Bursa Uludağ Üniversitesi

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Fakülte Kurulu'nun  
...../...../..... tarih ve ..... Sayılı Kararıyla onaylanmıştır.

Prof. Dr. İ. Özkan ALATAŞ

Dekan

## TEŞEKKÜR

Tezin her aşamasında bana anlayışla ve sabırla yol gösteren, desteğini ve yardımını her zaman hissettiren, uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve tecrübeleriyle önümü açan, tez danışmanım sevgili hocam Doç.Dr. Damla EYÜBOĞLU'na, uzmanlık eğitimime başladığım ilk günden itibaren bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, yetişmemde büyük emeği geçen, iyi niyeti ve anlayışı ile her zaman desteğini hissettiğim değerli hocam Anabilim Dalı Başkanımız Doç. Dr. Saniye Tülin FİDAN'a, yapıcı ve olumlu eleştirileriyle beni yönlendirerek daha iyi bir çocuk psikiyatristi olabilmem için daha çok okumaya, öğrenmeye teşvik eden, öğreten değerli hocam Doç. Dr. Murat EYÜBOĞLU'na, birlikte çalışma fırsatı bulduğum tüm asistan arkadaşlarıma, beni özenle yetiştirip bugünlere getiren, desteklerini ve sevgilerini her zaman hissettiğim, emeklerini asla ödeyemeyeceğim sevgili annem Sevgi ÜNAL ve babam Ali Galip ÜNAL'a, tez dönemim boyunca sabır ve desteği ile yanımda olan, en zorlandığım zamanlarda beni motive eden eşim Özgün KARZAN'a teşekkür ederim.

## ÖZET

**Karzan, N. E. Özgül Öğrenme Bozukluğu Olan Çocuk ve Ergenlerde Psikososyal Zorlukların ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir, 2020.** Özgül öğrenme bozukluğu (ÖÖB), bilişsel anormalliklere davranışsal bulguların eşlik ettiği, beyin bilişsel süreçlerinin ve etkilendiği, oldukça sık görülen, çocuğun öz kavramını, gelecekteki sosyal yaşantısını ve akademik başarısını olumsuz etkileyen nörogelişimsel bir bozukluktur. ÖÖB tanısı olan olgularda psikososyal zorluklar ve ilişkili faktörlerin incelenmesini amaçlayan çalışmamızda, polikliniğimize başvuran 134 sağlıklı gönüllü ve ÖÖB tanılı çocuk ve ergen katılımcı ve ebeveynlerinin demografik verileri, eşlik eden psikiyatrik tanıları, Piers Harris Çocuklar için Öz Kavram ölçeği, Çocuk Yetiştirme Tutumları Ölçeği, Çocuk ve Ergenler için Sosyal Destek Değerlendirme Ölçeği, Anne Babalık Stilleri ve Boyutları Ölçeği, ebeveynlerin Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği'nden edinilen ve bunların kontrol grubu ile karşılaştırılmasından elde edilen bulgulara yer verilmiştir. Çalışmamızda ÖÖB'ye %88,3 oranında diğer bir psikiyatrik hastalığın eşlik ettiği, en sık ise dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu eşlik ettiği belirlendi. Katılımcılar öz kavramı açısından değerlendirildiğinde, olgu grubunda öz kavramı ölçeğinden elde edilen toplam puan  $50,57 \pm 13,65$  ve kontrol grubundan anlamlı derecede düşük ( $60,76 \pm 9,47$ ), ( $p < 0,001$ ) olarak bulundu. Ebeveyn ilgi ve sevgi gösteriminin artmasının öz kavramı ve mutluluk üzerinde olumlu etkisi bulunduğu saptandı. Çocukta algılanan öz kavramı, ebeveyn anksiyete ve depresyon düzeyi ile de ilişkili bulundu. Arkadaş desteği arttıkça, çocukta algılanan benlik kavramının da arttığı belirlendi. Ebeveyn stilleri açısından katılımcı gruplar arasında anlamlı fark bulunmazken, olumlu ebeveynlik stili olan yetkin stil ile çocuğun algıladığı sevginin ve fiziksel mutluluk ve doyumun arttığı saptandı. Ebeveyn anksiyetesi ise olumlu ebeveynlik stili olan yetkin ebeveyn stili ile ters, olumsuz ebeveyn stili olan otoriter ebeveynlik stili ile doğru orantılı bulundu. Sonuç olarak ÖÖB'nin erken tanınması ve uygun desteğin zamanında verilmesi, olumlu ebeveynlik stilleri üzerine yapılacak çalışmalar ile bu olguların öz kavramının, akademik ve sosyal işlevlerinin olumlu yönde değişeceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: ÖÖB, Özgül öğrenme bozukluğu, Anne Babalık Stilleri, Öz Kavramı



## ABSTRACT

**Karzan, N. E. Evaluation of Psychosocial Difficulties and Related Factors in Children and Adolescents with Specific Learning Disorders. Eskişehir Osmangazi University Faculty of Medicine, Department of Child and Adolescent Mental Health and Diseases, Medical Specialty Thesis, Eskişehir, 2020.** Specific learning disorder (SLD) is a common neurodevelopmental disorder in which cognitive abnormalities are accompanied by behavioral symptoms, brain cognitive processes and perception ability are affected. This situation negatively affects the child's self-concept, future social life and academic success. In our study, which aimed to examine psychosocial difficulties and related factors in cases with SLD diagnosis, demographic data, accompanying psychiatric diagnoses of 134 healthy volunteers and children and adolescent participants with SLD diagnosis and their parents, Piers-Harris Children's Self-Concept Scale, Child Rearing Attitudes Scale, and Social Support Assessment Scale for Adolescents, Parenting Styles and Dimensions Scale, the data obtained from the Hospital Anxiety and Depression Scale of the parents, and the results obtained by comparing them with the control group. In our study, it was determined that another psychiatric disorder accompanied SLD with a rate of 88.3%, and attention deficit and hyperactivity disorder was the most common. When the participants were evaluated in terms of self-concept, the total score obtained from the self-concept scale in the case group was found to be  $50.57 \pm 13.65$  and significantly lower ( $60.76 \pm 9.47$ ) than the control group ( $p < 0.001$ ). It was found that increased parental interest and affection had a positive effect on self-concept and happiness. Self-concept in the child was also found to be associated with parental anxiety and depression levels. It was determined that as peer support increased, the self-concept of the child also increased. While there was no significant difference between the groups in terms of parental styles, it was found that the child's affection, physical happiness and satisfaction increased with the competent style, which is a positive parental style. Parental anxiety was found to be inversely proportional to competent style, which is a positive parenting style, and directly proportional to authoritarian style, which is a negative parental style. As a result, it is thought that with the early recognition of SLD and the timely provision of appropriate support, studies on positive parenting styles, the core concept, academic and social functions of these cases will change positively.

**Key Words:** SLD, Specific learning disorder, Parenting Styles, Self-Concept



**İÇİNDEKİLER**

	Sayfa
TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
TABLOLAR DİZİNİ	xi
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1 Özgül Öğrenme Bozukluğu	3
2.1.1 Tanım	3
2.1.2 Tarihçe	3
2.1.3 DSM 5 ve Özgül Öğrenme Bozukluğu	5
2.1.4 Epidemiyoloji	8
2.1.5 Etiyoloji	9
2.1.6 Klinik	11
2.1.7 Özgül Öğrenme Bozukluğunda Eş Psikiyatrik Tanılar	13
2.1.8 Prognoz ve Tedavi	14
2.2 Öz Kavramı	15
2.3 Ebeveyn Tutumları	18
2.4 Sosyal Destek Kavramı	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM	21
3.1 Örneklem Seçimi	21
3.2 Gereç ve Yöntemler	21
3.2.1 Sosyodemografik Bilgi Formu	22
3.2.2 Piers-Harris Çocuklar İçin Öz Kavramı Ölçeği	22
3.2.3 Çocuk Yetiştirme Tutumları Ölçeği	23

3.2.4 Çocuk ve Ergenler İçin Sosyal Destek Değerlendirme Ölçeği	24
3.2.5 Anne-Babalık Stilleri ve Boyutları Ölçeği	25
3.2.6 Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği	26
3.2.7 Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu-Türkçe Versiyon (ÇGDS-ŞY-T) (K-SADS	26
4. BULGULAR	28
5. TARTIŞMA	51
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	64
KAYNAKLAR	65

**SİMGELER VE KISALTMALAR**

ABSÖ	Anne Babalık Stilleri ve Boyutları Ölçeği
APA	Amerikan Psikiyatri Birliği
Ç-SDDÖ	Çocuklar İçin Sosyal Destek Değerlendirme Ölçeği
ÇGDSŞ-ŞY-T	Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu- Türkçe Versiyon
ÇYTÖ	Çocuk Yetiştirme Tutumları Ölçeği
DEHB	Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
DNAH5	Aksonemal Ağır Zincir Dinein Tip 5
DSM	Diagnostic and Statical Manual Of Mental Disorders
DSM-III-R	Diagnostic And Statical Manual Of Mental Disorders III Revised Edition
GRIK1	Glutamat İyonotropik Kainat Reseptör 1
HADÖ	Hastane Anksiyete Ve Depresyon Ölçeği
K-SADS	Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu
MDB	Majör Depresif Bozukluk
MMP7	Matriks Metalloproteinaz 7
ÖÖB	Özgöl Öğrenme Bozukluğu
SDÖ	Sosyal Destek Ölçeği
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SVD	Spontan Vajinal Doğum

## ŞEKİLLER

	Sayfa
4.1 Çalışmamızdaki Katılımcıların Cinsiyetlere Göre Dağılımı	28

## TABLOLAR

		Sayfa
4.1	Katılımcıların Ebeveynlerine İlişkin Demografik Veriler	29
4.2	Çalışmamızdaki Vakaların Öğrenim Gördükleri Sınıflara Göre Dağılımı	30
4.3	Çalışmamızdaki Katılımcıların Okul Başarısı Açısından Dağılımı	31
4.4	Katılımcıların Anne Eğitim Durumları	32
4.5	Katılımcıların Babalarının Eğitim Durumları	32
4.6	Katılımcıların Okul Öncesi Eğitim Alma Durumları	33
4.7	Katılımcıların Okul Öncesi Eğitimde Sorun Yaşama Durumları	33
4.8	Öğrenim Hayatında Okul/Öğretmen Değişikliği Yaşamış Olma	34
4.9	Katılımcıların Anne Baba Birliktelik Durumları	34
4.10	Katılımcıların Annelerinin Çalışma Durumları	35
4.11	Katılımcıların Babalarının Çalışma Durumları	35
4.12	Katılımcıların Ailelerinde Tanı Konulmuş Psikiyatrik Bozukluğa Sahip Olma Durumu	36
4.13	Hamilelikte Yaşanan Sorunlar	37
4.14	Çalışmamızdaki Grupların Doğum ve Doğum Sonrası Özellikleri	38
4.15	Katılımcıların Okuma Yazmada Gecikme Yaşama Durumları	39
4.16	Olgu Grubundaki Katılımcıların Özel Eğitim Alma Durumları	39
4.17	Olgu Grubundaki Katılımcıların Psikiyatrik Eş Tanıları	40
4.18	Piers Harris Çocuklar İçin Öz Kavramı Ölçeği	41
4.19	Sosyal Destek Değerlendirme Ölçeği – Alt Ölçek Puanları	42
4.20	Çocuk Yetiştirme Tutumları Ölçeği – Alt Ölçek Puanları	42
4.21	Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği – Alt Ölçek Puanları	43
4.22	Anne Babalık Stilleri ve Boyutları Ölçeği – Alt Ölçek Puanları	43
4.23	Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ve Demografik Veriler	44
4.24	SDÖ ve Diğer Ölçeklerden Elde Edilen Puanlar ile Korelasyonu	45
4.25	ÇYTÖ ve Diğer Ölçeklerden Elde Edilen Puanlar ile Korelasyonu	47
4.26	HAD Ölçeğinin Diğer Ölçekler ile Korelasyonu	49

4.27	ABSÖ ve Diğer Ölçeklerden Elde Edilen Puanlar ile Korelasyonu	50
------	---	----

## 1. GİRİŞ

Özgül öğrenme bozukluğu (ÖÖB), Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- DSM5) tanımına göre, kişilerin takvim yaşı, mental düzeyi ve eğitim durumu dikkate alındığında, okuma yetisi, yazılı anlatım ve matematiksel işlev seviyelerinde beklenen akademik becerinin altında olması veya işlevsellikte belirgin etkilenme ile kendini gösteren, nörogelişimsel bir bozukluk olarak tanımlanmıştır. Yine DSM 5 verilerine göre, ÖÖB sıklığı okul çağı çocuklarında %5-15 arasında, erişkin dönemde ise %4 olarak bildirilmiştir (1). Epidemiyolojik çalışmalara ait verilerde ise, ÖÖB prevalansı okul performansı ve öğrenme bozukluğuna ilişkin farklı metotlar dolayısı ile %1 ile %20 arasında değişen oranlarda bulunmuştur (2). ÖÖB özellikle okul çağı çocuklarında akademik başarısızlık ve sınıf tekrarının önemli nedenlerinden birisidir. Eğer tanı gecikir ve gerekli destekler sağlanmaz ise, ergenlik dönemine gelindiğinde okulu terk etme, çeşitli riskli davranışlar sergileme ve erişkin çağda mesleki başarıda da düşüklüğe yol açabilir. Bu anlamda ÖÖB hem çocuklar ve ebeveynleri hem de toplum açısından oldukça önemli bir klinik problem haline gelmiştir (3). Yalnızca akademik anlamda değil sosyal alanda da çeşitli güçlüklerle neden olarak hem çocuğun hem de ebeveynlerin yaşam kalitesini düşürmektedir (4).

ÖÖB'nin etiyolojisi henüz net olarak bilinmemekle birlikte, genetik, çevresel, biyolojik temellere dayandığı düşünülen bir nörogelişimsel bozukluk olarak tanımlanabilir (5). Yapılan çalışmalarda, ikiz ve aile üyelerinde benzer tanımlar olanlar ele alınmış, etiyolojide genetik faktörlerin rolünün oldukça önemli olabileceğini göstermiştir (6). ÖÖB li çocuklarda, komorbiditeye ilişkin veriler incelendiğinde, diğer psikiyatrik hastalıklarla birliktelik gösterme durumunun oldukça sık olduğu görülmüştür (7). Özellikle dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), davranım bozukluğu, anksiyete bozukluğu, major depresif bozukluk gibi tanıların ÖÖB ye eşlik etmesi halinde akademik başarı daha da düşecektir. Bu da tanı ve tedavide bütüncül yaklaşımı gerekli kılmaktadır (8). ÖÖB en sık olarak okuma bozukluğu olarak karşımıza çıkmakla birlikte, yapılan bir çalışmada bu oranın %75-80 olduğu belirtilmiştir (9).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada, ÖÖB tanısı olan olguların %72,7'sinde eşlik eden başka bir psikiyatrik tanı olduğu saptanmıştır (10). DEHB eşlik eden olgularda psikopatoloji daha yoğun seyretmekte, depresyon sıklığı artmakta, bu olgular intihar bakımından da riskli grubu oluşturmaktadırlar (11, 12). Bir diğer çalışmada, ÖÖB olgularında yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal fobi gibi anksiyete tanılarının da artmış olduğu bildirilmektedir (13). Tüm bu sorunlar ve eşlik eden psikiyatrik bozuklukların bir sonucu olarak, düşük benlik saygısı, sosyal beceri sorunları, umutsuzluk, okul başarısında düşüklük, sosyal uyum zorlukları gibi olumsuzluklar meydana gelmektedir.

ÖÖB olgularında eşlik eden tanı oranının yüksek olduğunu gösteren gerek ülkemizde gerekse tüm dünyada çalışmalar bulunmaktadır. Bununla birlikte hem ÖÖB'nin hem de eşlik eden psikiyatrik bozukluğun seyrini belirleyebilecek benlik saygısı ve ebeveyn tutumlarını belirlemeye yönelik çalışmalar ise oldukça kısıtlı ve az sayıdadır. Çalışmamızda, polikliniğimize başvuran ÖÖB tanılı çocuk ve ergen yaş grubu olguların eşlik eden psikiyatrik tanılarının, benlik kavramlarının, ebeveyn tutumlarının ve ebeveyn ruhsal iyilik hallerinin araştırılması amaçlanmıştır.



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1 Özgül Öğrenme Bozukluğu

#### 2.1.1 Tanım

Özgül öğrenme bozukluğu, kişilerin kronolojik yaşları, aldıkları eğitim ve zeka düzeyleri göz önünde bulundurulduğunda, yazılı anlatım, matematik ve okuma yetilerinde olması beklenen düzeyden daha alt düzeyde başarı göstermesi olarak tanımlanan bir nörogelişimsel bozukluktur (1). ÖÖB terimine alternatif olarak özel öğrenme güçlüğü, özgül öğrenme güçlüğü, okuma bozukluğu için disleksi, yazma bozukluğu için disgrafi, matematiksel işlevler ve hesaplamalardaki bozukluklar için diskalkuli gibi terminolojiler kullanılabilir. Birlikte, en yaygın ve kabul gören terim DSM 5'e göre de tanımlandığı şekliyle özgül öğrenme bozukluğu olmuştur (1).

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA)'ya göre ÖÖB'de ortaya çıkan akademik başarı düşüklüğü ve öğrenme zorluğunun, uygun müdahalelere rağmen en azından altı aydır mevcut olması, matematik işlevleri, yazma veya okuma becerilerinden en az birinde belirtilerin olması, okul çağında farkedilmesi ve kişilerin kronolojik yaşlarına göre önemli derecede anlamlı düşük akademik beceri göstermesine neden olmakla birlikte, tüm bu durumların başkaca bir bozuklukla veya organik bir nedenle açıklanamaması olarak belirtilmiştir (1).

#### 2.1.2 Tarihçe

Özgül öğrenme bozukluğu, ilk olarak 19. Yüzyılın ikinci yarısında Alman araştırmacı Rudolf Berlin tarafından nörolojik kökenleri olan, beyin hasarı sonrası gelişen ve okuma güçlüğü yapan bir hastalık olarak 1872'de tanımlanmıştır (14). Yine 1872 yılında Broadbent tarafından zihinsel kapasitesi normal olan bir erişkinin beyin hasarı sonrası konuşma ve yazma bozukluğu geliştirdiğini saptamıştır (15). 1877 yılına gelindiğinde, Adolph Kussmaul, görme ve konuşması normal olan ancak buna rağmen okuma güçlüğü olan kişiler için kelime körlüğü terimi kullanmıştır (16). Disleksi terimi ise ilk kez 1887 yılında Alman Oftalmolog Rudolf Berlin tarafından erişkin yaş grubundaki okuma bozukluklarını tanımlamada kullanılmıştır (17). Dejerine ve ark, 1892 yılında akut sol occipito-temporal infarkt sonrası okuma

becerisi kaybolan ancak yazma becerisinde bozulma olmayan bir yetişkin vaka bildirmişlerdir (18). Çocuk yaş grubunda ilk vaka bildirimini ise 1896'da Hinshelwood ve Morgan tarafından konjenital disleksi olgusu olarak tanımlanmıştır. Bu olgu 14 yaşında bir erkek olup, herhangi bir beyin hastalığı olmayan, zeka kapasitesi normal bir çocuk olmakla birlikte, sorunun konjenital olarak beynin görsel bilgiyi sözel sunuma çeviren sol gyrus angularis bölgesinin kusurlu gelişiminden kaynaklandığı düşünülmüştür. Bu olgu matematik işlemlerini kolaylıkla yapabilmesine karşın zihinde kelimeleri tutamamakta, yazma güçlüğü de çekmekte olan bir olgu idi (19). Özgül öğrenme bozukluğu konusunda katkı sağlayan bir diğer araştırmacı da Amerikalı nörolog Samuel Orton'dur. Orton 1925 yılında yayımlanan gözlemlerinde okuma bozukluğu olan çocuk olgularda çoğunlukla harf, hece ve kelimelerin sağdan sola doğru okunduğunu belirtmiş (örneğin -b yerine -d okuma gibi), bunu da serebral lateralizasyon ile ilintili bir durum olarak açıklamış, bir görsel algı problemi olduğunu savunmuştur. Bu durumu da, hemisferlerin arasındaki tersliğe vurgu yapmak amacıyla bükülme, dönem anlamlarına gelen '*strephe*' ve sembol manasında '*symbolon*' kelimelerinin birleşimi ile meydana gelen '*strophosymbolia* fenomeni' olarak tanımlamıştır (16). Orton ayrıca yazılı bir metnin okunmasında harflerin tanımlanmasının dominant beyin hemisferince, ayna görüntüsünün ise dominant olmayan beyin hemisferinde tanımlandığını belirtmiştir (14). 1941 yılına gelindiğinde ise, gelişen öğrenme güçlüğü'nün beyin hasarından dolayı oluşan bir bozukluk olduğu kanısına varılmıştır (20). Öğrenme güçlüğü tanımı ise ilk kez 1962 yılında Samuel Kirk tarafından okuma, yazma, konuşma, dil becerileri, aritmetik işlem kabiliyeti ve akademik becerilerden en az birinde görülen gelişme geriliği olarak tanımlanmıştır (21). Bateman ve arkadaşları, 1965'te öğrenme güçlüğüne her zaman santral sinir sistemi bozukluğu eşlik etmeyebileceğini, eğitim yetersizliğinin veya hastalığın neden olmadığı durumda da öğrenme zorluğu görülebileceğini belirtmiştir (22). 1966'da ise Clements ve arkadaşları tarafından 'Minimal Beyin Disfonksiyonu' terimi ortaya atılmıştır (23). 1990 Yılında, Ulusal Öğrenme Güçlüğü Birleşik Komitesi'nin yayınladığı tanıma göre öğrenme güçlüğü, konuşma, okuma, yazma, hesaplama, dinleme, akıl yürütme yetilerinin edinilmesi ve kullanımında ciddi güçlükler ile ortaya çıkan bir bozukluk olmakla birlikte, bu durumun merkezi

sinir sistemi işlev bozukluğuna bağlı ortaya çıktığı ve tüm hayat boyunca devam ettiği belirtilmiştir (24).

### 2.1.3 DSM 5 ve Özgül Öğrenme Bozukluğu

DSM-III'te öğrenme ile ilişkili bozukluklar özgün gelişimsel bozukluklar olarak gruplanmış, alt grupları ise gelişimsel okuma bozukluğu, gelişimsel artikülasyon bozukluğu, gelişimsel dil bozukluğu, gelişimsel matematik bozukluğu ve mikst gelişimsel bozukluk olarak ayrılmıştır (25).

DSM-III-R'de öğrenme bozukluğu durumları ikinci eksen bozuklukları içinde yer almış, özgün gelişimsel bozukluklar olarak kategorize edilmiş, akademik beceri bozuklukları olarak adlandırılmıştır. Ayrıca DSM-III-R'de üç alt grup gelişimsel okuma bozukluğu, gelişimsel yazıyla anlatım bozukluğu, gelişimsel matematik becerileri bozuklukları olarak tanımlanmıştır. Bunlardan dışlama kriteri olarak da işitsel, görsel ve nörolojik sorunların varlığı belirtilmiştir (26).

1994'te DSM-IV ve 2000 yılında DSM-IV-TR'de ÖÖB birinci eksen tanıları içinde yer bulmuş olmasına karşın gelişimsel kavramı yer almamıştır. İlk kez DSM-IV'te öğrenme bozukluğu tanısının mental retardasyon, duyu kusuru veya gelişme geriliği olan çocuklara da konulabileceği belirtilmiştir. Ayrıca akademik başarı düzeyinde, mental kapasitesi ve eşlik eden duysal kusuru ile uyumsuz ölçüde düşüklük saptanması halinde ek tanıları da konulabilmesi mümkün görülmüştür (27).

2013 yılına gelindiğinde DSM-5 yayımlanmış ve ÖÖB, nörogelişimsel bozukluklar sınıfına dâhil edilmiştir. Ayrıca okuma, yazılı anlatım ve matematik bozukluğu olarak ayrılan üç alt başlık tek başlıkta toplanmıştır. İşlevsellikteki etkilenme durumuna göre ÖÖB ağır, orta ve hafif olmak üzere üç şekilde gruplanmıştır. Diskalkuli ve disleksi ise alternatif tanımlar olarak belirtilmiştir (28).

Disleksi tanımı doğru ve akıcı şekilde kelime tanıyabilme, harf ve sözcükleri seslendirebilme, işitilen sesleri yazıya dökmede zorluğu tanımlamak için belirtilmiş olmakla birlikte, okuduğunu anlama güçlüğü bu kavramı karşılamamaktadır. Diskalkuli ise aritmetik işlemler, sayısal işlemler ile doğru şekilde hesaplamada

zorluklara karşılık gelen bir kavram olup, matematiksel akıl yürütme zorluğunu karşılamamaktadır (28).

### **DSM-5 Sınıflamasına Göre Özgül Öğrenme Bozukluğu Tanı Kriterleri**

Özgül Öğrenme Bozukluğu tanısı koyabilmek için dört ana tanı ölçütü vardır. Bu ölçütler, kişinin gelişimsel, aile, sağlık, eğitim gibi kişisel öyküsü, okuldan elde edilen bilgileri, eğitsel ve ruhsal değerlendirme verilerinin birleştirilmesinden meydana gelmektedir.

A.Gerekli girişimlerde bulunulmuş olmasına karşın en az altı aydır devam eden aşağıdaki belirtilerden en az birisinin varlığı ile belirli eğitsel becerileri öğrenme ve kullanma güçlükleri:

- 1.Kelimeleri yanlış veya yavaş ve çaba göstererek okuma (Sözcükleri seslendirirken zorlanma, yavaş veya duraksayarak okuma)
- 2.Okuduğunu anlamada güçlük (Düz bir metni okuyabilmek ancak ilişkileri, sırayı, anlamada ve anlam çıkarmada zorluk)
- 3.Kelimelerin harflerini söyleme ve yazma güçlükleri (ünlü - ünsüz harfleri ekleyip çıkarmak veya yerlerini değiştirmek)
- 4.Yazılı anlatım güçlükleri (cümle içinde birden çok dil bilgisi veya noktalama hatası yapmak, yazılı anlatımda net olmayan ifadelerde bulunmak, paragraf düzenlemede hatalar yapmak)
- 5.Sayı ve rakamları, rakamlarla ilgili hesaplama ve kavrama güçlükleri (sayıları, büyüklük ilişkilerini anlamda zorluk, yaşıtları ile uyumsuz olarak işlemlerde parmak hesabı yapmak, sayısal hesaplamalarda işlemleri değiştirmek)
- 6.Sayısal akıl yürütme güçlükleri (ör. Nicel sorunları çözmede matematiksel kavramları, işlemleri uygulama zorluğu)

B.Eğitsel becerilerin, standart ölçüm ve kapsamlı klinik değerlendirme ile doğrulandığı üzere, takvim yaşına göre beklenenin önemli ölçüde ve ölçülebilir düzeyde altında olması ve okul-iş başarısını veya günlük yaşamı önemli ölçüde

etkilemesidir. 17 yaş ve üzeri kişilerde geçerli olan değerlendirmeler yerine, işlevsellikte bozulmaya neden olan, belgeli öğrenme bozuklukları öyküsü de kullanılabilir.

C.Öğrenmede güçlük okul çağında başlamakla birlikte, okul becerileriyle ilgili gereksinimler kişinin sınırlı olan yeteneklerini aşmadıkça, bulgu vermeyebilir (zaman sınırlaması olan sınavlar, kısıtlı bir zamanda uzun ve karışık işlemler yapma, okulda aşırı yüklenme)

D.Öğrenme güçlükleri, anlık entelektüel yeti kayıpları, düzeltilmemiş duyma veya görme keskinliği, ruhsal ve sinirsel bozukluklar, psikososyal olumsuzluklar, eğitsel yönergelerde kullanılan dili bilememe durumu veya eğitsel yönergelerin yetersizliği ile daha iyi açıklanamaz.

Tüm bu tanı ölçütleri karşılandıktan sonra, okul ile ilişkili tüm alt alanlar ve alt beceriler de tanımlanır. Birden çok alanda bozukluk olması halinde, her birisi aşağıda yer alan belirleyicilere göre kodlanmalıdır;

### **Okuma Bozukluğu ile Giden**

Sözcük okuma doğruluğu

Okuma hızı ve akıcılığı

Okuduğunu anlayabilme

### **Yazılı Anlatım Bozukluğu ile Giden**

Harfleri söyleme/ yazma doğruluğu

Dil bilgisi ve noktalama işaretleri doğruluğu

Yazılı anlatımda açıklık/ düzenlilik

### **Sayısal (Matematik) Bozukluk ile Giden**

Sayı Algısı

Aritmetik gerçeklerin ezberlenmesi

Doğru ve akıcı hesaplayabilme

Doğru sayısal akıl yürütme

### **Şiddeti Bakımından Sınıflandırılması**

Hafif ÖÖB: Bir veya iki eğitsel öğrenme becerisinde güçlükler mevcut olabilir ancak özellikle okul çağına gelindiğinde uygun desteklerle ve düzenlemelerle zorlukların üstesinden gelebilir ve işlevselliğini koruyabilir.

Orta ÖÖB: Bir ya da iki eğitsel alanda öğrenme yetisindeki güçlüklerle bağlı özel eğitim almadan yeterlilik gösterme olasılığı oldukça düşüktür. Okul, ev veya iş yerinde günün en azından belirli bir bölümünde bazı düzenlemeler ve destekler aktivitelerini etkili ve doğru şekilde tamamlayabilmesi için gereklidir.

Ağır ÖÖB: Öğrenme yetilerinde pek çok eğitsel alanı etkileyen ağır zorluklar mevcuttur, okul yılları boyunca yoğun bir özel eğitim süreci almadan bu becerileri öğrenme olasılığı çok düşüktür. Uygun destek ve düzenlemeler ile bile tüm aktiviteleri tam olarak yerine getiremeyebilir.

### **2.1.4 Epidemiyoloji**

Özgül öğrenme bozukluğunda gelen kabul gören tanı kriterlerinin halen olmaması ve tanı koyan kişiye göre farklılıklar göstermesi nedeniyle gerçek anlamda sıklığını ve yaygınlığını bilebilmek mümkün değildir (4). DSM-5'e göre ise yazma, okuma ve matematiksel alanları kapsayan ÖÖB'nin prevalansı okul çağındaki çocuklarda %5-15, okuma bozukluğu %4-9, matematik bozukluğu ise %3-7 olarak saptanmıştır (1). Yapılan çeşitli çalışmalarda, ÖÖB prevalansı, seçilen örneklem büyüklüğüne ve çalışmaya dâhil edilme kriterlerine bağlı olarak %5 ile %17 arasında değişmekte ve çocukluk yaş grubunu etkileyen en sık nörodavranışsal bozukluk olma potansiyeli taşımaktadır (29). Yine DSM-5'e göre erişkin dönemdeki ÖÖB sıklığı ise %4 olarak bildirilmiştir (1). Ülkemizdeki çalışmalara bakıldığında, 2-4. Sınıf öğrencilerini ele alan bir çalışmada ÖÖB sıklığı %13,6 (erkeklerde %17, kızlarda %10,4 olarak belirtilmiş), okuma bozukluğu %3,6, yazılı anlatım bozukluğu %6,9, matematiksel işlem bozukluğu ise %6,5 olarak saptanmıştır (30). İlköğretim çağındaki olguların ele alındığı bir başka çalışmada ise, öğrenme bozukluğu sıklığı

irdelendiğinde okuma bozukluğu %18,8, yazma bozukluğu %18, matematiksel işlem bozukluğu %24,1 olarak saptanmıştır (31).

Cinsiyet açısından ÖÖB olguları değerlendirildiğinde, Erkek/Kız Oranı 2/1-3/1 gibi değişen oranlarda bildirilmekte olup, okuma ve yazılı anlatım bozukluklarının erkeklerde, matematik bozukluğu ile giden formun ise kızlarda daha sık görüldüğünü bildiren çalışmalar olsa da, matematik bozukluğunda cinsiyet farkı olmadığını belirten çalışmalar da mevcuttur (32 – 38).

### **2.1.5 Etiyoloji**

Günümüzde ÖÖB nedenleri kesin ve net olarak açıklanabilmiş olmasa da, çevresel, genetik ve biyolojik birçok faktörün etkileşimi ile ortaya çıktığı düşünülmektedir. Temelde ÖÖB'nin, öğrenme sürecindeki giriş, işlem, depolama, çıkış süreçlerinden herhangi birisinde meydana gelebilecek bir sorunda meydana geldiği düşünülmektedir (39).

### **Kuramlar**

Bir kelimedeki ses birimlerini ve heceleri tanıyabilme, sentezleyebilme gibi yapılarını değiştirebilme becerisine, fonolojik farkındalık denir. Okuma ve yazma öğrenilmesinde harf ve seslerin birbirleri ile uyumlu olması gerekli olduğundan, disleksiye temel kaybın fonolojik işleme ile ilgili olduğu saptanmıştır (40). 2012 yılında yapılan bir çalışmada, disleksi için en iyi belirleyicinin fonolojik farkındalık olduğu belirtilmiştir (41).

Seslerin depolanması ve tekrarlanması süreci ise, sözel çalışma belleğinde gerçekleşir. 2011'de yapılan, sözel çalışma belleğinin okuma ile ilişkisinin incelendiği bir çalışmada, okuma bozukluğu saptanan ve saptanmayan vakalar karşılaştırılmış ve dislektik olguların yalnız fonolojik olarak değil, görsel, nesnel ve mekânsal belleklerde de daha düşük puanlar elde ettikleri belirlenmiştir (42). Okuma-anlama ve yazıya dökme işlevlerinde de bilginin akılda tutulması gerektiğinden, sözel çalışma belleği yine önemli rol oynar (43).

Ramus tarafından 2003 yılında yapılan çalışmada belirtildiğine göre, işitsel ve fonolojik işlemler gözden geçirilmiş ve disleksisi olan bireylerde bu iki işleme

yetisindeki bozulmanın ayrı ayrı da çıkabileceklerini belirtmiştir. Ayrıca işitme azlığına bağlı fonolojik yetilerin etkilenmesi ile de okuryazarlık etkilenebilmektedir. Temporal, spektral veya spektrot temporal alanlarda bozulma ile de okuma bozukluğu gelişebileceği belirtilmiştir (44).

Özgül öğrenme bozukluğu etiolojisinde rol oynayan pek çok genetik çeşitlilik belirlenmiş olmakla birlikte, her birisi diğer çevresel ve genetik faktörlerle etkileşim halinde hastalığın patofizyolojisine katkıda bulunan faktörlerdir. İkiz kardeşler ve ebeveynleri ele alan çalışmaların sonuçlarına göre, ÖÖB tanısı olan bireylerin birinci derece yakınlarında etkilenme oranı %30-50, monozigot ikizlerde bu oran %68, dizigot ikizlerde ise %38'dir (45). Pozitif aile öyküsü öğrenme bozukluklarının en önemli risk faktörlerinden birisidir ancak yine de bireyler arası farklılıklar görülmektedir (46). Genetik bağlantıyı açıklamaya yönelik çalışmalarda, ÖÖB ve disleksi ile ilişkisi olduğu belirtilen pek çok kromozom bölgesi tanımlanmış olsa da en sık bölgeler, 1p (DYX8), 2p (DYX3), 3p (DYX5), 6p (DYX2), 6q (DYX4), 11p (DYX7), 15 (DYX1), 18p (DYX6) ve Xq (DYX9) olarak tanımlanmıştır (47). Burada tanımlanan bazı genlerin, erken dönem beyin gelişiminden sorumlu olduğu ve nöronal migrasyonu düzenlemede görevli olduğu saptanmıştır (48).

Matematik bozukluğu, monozigot ve dizigot ikizlerde yapılan bir çalışmada matematik becerisine özgül varyans %22-30 oranında saptanmıştır (49). Ayrıca okuma ve matematik becerilerinde bozulma olan olgularda ortak olarak gösterilmiş genetik bozukluklar da mevcuttur (50). Bir başka çalışmada, matematik bozukluğu gelişiminden matriks metalloproteinaz 7 geni (*MMP7*), glutamat iyonotropik kainat reseptör 1 geni (*GRIK1*) ayrıca aksonemal ağır zincir dinein tip 5 genleri (*DNAH5*)'nin sorumlu olabilecekleri belirtilmiştir (51).

Merkezi sinir sisteminde, hem gri hem beyaz cevherde okuma bozukluğu ile ilişkili alanlar olabileceği gösterilmiştir (52). Yapılan manyetik rezonans görüntüleme çalışmalarında, oksipitotemporal, temporoparietal, posterior temporal alanlarda ve serebellumda gri maddede azalma saptanan olgularda ÖÖB'nin daha sık görüldüğü belirtilmiştir (53). Sol inferior gyrus parietalite ve temporoparietal alanlarda beyaz madde anormalliklerinin de okuma yetisi ile ilişkili olduğu



saptanmıştır (41). Bir başka çalışmada da, gyrus frontalis inferiorun (Broca alanı) kelimelerin işlenmesinde, Wernicke alanının fonolojik işlenmede, temporo-okspital bileşkenin ise otomatikleşmiş okuma becerileri ve kelime tanıma becerisinde görev aldığı, okuma becerisi yüksek kişilerin sol hemisfer ve temporo-okspital bölgeyi daha fazla kullandığının saptandığını bildirmişlerdir. Dislektik bireylerde ise, hem ses yapısını algılamaya yarayan sağ hemisferin hem de frontal alanın daha fazla kullanıldığı buna karşın normal okumaya göre akıcılığın ve hızlı okumanın düşük kaldığı saptanmıştır. Bu bölgelerdeki artmış kullanımın, kişinin içinde bulunduğu duruma bağlı yaşadığı zorluğu telafi etme amacıyla devreye girdiği belirtilmiştir (54).

### **2.1.6 Klinik**

Özgül öğrenme bozukluğu belirtileri, bilişsel beceriler, işitsel, görsel algı ve işleme sorunları, motor koordinasyon ve öğrenme süreci gibi farklı alanlardaki sorunlara göre, eşlik eden hastalıklar, hastalığın klinik şiddeti, kompensasyon mekanizmaları ve gösterilen bireysel çabalara göre oldukça değişiklik gösterebilmektedir. Özgül öğrenme bozukluğu klinik belirtilerini, hastalığın görüldüğü yaş gruplarına göre sınıflandırmak daha iyi, daha doğru tanı ve klinik yaklaşım açısından önemlidir.

### **Okul Öncesi Dönem (Erken Dönem) Belirtileri**

Dil ve konuşma alanında okul öncesi dönemde konuşmanın beklenen dönemden daha geç başlaması, sınırlı sayıda kelime ile konuşma, ses ve hecelerde öğrenme güçlüğü yaşama, telaffuz hataları ve yabancı kişiler tarafından konuşmanın anlaşılabilmesi şeklinde belirti ve bulgular saptanabilmektedir. Ayrıca kendi başına giyinmede zorluk, düğme ilikleme, kesme, boyama, çizme ve yapıştırma becerilerinde zorlanma, kalemi hatalı tutma, el tercihinin gecikmesi, sakarlık, merdiven çıkma, top atma gibi ince ve kaba motor becerilerde zorluklar gözlenebilir. Renkleri, sayıları, şekilleri öğrenmede gecikme, sıralama, sınıflandırma, eşleştirme becerilerinde zorluk, yön, zaman boyut kavramlarında öğrenme güçlüğü, ayrıca gördükleri ve duyduklarını anımsamada zorluk, şiir – şarkı ezberleme, tanıştığı

kişilerin isimlerini hatırlamada zorluk, bunlara bağlı arkadaş ilişkilerinde çeşitli sorunlar da bu dönemde görülebilecek diğer zorluklardır (55).

### **Okul Çağı Belirtileri**

Özgül öğrenme bozukluğu, çoğunlukla okul çağına gelindiğinde matematik işlemlerde, yazma ve okuma gibi temel akademik becerilerde öğrenme güçlükleri yaşanması ile ortaya çıkar. Okul başarısındaki düşüklük, temelde okuma yazmada gecikme, okuma hızının düşük olması ve sık sık yanlış okumalar ile kendini gösterir. Harfleri tersten okuma (b - d), harfleri birbirleriyle karıştırma (b-p, v-f gibi), sayıları tersten okuma (18 yerine 81 gibi), kelimeleri okurken harflerin yerlerini değiştirerek okuma (araba yerine abara gibi), metin okumada satır atlama gibi bulgular görülebilir. Telaffuz zorlukları, benzeyen seslerin birbirinden ayırımı, yeni okuduğu veya dinlediği bir konuyu anlamada güçlükler görülebilir. Tüm bunlara bağlı olarak cümle kurma, yazılı anlatım, olayları sırayla aktarabilme becerileri de bozulmuştur. Ayrıca matematik terim ve sembollerin öğrenilmesi, problem çözme yeteneği, saat kavramı da etkilenim göstermiştir. Genellikle basit matematik işlemlerinde bile parmak sayma gözlenir. Yine motor becerilerdeki zayıflığa bağlı sakarlık, sportif faaliyetlerde beceri yetersizliği, kalem tutmada başarısızlık dolayısı ile kötü el yazısı da belirgin hale gelir. Unutkanlığa bağlı olarak da öğrenilen bilgilerin hatırlanmasında zorluk, sınav başarısında düşüklük ve eşyalarını sık sık kaybetme, koyduğu yeri hatırlayamama davranışları da görülür (55). Ayrıca ÖÖB olgularında dikkat süresi de kısa olduğundan verilen ödevleri ve görevleri planlamada güçlükler gözlenir. Yine öğrenme bozukluğuna bağlı arkadaşlık ilişkileri de etkilenebilir (8).

### **Ergen – Erişkin Dönem Belirtileri**

Her ne kadar yazılı metinleri okuma, açıklama, yorumlama cümle kurma ifade etme becerileri önceki dönemler kadar azalmış olmasa da, hızlı okuma halen çok zorlayıcıdır. Öğrenilen bilginin hatırlanması, problem çözme yetkinliği, organizasyon becerisi gibi pek çok alandaki becerilerde eksiklikler devam eder. Kişilerle ikili ilişkilerde başarısızlık, eleştiriye tahammülsüzlük, kabul görememe gibi sorunlarla karşılaşma ihtimalleri yüksektir (55).

### 2.1.7 Özgül Öğrenme Bozukluğunda Eş Psikiyatrik Tanılar

Psikiyatride, tanı ve tedavide birliktelik oldukça önem teşkil etmektedir. ÖÖB tanısı için veriler, uygulanan yöntem, seçilen örneklem grubuna göre oldukça değişkenlik göstermekte olup, diğer psikiyatrik hastalıklarla da birliktelik gösterebilmektedir (7). ÖÖB'ye eşlik edebilen ve akademik başarıyı düşüren bu durumların başlıcaları DEHB, depresyon, davranım bozukluğu, anksiyete bozuklukları, madde kötü kullanımı gibi tanılardır. Bu anlamda ÖÖB tanı ve tedavisinde bütüncül yaklaşım önem kazanmaktadır (8).

2000 Yılında yapılan bir çalışmada, disleksi ve komorbid hastalıkların ele alındığı bir çalışmada, disleksisi olan olguların okuma bozukluğu olmayanlara göre dışa yönelim ve içselleştirme bozukluklarına daha çok sahip olduklarını saptamıştır (7). Bir diğer çalışmada, ÖÖB tanısı olan olgulara %79 oranında psikiyatrik bozuklukların eşlik ettiği, bu olgulardan %32'sinde içe atım bozuklukları, %28'inde dışavurum bozuklukları, %19'unda ise diğer birtakım bozukluklar olduğu saptanmıştır (56). Backer ve ark. yaptıkları çalışmada ise ÖÖB'ye eşlik eden diğer psikiyatrik durumların oranı %66 olarak belirtilmiş, bunlardan en sık görülenin ise sırasıyla uyum bozukluğu, hiperkinetik bozukluk ve anksiyete bozukluğu olduğu bildirilmiştir (57). Bir başka çalışmada, ÖÖB ile eşlik eden bozuklukların irdelendiği yedi çalışma ele alınmış, ÖÖB ve eşlik eden DEHB bulunma yüzdesinin %18-60 olarak değiştiği, benzer şekilde DEHB'lilerde de ÖÖB sıklığının topluma göre yedi kat fazla görüldüğü belirtilmiştir (58). Özellikle okuma bozukluğu ile DEHB'nin çok sık birliktelik gösteriyor olması bu iki hastalığın ortak bir kalıtıma sahip olabileceği düşüncesini doğurmaktadır (59). Bu birlikteliğe ilişkin öne sürülen teorilerden birisi de subtip hipotezi olarak adlandırılan, bu iki hastalığın aynı etiyolojiye sahip iki farklı hastalık olabileceğidir (60). Bir diğer görüşe göre ise ÖÖB ve DEHB aynı genetik ve biyolojik etiyolojiye dayanan iki hastalıktır. Bu iki hastalık arasındaki genetik temel ortaklıklar, yapılan bazı ikiz çalışmalarında da belirtilmiştir (61, 62). Özgül öğrenme bozukluğu olan bireylerde, özellikle okul çağının ilk yıllarında davranış bozuklukları, düşük benlik saygısı ve depresyon gelişimi oldukça sıktır (63). Major depresif bozukluk ile öğrenme bozuklukları arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla yapılmış olan bir diğer çalışmada, ÖÖB tanısı olan çocukların %62'sine

major depresif bozukluk eşlik etmekte olduğu, depresif bozukluğu olmayan gruba dahil olanların ise %22'sinde öğrenme bozukluğu saptandığı belirtilmiştir (64). Yapılan retrospektif ve uzun süreli verileri içeren bir çalışmada, ÖÖB tanısı olan çocuk ve ergen olgularda, kaygı düzeyinde artışın, depresyon sıklığı ve şiddetinde artışın, özkıyım eğiliminin, benzer yaş gruplarına göre daha sık görüldüğü saptanmıştır (56, 57, 65). Prior ve arkadaşlarının çalışmasında, ÖÖB tanısı olan çocuk olgularda anksiyete bozukluğunun sıklıkla eşlik ettiği belirtilmiştir (66). Bir başka çalışmada da, ÖÖB'li 82 olgu ele alınmış ve bu olguların nöropsikolojik problemlerden dolayı akademik performanslarının düşük olduğunu, bu durumun ise anksiyetelerini daha da artırdığı belirtilmiştir (67).

Okuma bozukluğu ve ÖÖB'nin diğer zihinsel bozukluklarla ortak bir sonuç içerdiği veya etiyolojisinde rol oynadığı konusunda kesin bir bulgu henüz yoktur. Okumanın gelişiminde rol oynayan faktörlerin daha iyi anlaşılması ile ÖÖB ve eşlik eden durumlar hakkında daha fazla bilgi edinilmiş olabilecektir (8).

### **2.1.8 Prognoz ve Tedavi**

ÖÖB'nin prognozunda, belirtilerin ortaya çıkış yaşı, hastanın erken tanı alıp almaması, eşlik eden veya öncesinde de var olan psikiyatrik bozukluklar, aldığı tedavi ve etkinliği, olgunun bireysel özellikleri, sosyal destek gibi faktörler etkili olmaktadır. Eşlik eden tanılardan özellikle DEHB bulunması kötü prognozu işaret eden faktörlerdendir (68). Tedavi yanıtında da, davranışsal faktörler, kişinin sözel yeteneği, tedavi öncesi klinik durumunun ağırlık derecesi ve toplam zeka seviyesi önemli faktörlerdir (69).

ÖÖB'nin klinik gidişatı oldukça çeşitlilik gösterebilmektedir. Bazı olgular erişkin dönemde tamamen normal okuma performansına erişebilmekte iken, matematik bozukluk olan olgularda ise ilerleyen dönemde de olguların %47'sinin halen diskalkuli özellikleri taşıdığı, bu durumun ise altta yatan problemin şiddeti ve aile öyküsü varlığı ile de ilişkili olabileceği bildirilmiştir (70).

ÖÖB, erişkin yaşta da çoğunlukla devam etmektedir. Günlük işleri yapabilme ve planlayabilme becerisi, zamanı ve mali kaynakları doğru kullanabilme, dikkat

toplama becerisi gibi sorunlar mevcut olabilmekte, bunlar okul ve çalışma hayatını da etkileyebilmektedir (71).

ÖÖB tedavisinde kullanılabilecek, etkinliği kesin olarak kanıtlanmış bir ajan henüz tanımlanmamıştır. Bir takım çalışmalarda, ÖÖB olgularında metilfenidatın plaseboya göre görsel-motor performansta artış yaratabildiği ancak okuma becerisi ve sözel yetilerde olumlu bir etkisi bulunmadığı gösterilmiştir (72). ÖÖB'ye eşlik eden DEHB varlığında, uzun etkili metilfenidat kullanımının okuma hızı, kelime tanıma ve isimlendirme hızı üzerine pozitif yönde anlamlı etki gösterdiği belirlenmiş, bir diğer çalışmaya göre de okuma yetisi, el yazısı, matematik becerilerde artış sağladığı saptanmıştır (73, 74).

Okuma bozukluğu ve DEHB birlikte saptanan olgularda, atomoksetin kullanımının da, okuma anlama, doğru yazabilme, okuma ve anlama becerilerinde anlamlı derecede artışa neden olduğu saptanmıştır (75). Okuma becerisi üzerine etki gözlenmeyen olgularda ise, atomoksetin kullanımının tedaviye yanıtı artırmada etkili olabileceği belirtilmiştir (76).

Pirasetam ile ilgili yapılan çalışmalarda, ÖÖB tanılı olgularda okuma hızı ve doğru okuma becerisinde tutarlı sonuçlar elde edilememekle birlikte, etkili olabileceği belirtilmiştir. Yüksek doz ve uzun süreli kullanım gerektiriyor olması nedeniyle, tedavide yer almaz (77, 78). Nörorehabilitasyon ve telerehabilitasyon, omega yağ asitlerinin kullanımı gibi farklı tedavi yöntemleri gündeme gelmekle birlikte, etkinliklerinin gösterilebilmesi ve rutin tedavide güvenle yer alabilmeleri için henüz yeterli sayıda çalışma bulunmamaktadır (79, 80).

## **2.2 Öz Kavramı**

Öz, kendilik veya başka bir ifadeyle benlik (self), bir bireyi oluşturan davranış ve kişisel özelliklerin tümü, kişinin kendisinin diğer kişilerden ayrı ve benzersiz bir bütün olarak farkında olması ve bunun bilincinde olma hali olarak tanımlanabilir (81). Piers tarafından, öz kavramı sekiz yaşından önce gelişip şekillenen bir kişilik niteliği olarak tanımlanmıştır (82). Ayrıca kendilik arayışı, benlik tasarımı, benlik veya güven duygusu, kendine güven gibi çeşitli adlandırmalar yapılan öz kavramı, çocuk yaşamında önemli bir kişilik özelliğidir (82).

Ölçek içinde değerlendirilen öz kavramı, kişinin kendisi hakkında hissettikleri, çevreden yöneltilen ve içselleştirilen düşünceleri, genel ve özel yetenekleri ve fiziksel olarak kişinin kendisi ile ilgili algıladıklarını belirtmektedir (83). Kişinin kendisi ile ilgili öz-kavramı ve buna vermiş olduğu değere ise öz saygı adı verilir (84).

Çalışmamızda da kullanılan Piers Harris öz kavram ölçeği, kişinin davranışlarının ve özelliklerinin tanımını içeren, aynı zamanda da değerlendirici özelliği olan, kendilik değeri olarak da tanımlanır (85). Piers'e göre, öz kavramında altı farklı faktör tespit edilmiştir. Bu faktörler davranış, zeka, okuldaki başarı durumu, fiziksel görünüm ve nitelikleri, kaygı, sosyal beğenirlik veya gözde olma (popülarite) ve mutluluk alt faktörleri olarak sayılabilir (85).

ÖÖB'nin çoğunlukla tanı aldığı okul çağına gelindiğinde, bu yaştaki çocuklar okuma, yazma, yeni bilgiler, öğrenme ve hesaplama sürecindedir. Eğer tanı alabilmişse bu dönemde çocuğun desteklenmesi, başarılarının övünçle karşılanması, bu tür olgularda pozitif öz kavramı gelişmesini kolaylaştırır (86). Çocukluk döneminde öz kavramına ilişkin yapılan çalışmalarda, öz kavramının bu dönemde çoğunlukla anne baba ve aile üyelerine dayandığı belirtilmiştir (87). Çocuğun yaşı büyüdükçe bu etki değişebilir, anne babadan ziyade arkadaşlar, öğretmenler gibi faktörler yer alabilir (87). Okulun ilk yıllarında çocuklar aşağılık duygusu ile öz-kavramı ve güven duygusu arasındaki karşıtlığı çözümlenmektedirler. Bu süreçte çocuğun karşılaşılabileceği başarısızlıklar, kötü deneyimler, aşağılık hissine, güvensizlik ve yetersizlik hissiyatına neden olabilir. Tüm bu olumsuzluklar, çocuğun öz kavramını ve sosyal ilişki kurma becerisini etkilemektedir (88).

ÖÖB'li olgularda mevcut olabilecek okuma, yazılı anlatım ve matematik bozuklukları da, etrafca hemen kavranmakta ve alay konusu olmakta, çocuğun öz kavramına zarar vermektedir (88). Bu dönemde olgu kendi içinde hem duygu ve düşünceleri hem de çevresel faktörlerin etkisi ile kendine olan tutumunu belirler (7).

Ebeveynlerin benlik kavramları da, çocukları ile ilişki kurma şekli üzerinde, çocukların benlik saygısı üzerinde etkili olmaktadır. Çocukta sağlıklı ve olumlu bir

öz kavramı gelişimi için gerekli olan alt yapıyı ebeveynlerin tutumları oluşturmaktadır (82).

Yapılan bir çalışmada, düşük benlik saygısı olan bireyler şu şekilde sıralanmıştır: (89)

- 1.Gerçekleştirmeyi hiç denememiş olmasına rağmen görevden kaçma davranışı gösterir
- 2.Başladığı işi kısa sürede yarım bırakıp vazgeçer
- 3.Kaybetme-başaramama ihtimali doğduğunda yalana başvurur
- 4.Suçlu başkalarına atacak mazeret bulur
- 5.Sosyal olarak geri çekildiğinde sosyal ilişkileri kötü yönde etkilenir
- 6.Kendine yönelik olumsuz eleştiriler yapar
- 7.Eleştiri kabul etmez
- 8.Eleştirildiğinde aşırı tepkiler verir
- 9.Ev içinde aşırı ve abartılı davranışlar sergiler

Okuma bozukluğu gösteren ve göstermeyen iki olgu grubu ile yapılmış bir çalışmada, okuma bozukluğu görülen olguların öz kavramı açısından daha düşük puanlar elde ettiği, bir diğer çalışmada ise, ÖÖB tanısı olan olgularda kaygı düzeyi yüksek, öz kavramı puanları ise düşük saptanmıştır (90, 91). Benzer çalışma örneklerini çoğaltmak mümkündür. 2010 yılında yapılan bir çalışmada, okula başladıklarından itibaren sınıftaki ortalama başarıya göre değerlendirilen çocuklarda öz kavramı, oldukça olumsuz etkilenim göstermektedir (92). Diğer yandan ‘küçük göldeki büyük balık etkisi’ olarak adlandırılan duruma göre başarı ortalaması genel olarak düşük olan bir sınıftaki başarılı çocuk veya yüksek başarılı bir sınıftaki ortalama bir öğrenci kendini bu şekilde hissedecek ve öz kavramı üzerine etkilenime neden olmaktadır (93).

### 2.3 Ebeveyn Tutumları

Ebeveyn tutumları, çocuktan beklentiler, çocuğa yöneltilen davranışlar ve ebeveyn çocuk iletişiminin temelinde yer alan ebeveyn davranışlarının ve sözsüz tüm ifadelerin toplamı olarak tanımlanır (94).

Ebeveyn tutumlarına ilişkin çalışmaların temelini Baumrind'in ev ve laboratuvar ortamında yaptığı, çocuk ve ebeveyn ilişkilerinin incelendiği çalışmalar oluşturmaktadır. Bu çalışmalarda, okul öncesi yaş gurubu çocuklar ile ebeveynlerinin ilişkileri incelenerek, açık iletişim, olgunluk beklentisi, kural koyma ve kontrol, destek ve bakım gibi boyutlar ele alınmış, buna göre demokratik, otoriter ve izin verici olmak üzere üç tip ebeveyn tutumu tanımlanmıştır (95). Bu çalışmada elde edilen sonuçlara göre, otoriter olan ebeveynlerin çocuklarından beklentisi kurallara sorgulamadan uyum göstermeleridir. Yüksek standartlar hedeflerler, Çocuklar bu kurallara uymadıklarında sert şekilde cezalandırılır ve görüşlerine önem verilmez (96). Bu şekilde yetişen çocukların kaygı düzeylerinde artış, benlik saygılarında azalma, psikolojik uyum sorunları gibi problemler ile karşı karşıya kaldıkları belirlenmiştir (97). Demokratik ebeveynler, çocukları ile ilgili ve sıcak bir iletişim türünü benimsemişlerdir. Aile içinde verilecek kararlar ile ilgili çocukların görüşlerine önem verirler. Çocuklarından da olgun davranışlar beklerler ve gerektiğinde de kurallar koyarak disiplini sağlayabilmektedirler. Demokratik tutum ideal çocuk yetiştirme tutumu olarak benimsenmiş olmakla birlikte, bu şekilde yetişen çocuklarda akademik başarının yüksek olduğu, akran ilişkilerinin daha iyi olduğu, anti-sosyal davranışların daha az görüldüğü ve madde kötü kullanımı ile suça sürüklenme davranışlarının daha az görüldüğü saptanmıştır (97, 98, 99). İzin verici tutumdaki ebeveynler ise, çocuklarının bakımı ve ihtiyaçları konusunda oldukça ilgili ancak sorumluluk verme ve otorite sağlama konusunda yetersiz davranan bireylerdir. Çocuklarına sağladıkları aşırı özgürlük ve hoşgörülü yaklaşım ihmale kadar varabilmektedir (96, 100, 101). İzin verici tutumda yetişen çocukların da duygu kontrolü, sorumluluk sahibi olma gibi konularda sorunları olduğu, akademik başarılarının da daha düşük olduğu saptanmıştır (97, 102).

Ebeveyn tutumlarını ilgi/kabul ve talep/kontrol olarak iki boyut üzerinden inceleyerek dört grup ebeveyn tutumu saptayan Maccoby ve Martin de, sonraki



araştırmacıların benzer boyutları benimsemelerini sağlamıştır (103, 104). Kabul ve talep boyutu yüksek olanları demokratik, talep boyutu yüksek ancak kabul/ilgi boyutu düşük olanlar otoriter, kabul boyutu yüksek ancak talep boyutu düşük olan aileler hoşgörülü, talep ve kabul boyutlarının ikisinde de düşüklük olan ebeveynler ise ihmalkar olarak tanımlanmıştır. Diğer sınıflamaya göre izin verici kategoride olan grup, burada şımartan ve ihmalkar olarak iki farklı başlıkta ele alınmıştır. Her ikisinde de talep/kontrol boyutu düşük olup, izin verici-şımartan grupta ilgi/kabul boyutu yüksek, çocukları ile yakın ve sıcak ilişkiler kurma mevcut olsa da kural koyma ve sınırları belirleme konusunda başarısızdırlar. İzin verici-ihmalkâr olan ebeveynlerde ise, çocuklara denetleme ve sınır koyma olmadığı gibi, sevgi ve yakınlık da yoktur. Çocuklara karşı da ilgisizdirler. Bu ebeveynlik tarzında, çocuklarda olumsuz kimlik gelişimi, madde kötüye kullanımı ve suça yatkınlık daha sık gözlenmiştir (97, 103, 104, 105).

Ebeveyn tutumları, ebeveyn ve çocuğun özellikleri, aile içi etkileşim, sosyokültürel özellikler gibi çeşitli faktörler ile etkileşim göstermektedir. Ebeveyn davranışlarını etkileyen etmenler arasında, çocuğun yaşı, mizacı, kaçınıcı çocuk olduğu, gelişim problemleri, cinsiyeti gibi özellikler yer alır (106). Farklılıklarda belirleyici olan ebeveynlere ait faktörler ise, kişilik özellikleri, ruh sağlığı, çalışma durumu, çocukluğuna ait deneyimler, stresle başa çıkma yetileri gibi faktörlerdir (107). Toplumsal faktörler olarak da kültürel, dini, milli faktörler, devlet politikaları, sosyal çevre, toplumsal ilişkiler de ebeveyn tutumlarında belirleyicidir (106).

#### **2.4 Sosyal Destek Kavramı**

Sosyal destek, bireylerin davranış, biliş ve duygularını etkilemek suretiyle iyi olma durumunu desteklemekte, bireye kendisinin sevildiğini, değerli olduğunu, karşılıklı sorumlulukları olan ve iletişim halinde olmakta olduğu bir ağa ait olma duygusu geliştiren bir kavramdır (108, 109). Çeşitli kuramlara göre, fiziksel sağlık için sosyal destek de yararlı ve gereklidir (110). Sosyal destek pozitif sağlık davranışlarını destekler, yönlendirir ve iyilik haliyle de ilişkilidir (111).

Sosyal destek kavramı, fiziksel ve psikososyal sağlık, iyilik hali ve sağlığın geliştirilmesini de içeren, yalnızca değişiklik durumlarında başa çıkma veya hasta

hissedildiğinde yardımcı olmak olarak sınırlandırılmaması gereken bir kavramdır (112). Çeşitli çalışmalarda, sosyal desteğin somatik ve psikolojik rahatsızlıkların önlenmesinde önemli bir role sahip olduğu gösterilmiştir. Psikolojik uyum, etkinliğin geliştirilmesi, olumsuz olaylarla başa çıkma yetisi, morbiditenin azaltılması, hastalıkların önlenmesi, azalmış ölüm oranları bunlardan başlıcalarıdır (110, 112). Sosyal destek kavramının en önemli rolü, olumsuz yaşam olaylarında veya kriz durumlarında sağlıkta koruyucu rol üstlenmesidir. Çocuk ve adölesanların da dönem dönem yaşam döngüsünün zorlu anlarında sosyal desteğin rolü oldukça önem kazanmaktadır (113).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

Özgül öğrenme bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde psikososyal zorlukların ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi başlıklı çalışma için, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 08.01.2020 Tarihli ve 2019 – 437/24 karar sayısı ile etik kurul onayı alınmıştır.

#### 3.1 Örneklem Seçimi

Çalışmamız, ÖÖB tanısı olan olgularda psikososyal zorluklar ve ilişkili olabilecek faktörlerin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır. Çalışmaya, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniğine başvuran, DSM-5 tanı ve sınıflandırma sistemine göre ÖÖB tanısı konulmuş, okuma yazma bilen, 6-18 yaş aralığındaki gönüllü çocuk ve ergenler dâhil edildi. Örneklem büyüklüğü %95 güven aralığı ve %90 test gücü ile belirlendiğinde, çalışma ve kontrol grupları için 49 vaka olarak saptandı. Çalışmaya katılma konusunda gönüllülük esası arandı, aileler ve katılımcılar araştırma hakkında detaylı bilgilendirildi, hem sözlü olarak hem de yazılı bilgilendirilmiş gönüllü onam formu ile onaylarına ilişkin beyanları alındı. Araştırmaya dâhil olma kriterleri, 6-18 yaş aralığında olmak, okuma yazma biliyor olmak, Iq >70 olmak, olgu grubu için DSM-5 tanı ölçütlerine göre ÖÖB tanısı almış olmak, kontrol grubu için ise organik veya mental bir hastalığı bulunmaması, ebeveyn ve çocuğun sözlü ve yazılı onamının olması olarak uygulandı. Olgunun herhangi bir metabolik, genetik, nörolojik hastalık tanısı olması, mani, psikoz tanısı olması, madde etkisi altında olmak gibi anket sonuçlarını etkileyebilecek herhangi bir durumunun olması, çalışma dışı kalma kriteri olarak belirlendi. Çalışmamıza 60 vaka ve 74 kontrol grubu olmak üzere 134 olgu dâhil edildi.

#### 3.2 Gereç ve Yöntemler

Çalışmaya alınan vaka ve kontrol grubundaki tüm olgulara ek psikiyatrik tanı tarama ve olgunun şu anki işlevsel düzeyini saptamak için, Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (K-SADS) uygulandı. Çalışmamıza katılmayı kabul eden olgular için, sosyodemografik veri formu tarafımızca dolduruldu. Katılımcılar tarafından Piers-

Harris Çocuklar İçin Öz Kavramı Ölçeği, Çocuk Yetiştirme Tutumları Ölçeği, Çocuk ve Ergenler İçin Sosyal Destek Değerlendirme Ölçeği ve ebeveynler tarafından Anne-Babalık Stilleri ve Boyutları Ölçeği ile Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği dolduruldu.

İstatistiksel analizler için, SPSS 16.0 paket programı kullanıldı. Elde edilen bulgular değerlendirilirken demografik değişkenler ile ölçek alt boyutlarının ilişkisi incelenirken normal dağılım gösteren nicel değişkenlerin iki grubunu karşılaştırmada, bağımsız örneklem T testi, normal dağılım göstermeyen parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında ise, Mann Whitney U testi kullanıldı, kategorik değişkenler ise Pearson Ki Kare Testi ve Fishers's Exact testi ile değerlendirildi. Ölçekler arası ilişkinin incelenmesinde, iki niceliksel veriyi karşılaştırmada normal dağılım durumunda Pearson korelasyon analizi, normal dağılım göstermediğinde ise Spearman korelasyon analizi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi olarak  $p < 0,05$  değeri kabul edildi.

### 3.2.1 Sosyodemografik Bilgi Formu

Çalışmaya dâhil edilen olgu ve kontrol grubuna ait yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, özgeçmiş ve soygeçmiş bilgileri, ebeveynlerin eğitim durumu, mesleki ve sosyoekonomik düzeyleri, geçmişte alınan psikiyatrik ve psikiyatrik olmayan tanılara ilişkin bilgileri içeren sosyodemografik veri formu dolduruldu.

### 3.2.2 Piers-Harris Çocuklar İçin Öz Kavram Ölçeği

Piers ve Harris tarafından 1934 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde geliştirilen *Piers-Harris Children's Self-Concept Scale*, çocuklarda öz kavramının (benlik) gelişimi, boyutları, kişilik ve çevre öğeleri ile ilişkilerini belirlemede yardımcı bir ölçektir. 80 maddeden meydana gelen ve kendini bildirim türünde olan bu ölçek, 9-19 yaş grubu bireylere sözel, grup halinde veya bireysel olarak da uygulanabilen bir ölçektir. Ölçeğin sorularını içeren formun en başında yer alan açıklayıcı yönerge ve ölçeğin soruları okuma yazması olan bireylerce kolaylıkla anlaşılabilir düzeyde olmakla birlikte, yanıtlar Evet ve Hayır olarak iki sütunda yer almaktadır. Ölçeğin yanıtlanma süresi yaklaşık 20 dakika sürmektedir. Cevapların kodlanmasında olumlu ifadeler içeren maddelerde 1=Evet, 0=Hayır olarak kodlanmış olup olumsuz ifadeler

içeren maddelerde ise 0=Evet, 1=Hayır olarak ters kodlanmıştır. Bu şekilde oluşan ölçeğin ham puanı, sıfır ile 80 arasındadır. Ölçekten yüksek puan alınması bireyin kendisiyle ilgili olumlu, düşük puan alınması ise olumsuz duygu ve düşünceleri olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Türkçe uyarlanması, 1985 yılında Çataklı ve Öner tarafından yapılmıştır. Cronbach alfa katsayıları ile iç tutarlılık sınaması yapıldığında, ölçeğin güvenilirlik alfa değerleri 0,81 - 0,89 arasındadır. Değişmezlik katsayıları ise Pearson momentler çarpımı korelasyonu ile hesaplandığında ilkökul için 0,72-0,91; ortaokul için 0,79-0,98 arasında değişmektedir. Alfa korelasyonları ile iç tutarlılık katsayıları belirlendiğinde ise ilkökul için 0,87, ortaokul için 0,86 olarak bulunmuştur. Yapı geçerliliğinin belirlenmesinde, 1388 öğrenciye (656 ortaokul, 732 lise) sınav kavramı envanteri uygulanmıştır. İki ölçek arasındaki korelasyonlar, ortaokulda -0,50, lisede ise -0,47 olarak  $p < 0,01$  anlamlılık düzeyinde anlamlı olarak bulunmuştur (82).

### 3.2.3 Çocuk Yetiştirme Tutumları Ölçeği

Çocuk yetiştirme tutumları ölçeği, “*parenting styles questionnaire*”, Steinberg, Mounts, Lamborn ve Dornsburch’un yaptığı çalışmalar sonucunda, Maccoby ve Martin tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin anne ve baba formu olmak üzere iki ayrı formu bulunmaktadır. Ölçek, beşli değerlendirme ile yanıtlanmaktadır: 1- Hiç doğru değil, 2- doğru değil, 3-kısmen doğru, 4- doğru ve 5- çok doğru olmak üzere yanıtlardan birisini seçmesi istenir. Ölçek boyut olarak iki alt boyutta (kabul/ilgi ve sıkı denetim/ kontrol), kategorik olarak ise bu iki boyutun çaprazlanması ile meydana gelen dört çocuk yetiştirme stilinden oluşur. Ölçeğin orijinal formunda anne ve baba alt ölçekleri kabul/ilgi/sevgi alt boyutları Cronbach alfa güvenilirlik kat sayısı 0,94, anne sıkı denetim/kontrol alt boyutu 0,8, baba sıkı denetim/kontrol alt boyutu 0,7 olarak bulunmuştur. Mevcut çalışmadaki anne alt ölçeği kabul/ilgi/sevgi ve sıkı denetim/kontrol Cronbach alfa güvenlik kat sayıları 0,90 ve 0,78’dir. Baba alt ölçeği için kabul/ilgi/sevgi ve sıkı denetim/kontrol alt boyutlarının Cronbach alfa güvenilirlik kat sayıları ise 0,91 ve 0,80 olarak bulunmuştur (114, 115).

### 3.2.4 Çocuk ve Ergenler İçin Sosyal Destek Değerlendirme Ölçeği

Bu ölçek, Dubow ve Ullmann tarafından 1989 yılında çocukların aileleri, arkadaşları ve öğretmenlerinden aldıkları sosyal destek ile ilişkili algı düzeylerini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Özgün adı Çocuklar İçin Sosyal Destek Değerlendirme Ölçeği (Ç-SDDÖ)'dir. 2007 yılında Gökler tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Türkçe'ye uyarlama çalışması yapılırken, 3-8. Sınıf düzeyinde eğitim öğretimine devam eden öğrenciler ile, 9-17 yaş arasında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı ve Çocuk Hastanesi Adölesan birimine başvurmuş olan 358 öğrenci ile çalışma gerçekleştirilmiştir. Gökler'in çalışmaları sonrasında, ölçek maddeleri arkadaşlarda, aileden ve öğretmenlerden algılanan sosyal destek olarak gruplanmıştır. Ölçek beşli likert tipinde bir ölçektir. Ölçekteki maddelere her zaman (5), sık sık (4), ara sıra (3), nadiren (2) ve hiç bir zaman (1) seçeneklerine göre puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük ve yüksek puanlar, arkadaş desteği alt boyutunda 19-95 puan, aile desteği alt boyutunda 12-60 puan ve öğretmen desteği alt boyutunda ise 10-50 puan olmakla birlikte, toplam 41-205'tir. Ölçekten alınacak yüksek puan bireyin daha fazla sosyal destek aldığı anlamını taşır iken, daha düşük puanlar ise düşük sosyal destek ile ilişkilidir.

Çocuk ve ergenler için sosyal destek değerlendirme ölçeğinin ölçüt geçerlilik puanı  $r = -0,62$ ,  $p < 0,01$ ; Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,93 olarak bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutları olan arkadaştan, aileden ve öğretmenden alınan destek için elde edilen iç tutarlılık katsayıları ise sırasıyla 0,89, 0,86 ve 0,88 olarak bulunmuştur. Ölçeğin tekrar-test güvenilirlik katsayısı tüm ölçek için 0,49 olarak bulunurken ( $p < 0,01$ ), ölçeğin iki-yarım güvenilirliği ise 0,82 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin her maddesinin toplam puanla korelasyonuna bakıldığında, maddelerin toplam puanla ilişkileri 0,34 ile 0,64 arasında değişkenlik göstermektedir.

Yapılan çalışma sonucunda, Çocuklar İçin Sosyal Destek Değerlendirme Ölçeğinin algılanan sosyal desteği ölçmesi bakımından geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu saptanmıştır (116).

### 3.2.5 Anne-Babalık Stilleri ve Boyutları Ölçeği

Bu ölçek, Robinson, Mandleco, Olsen ve Hart tarafından 1995 yılında gerçekleştirilen, Önder ve Gülay tarafından 2009 yılında Türkçe'ye çevrilen bir ölçektir. Ölçek 4-12 yaş çocuklarda anne babaların demokratik, otoriter ve çocuk merkezli ebeveynlik stillerinin ölçülmesi amacıyla geliştirilmiştir. 2001 yılında ölçeğe son hali verilmiş ve 32 maddeden oluşmuştur. Ölçeğin değerlendirilmesinde hiçbir zaman, seyrek, yarı yarıya, çok sık, her zaman şeklinde beşli likert kullanılmıştır. Orijinal ölçek 62 maddeden oluşmakta olup, sonraki yıllarda çalışmalar ile madde sayısı 32'ye indirilmiştir. Ölçeğin Türkçe versiyonunun 2009 yılında 3-13 yaş grubu aralığında çocuğu bulunan anne babaların tutumlarının değerlendirildiği bir çalışma ile geçerlilik ve güvenilirliği test edilmiştir. Ölçeğin anne formu, baba formu, annenin eşini değerlendirdiği ve babanın eşini değerlendirdiği 4 ayrı versiyonu bulunmaktadır. Bu 4 versiyonun da 3 faktörden oluştuğu bildirilmektedir. Yetkin/demokratik anne babalığı ölçen 1. faktör "Yetkin" (authoritative) olarak adlandırılmıştır (1. 3. 5. 7. 9. 11. 12. 14.18. 21. 22. 25. 27. 29. 31. maddeler). Örneğin "Çocuğumun duygu ve ihtiyaçlarına duyarlıyım" ifadesi yetkin anne-babalığı ölçmektedir. Yetkeci ya da otoriter annebabalığı ölçen 2. faktör (authoritarian) ise "2, 4, 6, 10, 13, 16, 19, 23, 26, 28, 30 ve 32." maddelerden oluşmaktadır. Ölçeğin iç güvenilirliği Cronbach Alpha ile test edilmiş,  $a=0,63$ ,  $p<0,01$ , test tekrar test tutarlılığı da Pearson korelasyon analizine göre  $r=0,76$ ,  $p<0,01$  yüksek olarak bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutlarının test- tekrar test analizi sonuçları, demokratik alt boyut için  $r=0,92$   $p<0,01$ , otoriter alt boyut için  $r=0,84$   $p<0,01$ ; çocuk merkezli alt boyutta ise  $r=0,78$ ,  $p<0,01$  bulunmuştur. Alt boyutların iç tutarlılık kat sayıları da 0,38-0,84 olarak yüksek bulunmuştur. Bu aynı zamanda ölçeğin yapısal geçerliliği için de bir kanıt olarak kabul edilmiştir. Bu alandaki ölçekler yetersiz olduğundan, ölçeğin Türkçe versiyonu, Türk kültüründe ebeveyn tutumlarının ölçülmesinde önemli bir araç olarak kabul edilmektedir.

### 3.2.6 Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği (HAD), Zigmond ve arkadaşları tarafından 1983 yılında geliştirilmiştir. Tasarlanma amacı, tıbbi bir hastalığı olan populasyonda duygudurum bozukluğunu taramaktır. Toplum ve hastane örnekleminde kullanımı yaygın ve kolaydır. Psikiyatrik semptomları fiziksel bozukluklardan ayırmak için, fiziksel belirtiler yerine, duygudurumun öznel yıkımını benimser. Depresyon alt ölçeğinde, üzünlük yerine anhedoni, mizah yetisinin kaybı, zevk alamama temel semptomlar olarak baz alınmaktadır. Hasta tarafından doldurulan bir ölçektir. 14 maddeden meydana gelir, maddeler dört özellik içerir. 136 hasta ile yapılan Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında, Cronbach alfa katsayısı anksiyete alt ölçeğinde 0,8525 depresyon alt ölçeğinde 0,7784 olarak bulunmuştur. Madde-toplam puan korelasyon katsayıları ise anksiyete alt ölçeğinde 0,8161-0,8547 arasında, depresyon alt ölçeğinde ise 0,7374-0,7795 arasında değişmektedir. İki yarım güvenilirliğinde anksiyete alt ölçeği için  $r=0,8532$ , depresyon alt ölçeği için  $r=0,8069$  olarak bulunmuştur. Yapı geçerliliği için faktör analizi uygulanmış, iki faktör elde edilmiştir. Birinci faktör anksiyete belirtileri, ikinci faktör depresyon belirtilerini içermektedir. ROC analizi sonucunda Türkçe formunun kesme noktaları anksiyete alt ölçeği için 10 ve depresyon alt ölçeği için yedi olarak belirlenmiştir. Bu puanların daha üstünde puan alanlar, riskli olarak değerlendirilmektedir. Sonucunda da, HAD'ın Türkçe formunun geçerli ve güvenilir bir biçimde kullanılabileceği saptanmıştır (117).

### 3.2.7 Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu- Türkçe Versiyon (ÇGDS-ŞY-T) (K-SADS)

Bu çizelge, çocuk ve ergenlerin geçmiş ve şu andaki psikopatolojilerini saptamak için Kaufman ve arkadaşları tarafından geliştirilen yarı yapılandırılmış bir tanı görüşmesidir. Daha sonrasında şimdi ve yaşam boyu şekli olarak düzenlenmiştir. DSM-5' e göre düzenlenmiş son güncel versiyon, Ünal ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik uyarlaması yapılarak son halini almıştır. İlk basamakta yapılandırılmamış başlangıç görüşmesi ile çocuğun sosyodemografik özellikleri, gelişim öyküsü, temel yakınmaları, günlük hayatındaki işlevsellik

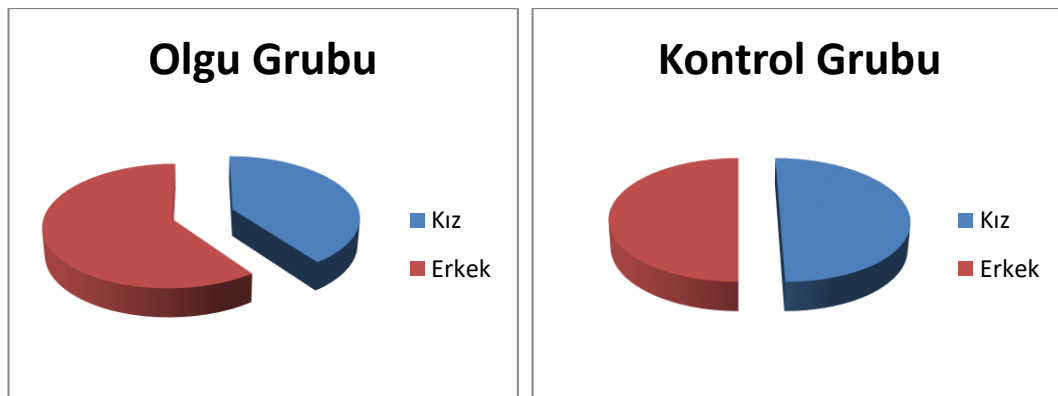


durumu, arkadaş ve aile ilişkileri, hobileri ve sağlık durumu hakkında fikir edinilmiş olur. İkinci bölümde ise, tarama soruları ile geçmişte ve şimdiki psikiyatrik belirtileri saptamak amaçlanır. Üçüncü kısımda, çocuk ve aileden alınan bilgiler ve klinisyen gözlemi ile duygulanım bozukluğu, psikotik bozukluklar, anksiyete bozuklukları, davranışsal bozukluklar, madde kötüye kullanımı ve olası diğer patolojiler açısından tamamlayıcı nitelikte bir kontrol listesi sorgulanmaktadır. Tüm kaynaklardan elde edilen verilerin sentezine yarayan özet yaşam boyu tanı kontrol listesi ve çocuklar için genel değerlendirme ölçeği de çocuğun işlevselliğinin belirlenmesinde yardımcıdır. Bu formun Türkçe çeviri ve tekrar çevirisi, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları, Gökler ve ark. tarafından yapılmıştır (118, 119).

#### 4. BULGULAR

Çalışmada, ÖÖB tanısı olan çocuk ve ergen hastalarda psikososyal zorluklar ve ilişkili bulunabilecek diğer faktörler, eşlik eden diğer psikiyatrik bozukluklar değerlendirilmiştir. Bu amaçla polikliniğimize başvuran, 6-18 yaş grubundaki gönüllü hastalar ele alındı.

Çalışmamız Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları kliniğinde yapıldı. Kliniğimize başvuran, çalışmaya katılmayı gönüllülük esası ile kabul eden 134 çocuk ve ergen hasta, klinik değerlendirme sonrası çalışmamıza dâhil edildi. Katılımcıların %54,5'i (n=73) erkek, %45,5'i (n=61) kız olgulardan oluşmaktaydı. Olgu grubu çalışmaya katılanların %44,8'inden (n=60) oluşurken, kontrol grubunu %55,2'si (n=74) oluşturmaktaydı. Gruplara cinsiyet açısından bakıldığında olgu grubunun %60'ı (n=36) erkek, %40'ı (n=24) kız, kontrol grubunun ise %50'si (n=37) kız, %50'si (n=37) erkek katılımcılardan oluşmakta idi. Çalışmadaki katılımcılar cinsiyetleri açısından karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p=0,248). Çalışmamızdaki katılımcıların cinsiyet açısından dağılımı şekil 4.1'de gösterilmiştir.



Şekil 4.1: Çalışmamızdaki Katılımcıların Cinsiyetlere Göre Dağılımı

Çalışmamızdaki katılımcıların yaş verileri incelendiğinde, olgu grubunda katılımcıların yaşları 8 ile 16 arasında değişmekte, ortalama yaş  $11.7 \pm 2.1$  yıldır. Medyan değeri ise 12 yıl olarak bulunmuştur. Kontrol grubunda ise, 6-16 yaş aralığında hastalar bulunduğu, ortalama  $13.6 \pm 1.2$  yıl ve medyan değeri 12 olarak

bulundu. Gruplar arasında, yaş bakımından istatistiksel anlamlı farklılık saptanmadı ( $p=0,566$ ). Katılımcıların annelerinin yaşları 30-55 yıl arasında değişmekte olup, ortalaması  $39.8\pm 5.1$  yıl, medyan değeri de 38'dir. Anne yaşları kontrol grubunda 30-47 yıl arasında olup, ortalama  $38.4\pm 4.6$  yıl, medyan değeri 39 yıl olarak saptandı. Babalarının yaşlarına bakıldığında olgu grubunda 33-56 yıl arasında değişmekte, ortalama  $42.6\pm 4.8$  yıl, medyan değer ise 41.5 yaş olarak saptandı. Baba yaşları, kontrol grubunda 31-55 yaş arası değişiklik göstermekte, ortalama  $43\pm 4.9$  yıl ve medyan değeri de 44 olarak saptanmıştır. Gruplar arasında anne yaşları ve baba yaşları bakımından, istatistiksel anlamlı fark saptanmadı (sırasıyla  $p=0,262$ ,  $p=0,435$ ). Çalışmamızdaki katılımcıların ebeveynlerine ilişkin demografik veriler tablo 4.1'de gösterilmiştir.

Tablo 4.1: Katılımcıların Ebeveynlerine İlişkin Demografik Veriler

		Olgu Grubu (n=60)	Kontrol Grubu (n=74)	$p^*$
Anne	Ortalama $\pm$ Std. Sapma	39.8 $\pm$ 5.1	38.4 $\pm$ 4.6	0,262
	Ortanca	38	39	
	En Küçük-En Büyük	30-55	30-47	
Baba	Ortalama $\pm$ Std. Sapma	42.6 $\pm$ 4.8	43 $\pm$ 4.9	0,435
	Ortanca	41.5	44	
	En Küçük-En Büyük	33-56	31-55	

\*Pearson Kikare Testi

Katılımcıların ailesinin aylık geliri Türk Lirası olarak değerlendirildi ve ailelerin aylık gelirlerine göre asgari ücret ve altında olanlar grup 1, asgari ücret ve dört katına kadar olan katılımcılar grup 2, asgari ücretin dört katı ve üzeri olanlar ise grup 3 olacak şekilde gruplandı. Olgu grubundaki katılımcıların %21,7'si (n=13) grup 1, %66,7'si (n=40) grup 2, %11,7'si (n=7) grup 3'te yer alırken, kontrol grubunun %13,5'i (n=10) grup 1, %52,7'si (n=39) grup 2, %33,8'i (n=25) grup 3'te yer aldı. Ailelerinin gelir durumu açısından olgu ve kontrol grupları karşılaştırıldığında, kontrol grubundaki olguların ailelerinin daha yüksek gelir düzeyinde olduğu ve olgu grubu ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunduğu saptandı ( $p<0,05$ ).

Çalışmamızdaki grupların okul öncesi eğitime başlama yaşları bakımından değerlendirilmesinde, olgu grubunun başlama yaşlarının 2-6 yaş arasında değiştiği, ortalama  $4.8 \pm 0.8$  yaş, medyan değerinin 5 yaş olduğu, kontrol grubunda ise 3-6 yaş aralığında değiştiği, mean değerinin  $4.4 \pm 0.8$  yıl, medyan değerinin 5 yıl olduğu saptandı. Okul öncesi eğitime başlama yaşları açısından, kontrol grubundaki katılımcıların istatistiksel anlamlı fark oluşturacak şekilde daha erken okul öncesi eğitim almaya başladıkları saptandı ( $p < 0,05$ ). Katılımcıların ilkokula başlama yaşları incelendiğinde ise, olgu grubunun ilkokula başlama yaşlarının 6-7 yaş arasında değiştiği, ortalama  $6.3 \pm 0.5$  yaş, medyan değerinin de 6 yaş olduğu saptandı. Kontrol grubunun ise, ilkokula başlama yaşları 5-7 arasında değiştiği, ortalama  $6.3 \pm 0.5$  yaş, medyan değerinin ise 6 yaş olduğu belirlendi. Gruplar arasında, ilkokula başlama yaşları bakımından istatistiksel anlamlı farklılık saptanmadı ( $p = 0,094$ ).

Çalışmamızdaki hastaların öğrenim gördükleri sınıflara göre dağılımları tablo 4.2'de verilmiştir.

Tablo 4.2: Çalışmamızdaki Vakaların Öğrenim Gördükleri Sınıflara Göre Dağılımı

		Olgu Grubu (n=60)	Kontrol Grubu (n=74)	Toplam	$p^*$
Sınıf	1	0 (%0)	3 (%4,1)	3 (%2,2)	0,157
	2	5 (%8,3)	7 (%9,5)	12 (%9)	
	3	8 (%13,3)	9 (%12,2)	17 (%12,7)	
	4	5 (%8,3)	10 (%13,5)	15 (%11,2)	
	5	7 (%11,7)	4 (%5,4)	11 (%8,2)	
	6	9 (%15)	6 (%8,1)	15 (%11,2)	
	7	12 (%20)	8 (%10,8)	20 (%14,9)	
	8	8 (%13,3)	6 (%8,1)	14 (%10,4)	
	9	5 (%8,3)	12 (%16,2)	17 (%12,7)	
	10	1 (%1,7)	4 (%5,4)	5 (%3,7)	
	11	0 (%0)	1 (%1,4)	1 (%0,7)	
	12	0 (%0)	4 (%5,4)	4 (%3)	
	Toplam	60 (%100)	74 (%100)	134 (%100)	

\*Fisher's Exact Testi

Çalışmamızdaki katılımcılar okul başarısı açısından değerlendirildi. Okul başarısı pekiyi, iyi, orta-kötü olarak sınıflandırıldı. Olgu grubunun %8,3'ü (n=5) pekiyi, %23,3'ü (n=14) iyi, %68,3'ü (n=33) orta-kötü olarak belirlendi. Kontrol grubunun ise %48,6'sı (n=36) pekiyi, %41,9'u (n=31) iyi, %9,5'i (n=7) orta olarak saptandı. Ancak kontrol grubunda okul başarısı kötü olan katılımcı olmadığından, olgu grubundaki orta-kötü katılımcılar tek grupta birleştirilerek yeniden analiz edildi. Okul başarısı bakımından çalışmamızdaki gruplar karşılaştırıldığında, kontrol grubunda, olgu grubuna göre okul başarısı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ( $p < 0,001$ ). Çalışmamızdaki katılımcıların okul başarısı bakımından dağılımları tablo 4.3'te verilmiştir.

Tablo 4.3: Çalışmamızdaki Katılımcıların Okul Başarısı Açısından Dağılımı

		Olgu Grubu (n=60)	Kontrol Grubu (n=74)	Toplam	X <sup>2</sup>	p*
Okul Başarısı	Pekiyi	5 (%8,3)	36 (%48,6)	41 (%30,6)	53,89	<b>0,000</b>
	İyi	14 (%23,3)	31 (%41,9)	45 (%33,6)		
	Orta- Kötü	41 (%68,3)	7 (%9,5)	48 (%29,9)		
	Toplam	60 (%100)	74 (%100)	134 (%100)		

\*Pearson Ki-Kare Testi

Çalışmamızdaki katılımcılar anne eğitim durumları açısından değerlendirildiğinde, olgu grubunun %46,7'sinin (n=28) ilköğretim mezunu, %31,7'sinin (n=19) lise mezunu, %21,7'sinin (n=13) üniversite/yüksek okul mezunu olduğu, kontrol grubundaki katılımcıların ise %33,8'inin (n=25) ilköğretim mezunu, %36,5'inin (n=27) lise mezunu, %29,7'sinin (n=22) üniversite/yüksek okul mezunu olduğu saptandı. Kontrol grubunda ilköğretim grubunda yer alan iki katılımcının annesinin okuryazar olmadığı belirlendi. Çalışmamızdaki katılımcılar anne eğitim düzeyleri açısından karşılaştırıldıklarında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ( $p = 0,295$ ). Katılımcıların anne eğitim durumları bakımından karşılaştırılması, tablo 4.4'de gösterilmiştir.

Tablo 4.4: Katılımcıların Anne Eğitim Durumları

Anne Eğitim Durumu	Olgu Grubu (n=60)	Kontrol Grubu (n=74)	Toplam	p*
İlköğretim	28 (%46,7)	25 (%33,8)	53 (%40)	0,295
Lise	19 (%31,7)	27 (%36,5)	46 (%34,3)	
Üniversite/Yüksekokul	13 (%21,7)	22 (%29,7)	35 (%26,1)	
Toplam	60 (%100)	74 (%100)	134 (%100)	

\*Pearson Ki-Kare Testi

Katılımcılar babalarının eğitim durumu bakımından da kıyaslandı. Kontrol grubundaki katılımcıların babalarının eğitim durumlarının, istatistiksel anlamda farklı olacak şekilde daha yüksek olduğu saptandı ( $p<0,05$ ). Tablo 4.5'te, çalışmamızdaki katılımcıların babalarının eğitim durumlarına göre dağılımlarına ilişkin elde edilen veriler gösterilmiştir.

Tablo 4.5: Katılımcıların Babalarının Eğitim Durumu

Babanın Eğitim Durumu	Olgu Grubu (n=60)	Kontrol Grubu (n=74)	Toplam	X <sup>2</sup>	p*
İlköğretim	26 (%43,3)	20 (%27)	46 (%34,3)	9,244	<0,05
Lise	22 (%36,7)	21 (%28,4)	43 (%32,1)		
Üniversite/ Yüksekokul	12 (%20)	33 (%44,6)	45 (%33,6)		
Toplam	60 (%100)	74 (%100)	134 (%100)		

\*Pearson Ki-kare Testi

Katılımcılar okul öncesi eğitim alıp almadıkları bakımından incelendiğinde, olgu grubunun %96,7'sinin (n=58) okul öncesi eğitim aldığı, %3,3'ünün (n=2) okul öncesi eğitim almadığı saptandı. Kontrol grubunda ise %90,5'inin (n=67) okul öncesi eğitim aldığı, %9,5'inin (n=7) okul öncesi eğitim almadığı saptandı. Çalışmamızdaki gruplar arasında okul öncesi eğitim almış olma bakımından istatistiksel anlamlı farklılık saptanmadı ( $p=0,187$ ). Tablo 4.6'da okul öncesi eğitime ilişkin bulgular verilmiştir.

Tablo 4.6: Katılımcıların Okul Öncesi Eğitim Alma Durumları

		Olgu Grubu (n=60)	Kontrol Grubu (n=74)	Toplam	$p^*$
Okul Öncesi Eğitim Alma	Evet	58 (%96,7)	67 (%90,5)	125 (%93,3)	0,187
	Hayır	2 (%3,3)	7 (%9,5)	9 (%6,7)	
Toplam		60 (%100)	74 (%100)	134 (%100)	

*\*Fisher's Exact Testi*

Çalışmamızdaki katılımcıların okul öncesi eğitimde sorun yaşayıp yaşamadığı sorgulandığında, olgu grubunun %36,2'sinin (n=21) okul öncesi eğitimde sorun yaşadığı, %63,8'inin (n=37) sorun yaşamadığı, kontrol grubunda, %7,5'inin (n=5) okul öncesi eğitimde sorun yaşadığı, %92,5'inin (n=62) sorun yaşamadığı belirlendi. Çalışmamızdaki olgu grubunun istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde okul öncesi eğitimde daha yüksek oranda sorun yaşadığı saptandı ( $p<0,001$ ). İlgili veriler tablo 4.7'de gösterilmiştir.

Tablo 4.7: Katılımcıların Okul Öncesi Eğitimde Sorun Yaşama Durumları

Okul Öncesi		Olgu Grubu (n=60)	Kontrol Grubu (n=74)	Toplam	$X^2$	$p^*$
Eğitimde Sorun	Evet	21 (%36,2)	5 (%7,5)	26 (%20,8)	15,59	<b>&lt;0,001</b>
	Hayır	37 (%63,8)	62 (%92,5)	99 (%79,2)		
Yaşama	Toplam	58 (%100)	67 (%100)	125 (%100)		

*\*Pearson Kikare Testi*

Katılımcılara, okul hayatları boyunca hiç sınıfta kalıp kalmadıkları sorulduğunda, katılımcıların hiçbirisinin sınıf tekrarı yapmadığı saptandı. Katılımcıların okul hayatlarında öğretmen veya okul değişikliğinden en az birisi olup olmadığı sorgulandığında, olgu grubunun %41,7'sinin (n=25) değişiklik olduğunu, %58,3'ünün (n=35) okul hayatında değişiklik yaşamadığı, kontrol grubunun ise %32,4'ünün (n=24) okula hayatında okul veya öğretmen değişikliği yaşadığı, %67,6'sının (n=50) değişiklik yaşamadığı belirlendi. Gruplar arasında öğretmen veya okul değişikliği yaşamış olma bakımından istatistiksel anlamlı farklılık saptanmadı ( $p=0,270$ ). Gruplara ait veriler tablo 4.8'de gösterilmiştir.

Tablo 4.8: Öğrenim Hayatında Okul/Öğretmen Değişikliği Yaşamış Olma

Okul Hayatında Değişiklik Yaşama		Olgu Grubu (n=60)	Kontrol Grubu (n=74)	Toplam	p*
	Evet	25 (%41,7)	24 (%32,4)	49 (%36,6)	0,270
	Hayır	35 (%58,3)	50 (%67,6)	85 (%63,4)	
	Toplam	60 (%100)	74 (%100)	134 (%100)	

\*Pearson Kikare Testi

Çalışmamızdaki katılımcılar anne baba birliktelik durumları açısından değerlendirildi. Olgu grubundaki katılımcıların %90'ının (n=54) anne babaları birlikte iken, %10'unun (n=6) boşanmış, kontrol grubunun ise %97,3'ünün (n=72) anne babaları birlikte iken %2,8'inin (n=2) boşanmış/ayrı yaşıyor olduğu saptandı. Çalışmamızdaki gruplar arasında anne baba birliktelik durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p=0,139). Katılımcıların anne baba birliktelik durumları açısından değerlendirilmesine ilişkin sonuçlar tablo 4.9'da gösterilmiştir.

Tablo 4.9: Katılımcıların Anne Baba Birliktelik Durumları

Anne Baba Birliktelik Durumları		Olgu Grubu (n=60)	Kontrol Grubu (n=74)	Toplam	p*
	Birlikte	54 (%90)	72 (%97,3)	126 (%94)	0,139
	Boşanmış/Ayrı Yaşıyor	6 (%10)	2 (%2,8)	8 (%5,9)	
	Toplam	60 (%100)	74 (%100)	134 (%100)	

\*Fisher's Exact Testi

Çalışmamızdaki gruplar, annelerinin çalışma durumu bakımından değerlendirildiğinde, olgu grubundaki katılımcıların %33,3'ünün (n=20) annelerinin çalıştığı, %66,7'sinin (n=40) annelerinin çalışmadığı, kontrol grubundaki olguların ise %56,8'inin (n=42) annelerinin çalıştığı, %43,2'sinin (n=32) ise annelerinin çalışmadığı saptandı. Gruplar annelerinin çalışma durumları açısından karşılaştırıldığında, kontrol grubundaki katılımcıların annelerinin istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturacak şekilde daha yüksek oranda çalışmakta oldukları saptandı (p<0,05). Çalışmamızdaki katılımcıların annelerinin çalışma durumları açısından değerlendirilmesi tablo 4.10'da verilmiştir.



Tablo 4.10: Katılımcıların Annelerinin Çalışma Durumları

		Olgu Grubu (n=60)	Kontrol Grubu (n=74)	Toplam	X <sup>2</sup>	p*
Annelerin İş Durumu	Çalışıyor	20 (%33,3)	42 (%56,8)	62 (%46,3)	7,31	<b>&lt;0,05</b>
	Çalışmıyor	40 (%66,7)	32 (%43,2)	72 (%53,7)		
Toplam		60 (%100)	74 (%100)	134 (%100)		

\*Pearson Ki-Kare Testi

Çalışmamızdaki katılımcıların babalarının çalışma durumları ele alındığında, olgu grubundaki vakaların %91,7'sinin (n=55) çalışıyor, %8,3'ünün (n=5) çalışmıyor olduğu, kontrol grubundakilerin %94,6'sının (n=70) çalışıyor, %5,4'ünün (n=4) çalışmıyor olduğu saptandı. Çalışmamızdaki olgu ve kontrol grubundaki katılımcıların babalarının çalışma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p=0,501). Tablo 4.11'de babaların çalışma durumu verileri gösterilmiştir.

Tablo 4.11: Katılımcıların Babalarının Çalışma Durumları

		Olgu Grubu (n=60)	Kontrol Grubu (n=74)	Toplam	p*
Babanın İş Durumu	Çalışıyor	55 (%91,7)	70 (%94,6)	125 (%93,3)	0,501
	Çalışmıyor	5 (%8,3)	4 (%5,4)	9 (%6,7)	
Toplam		60 (%100)	74 (%100)	134 (%100)	

\*Fisher's Exact Testi

Çalışmadaki katılımcılar, ailesinde tanı konulmuş bir psikiyatrik bozukluk olup olmaması bakımından incelendi. Olgu grubunun %18,3'ünde (n=11) ailede tanı konmuş bir psikiyatrik bozukluk olduğu, %81,7'sinde (n=49) ise olmadığı, kontrol grubu katılımcıların ise %4,1'inde (n=3) ailede tanı konulmuş psikiyatrik bozukluk olduğu, %95,9'unda ise (n=71) olmadığı saptandı. Çalışmamızdaki olgu grubundaki katılımcılarda ailede tanı konmuş psikiyatrik bozukluğa sahip olma oranı, istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu (p<0,05). Katılımcılara ait ailede tanı konulmuş psikiyatrik bozukluğa sahip olma durumuna ilişkin veriler tablo 4.12'de belirtilmiştir.

Tablo 4.12: Katılımcıların Ailelerinde Tanı Konulmuş Psikiyatrik Bozukluğa Sahip Olma Durumu

Ailede Tanı Konulmuş Psikiyatrik Bozukluk		Olgu Grubu (n=60)	Kontrol Grubu (n=74)	Toplam	<i>p</i> *
Psikiyatrik Bozukluk	Var	11 (%18,3)	3 (%4,1)	14 (%10)	<b>&lt;0,05</b>
	Yok	49 (%81,7)	71 (%95,9)	120 (%89,6)	
Toplam		60 (%100)	74 (%100)	134 (%100)	

\**Fisher's Exact Testi*

Çalışmaya dâhil edilen olguların annelerine hamileyken psikiyatrik sorun yaşayıp yaşamadığı sorusu yöneltildi. Olgu grubundaki katılımcıların %65'i (n=39) sorun yaşamadığını, %10'u (n=6) majör depresif bozukluk (MDB), %3,3'ü (n=2) anksiyete bozukluğu, %20'si (n=12) marital sorunlar, %1,7'si (n=1) kayıp/yas yaşadığını belirtmiştir. Gruplar arasında, annelerin hamileyken psikiyatrik sorun yaşama durumları bakımından istatistiksel anlamlı farklılık saptanmadı (p=0,187). Hamilelikteki tıbbi sorunlar ele alındığında da, olgu grubundaki katılımcıların %75'inin (n=45) tıbbi bir sorun yaşamadığı, %6,7'sinin (n=4) diyabet, %6,7'sinin (n=4) hipertansiyon, %11,7'sinin (n=7) ise hiperemesis yaşadığı belirlendi. Olgu grubunu oluşturan katılımcıların annelerinin, kontrol grubundan istatistiksel anlamlı fark oluşturacak şekilde daha fazla gebelikle ilişkili tıbbi sorunlar yaşadığı saptandı (p<0,05). Tablo 4.13'te hamilelikte yaşanan sorunlara ilişkin veriler gösterilmiştir.

Tablo 4.13:Hamilelikte Yaşanan Sorunlar

		Olgu Grubu (n=60)	Kontrol Grubu (n=74)	Toplam	X <sup>2</sup>	p*
Hamilelikte Psikiyatrik Sorun Yaşama	Hayır	39 (%65)	56 (%75,7)	95 (%70,9)	9,39	0,187*
	Evet	21 (%35)	18 (%24,3)	39 (%29,1)		
Hamilelikte Tıbbi Sorun Yaşama	Hayır	45 (%75)	67 (%90,5)	112 (%83,6)	5,83	<0,05*
	Evet	15 (%25)	7 (%9,5)	22 (%16,4)		

\*Pearson KiKare Test

Çalışmamızdaki olgular doğum haftaları bakımından ele alındığında, olgu grubundaki katılımcıların 32-42 haftalar arasında doğduğu, medyan değerinin 38 hafta olduğu, kontrol grubu katılımcıların 32-40 haftalar arasında doğduğu ve medyan değerinin de 38 hafta olduğu belirlendi. Doğum haftaları bakımından, gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı (p=0,296). Katılımcılar, doğum şekilleri bakımından da incelendi. Olgu grubundakilerin %43,3'ü (n=26) spontan vajinal doğum (SVD), %56,7'si sezaryen doğum iken, kontrol grubundakilerin %29,7'si (n=22) SVD, %70,3'ü (n=52) sezaryen doğum olduğu belirlendi. Çalışmamızdaki katılımcılar arasında, doğum şekli bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p=0,102). Katılımcılar, doğum sonrası komplikasyon gelişimi bakımından ele alındığında, olgu grubunun %18,3'ünde (n=11) doğum sonrası komplikasyon geliştiği, %81,7'sinde (n=49) gelişmediği, kontrol grubunda %10,8'inde (n=8) komplikasyon geliştiği, %89,2'sinde (n=66) doğum sonrası komplikasyon gelişmediği belirlendi. Doğum sonrası komplikasyon gelişimi bakımından olgu ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p=0,214). Çalışmamıza dâhil edilen çocuk ve ergenlerin doğum sonrası küvözde kalma durumları değerlendirildiğinde, olgu grubundaki katılımcıların %23,3'ü (n=14) küvözde kalma öyküsü mevcut, %76,7'sinin (n=46) küvözde kalma öyküsü olmadığı, kontrol grubu katılımcıların %29,7'sinin (n=22) küvözde kaldığı, %70,3'ünün (n=52) küvöz öyküsü bulunmadığı saptandı. Katılımcılar arasında, doğum sonrası küvözde kalma bakımından istatistiksel anlamlı farklılık saptanmadı

( $p=0,406$ ). Anne sütü alma süreleri açısından gruplar değerlendirildiğinde, olgu grubunun 0-36 ay arasında değişen sürelerde anne sütü aldığı, ortalama  $13.5\pm 9.8$  ay, medyan değerinin ise 12 ay olduğu bu sürelerin kontrol grubunda 0-30 ay arasında değiştiği, ortalama  $15.1\pm 8.2$  ay, medyan değerinin de 18 ay olduğu belirlendi. Anne sütü alma bakımından gruplar arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmadı ( $p=0,232$ ). Çalışmamızdaki olguların doğum şekli, doğum sonrası komplikasyon gelişimi, doğum sonrası küvözde kalma durumlarına ilişkin verileri tablo 4.14'te belirtilmiştir.

Tablo 4.14: Çalışmamızdaki Grupların Doğum ve Doğum Sonrası Özellikleri

		Olgu Grubu (n=60)	Kontrol Grubu (n=74)	Toplam	<i>p</i>
Doğum Şekli	SVD	26 (%43,3)	22 (%29,7)	48 (%35,8)	0,102*
	Sezaryen	34 (56,7)	52 (%70,3)	86 (%64,2)	
Doğum Sonrası Komplikasyon	Var	11 (%18,3)	8 (%10,8)	19 (%14,2)	0,214*
	Yok	49 (%81,7)	66 (%89,2)	115 (%85,8)	
Küvöz Öyküsü	Evet	14 (%23,3)	22 (%29,7)	36 (%26,9)	0,406*
	Hayır	46 (%76,7)	52 (%70,3)	98 (%73,1)	

\**Pearson Kikare Testi*

Katılımcıların okuma yazma öğrenmede gecikme yaşama durumlarına bakıldığında, olgu grubunun %85'inin (n=51) okuma yazmayı geç öğrendiği, %15'inin (n=9) okuma yazma öğrenmede gecikme yaşamadığı saptanırken, kontrol grubunda okuma yazma öğrenmede gecikme yaşayan olguya rastlanmadı. Olgu grubunun, kontrol grubuna göre istatistiksel anlamlı olarak okuma yazma öğrenmede gecikmeyi daha sık yaşadığı belirlendi ( $p<0,001$ ). Okuma yazmada gecikmeye ilişkin veriler tablo 4.15'te verilmiştir.

Tablo 4.15: Katılımcıların Okuma Yazmada Gecikme Yaşama Durumları

		Olgu Grubu (n=60)	Kontrol Grubu (n=74)	Toplam	<i>p</i> *
Okuma Yazmada Gecikme	Evet	51 (%85)	0 (%0)	51 (%38,1)	<b>&lt;0,001</b>
	Hayır	9 (%15)	74 (%100)	83 (%61,9)	
	Toplam	60 (%100)	74 (%100)	134 (%100)	

\**Fisher's Exact Testi*

Katılımcılar, özel eğitim alıp almama durumlarına göre değerlendirildi. Kontrol grubunda özel eğitim alan kimse bulunmazken, olgu grubunun %70'i (n=42) özel eğitim almakta, %30'u (n=18) ise özel eğitim almamakta idi. Katılımcıların özel eğitim alma sürelerine bakıldığında bu sürenin 1-84 ay arasında değiştiği, ortalama değerinin  $34.6 \pm 21.7$  ay olduğu, medyan değerinin de 36 ay olduğu saptandı. Özel eğitim durumlarına ilişkin bilgiler, tablo 4.16'da verildi.

Tablo 4.16: Olgu Grubundaki Katılımcıların Özel Eğitim Alma Durumları

		n (%)
Özel Eğitim Alma	Evet	42 (%70)
	Hayır	18 (%30)
	Toplam	60 (%100)

Çalışmamıza dâhil edilen olguların yürümeye başladıkları zaman değerlendirildiğinde, olgu grubunun 7-30 ay arasında yürümeye başladığı, ortalama  $13.9 \pm 4.3$  ay, medyan değerinin de 12 ay olduğu, kontrol grubundakilerin ise 9-30 ay arasında yürümesinin başladığı, ortalama  $12.8 \pm 2.9$  ay, medyan değerinin 18 ay olduğu saptandı. Gruplar arasında yürümeye başladıkları zaman bakımından istatistiksel anlamlı farklılık saptanmadı ( $p=0,109$ ). Katılımcıların, ilk sözcüğü söylemeye başladıkları ay değerlendirildiğinde olgu grubundaki katılımcıların

ortalama  $14.9 \pm 6.4$  ay (8-36 ay) medyan değeri 12 ay, kontrol grubunun ise ortalama  $12.6 \pm 1.9$  ay (9-18 ay), medyan değerin ise 12 ay olduğu belirlendi. İlk sözcüğü söyleme zamanı bakımından gruplar arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmadı ( $p=0,204$ ). Katılımcılara, anlamlı cümle kurmaya başladıkları zaman sorulduğunda, olgu grubunun  $23.9 \pm 9.2$  ayda (12-50 ay) cümle kurmaya başladığı, medyan değerinin 19.5 ay olduğu, kontrol grubunun ise  $17.9 \pm 2.7$  ayda (13-24) cümle kurmaya başladığı, medyan değerinin 18 ay olduğu saptandı. Kontrol grubundaki katılımcıların, istatistiksel olarak anlamlı şekilde olgu grubundakilerden daha erken cümle kurmaya başladıkları saptandı ( $p<0,001$ ).

Çalışmamıza dâhil edilen katılımcılar, eşlik eden psikiyatrik tanılar bakımından değerlendirildi. Eş tanı sayıları incelendiğinde, 53 olguda (%88,3) bir, 39 olguda (%65) iki, 24 olguda (%40) üç, 14 olguda (%23,33) dört eş tanı alan psikiyatrik bozukluk saptandı. 7 olguda (%11,67) eş tanı saptanmadı. Tablo 4.17’de olgu grubundaki katılımcılara eşlik eden psikiyatrik tanıların dağılımı gösterilmiştir.

Tablo 4.17: Olgu Grubundaki Katılımcıların Psikiyatrik Eş Tanıları

Eş Tanılar	n	%
Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu	48	80
Özgül Fobi	19	31,67
Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu	16	26,67
Major Depresif Bozukluk	11	18,33
Sosyal Fobi	10	16,67
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	7	11,67
Obsesif Kompulsif Bozukluk	4	6,7
Ayrılık anksiyetesi	4	6,7
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	3	5
Tik Bozukluğu	2	3,33
Yeme Bozukluğu	2	3,33
Davranım Bozukluğu	2	3,33
Enürezis	1	1,67
Agorafobi	1	1,67
Yok	7	11,67

Piers Harris Çocuklar İçin Öz Kavramı Ölçeği ve alt ölçekleri açısından gruptaki katılımcıların elde ettikleri puanlar bakımından tablo 4.18'de ortalama±standart sapma olarak verilmiştir. Alt ölçeklerden zihin ve okul durumu, popülerite, davranışsal uyum, fiziksel görünüm ve özellikler, kaygı bakımından ve ölçeğin toplam puanı bakımından kontrol grubu olgu grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı olarak daha yüksek puana sahip oldukları saptandı. Mutluluk ve doyum alt ölçeği bakımından ise gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı.

Tablo 4.18: Piers Harris Çocuklar İçin Öz Kavramı Ölçeği

	Olgu Grubu (n=60)	Kontrol Grubu (n=74)	<i>p</i> *
Zihin ve Okul Durumu	3,77±1,88	5,37±1,43	<0,001
Popülerite	6,80±2,34	8,43±1,71	<0,001
Davranışsal Uyum	10,45±3,38	11,77±2,44	<0,05
Fiziksel Görünüm ve Özellikler	6,68±2,69	7,77±2,17	<0,05
Mutluluk ve Doyum	9,82±3,61	11,15±2,38	0,074
Kaygı	6,33±3,15	8,07±2,72	<0,05
Toplam	50,57±13,65	60,76±9,47	<0,001

\**Mann Whitney U Testi*

Katılımcıların sosyal destek değerlendirme ölçeğine verdikleri yanıtlar ve aldıkları puanlar, tablo 4.19'da ortalama±standart sapma olarak belirtilmiştir. Çalışmamızdaki kontrol grubunun, arkadaşlarından aldığı sosyal desteğin ve ölçekten

aldıkları toplam puan bakımından olgu grubundan istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha yüksek olduğu saptandı (sırasıyla  $p<0,001$ ,  $p<0,05$ ).

Tablo 4.19: Sosyal Destek Değerlendirme Ölçeği – Alt Ölçek Puanları

	Olgu Grubu (n=60)	Kontrol Grubu (n=74)	$p^*$
Arkadaş	68,92±13,25	76,81±12,43	<b>&lt;0,001</b>
Aile	52,25±9,17	54,04±7,06	0,171
Öğretmen	40,05±6,09	41,69±6,93	0,053
Toplam	161,22±22,28	172,47±21,01	<b>&lt;0,05</b>

\*Mann Whitney U Testi

Çalışmamızdaki katılımcıların, çocuk yetiştirme tutumları ölçeği ve alt ölçeklerinden elde edilen puanlara ilişkin sonuçlar tablo 4.20’de ortalama±standart sapma olarak verilmiştir. Anne kabul ilgi sevgi alt ölçeğinden kontrol grubu katılımcıların istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek puanlar elde ettiği belirlendi ( $p<0,05$ ), diğer alt ölçeklerden ise olgu grubu ve kontrol grubu açısından istatistiksel anlamlı farklılık saptanmadı.

Tablo 4.20: Çocuk Yetiştirme Tutumları Ölçeği – Alt Ölçek Puanları

	Olgu Grubu (n=60)	Kontrol Grubu (n=74)	$p^*$
Anne Kabul İlgi Sevgi	45,07±8,46	47,53±6,79	<b>&lt;0,05</b>
Anne Sıkı Denetim Kontrol	32,65±8,54	31,15±7,26	0,363
Baba Kabul İlgi Sevgi	42,58±8,68	44,18±8,77	0,145
Baba Sıkı Denetim Kontrol	29,80±6,55	30,62±7,37	0,411

\*Mann Whitney U Testi



Çalışmamızdaki katılımcılara uygulanan Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği'ne ilişkin bulgular ve alınan puanlar ortalama±standart sapma olarak tablo 4.21'de verilmiştir. Gruplar arasında hastane anksiyete ve depresyon ölçeğinin alt ölçekleri olan anksiyete ve depresyon ölçeklerinin her ikisinde de ölçekten alınan toplam puan bakımından istatistiksel anlamlı farklılık saptanmadı. Ölçeğin Türk toplumu için yapılmış olan geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları sonucunda geliştirilmiş olan kesme puanları ile yeniden değerlendirilmesi sonucunda da olgu ve kontrol grupları arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmadı.

Tablo 4.21: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği – Alt Ölçek Puanları

	Olgu Grubu (n=60)	Kontrol Grubu (n=74)	<i>p</i> *
Anksiyete	7,73±3,93	7,65±4,53	0,875
Depresyon	7,30±4,58	6,49±4,50	0,268

\**Mann Whitney U Testi*

Çalışmadaki gruplara uygulanan anne babalık stilleri ve boyutları ölçeğinin alt ölçeklerinden alınan puanların dağılımı ortalama±standart sapma olarak tablo 4.22'de gösterilmiştir. Gruplar arasında, yetkin, otoriter ve izin verici alt ölçekleri bakımından istatistiksel anlamlı farklılık saptanmadı.

Tablo 4.22: Anne Babalık Stilleri ve Boyutları Ölçeği – Alt Ölçek Puanları

	Olgu Grubu (n=60)	Kontrol Grubu (n=74)	<i>p</i> *
Yetkin	61,03±11,38	64,24±9,99	0,057
Otoriter	21,85±8,99	20,80±9,27	0,367
İzin Verici	13,13±3,82	12,01±3,66	0,067

\**Mann Whitney U Testi*

Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği ve katılımcıların aldıkları puanlar bakımından değerlendirildiğinde, anksiyete alt ölçeği ile katılımcıların yaş, gelir düzeyi, doğum haftası ve özel eğitim alma süresi ile istatistiksel olarak negatif yönlü anlamlı ilişki saptandı (sırasıyla  $p<0,05$   $r=-0,338$ ,  $p<0,05$ ,  $r=-0,364$ ,  $p<0,05$   $r=-0,300$ ,  $p<0,05$   $r=-0,334$ ). Özel eğitim alma süresi ile de istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü orta düzeyde anlamlı ilişki saptandı ( $p<0,001$ ,  $r=-0,480$ ). Çalışmamızdaki olgu ve kontrol grubundaki katılımcılar, anne sütü alma süresi bakımından da incelendi ancak katılımcıların benlik kavramı ve sosyal destek algısı bakımından anlamlı bir farklılık saptanmadı.

Tablo 4.23: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ve Demografik Veriler (r)

	HADÖ Anksiyete	HADÖ Depresyon
Çocuğun Yaşı	<b>-0,338*</b>	-0,130
Gelir Düzeyi	<b>-0,364*</b>	-0,185
Doğum Haftası	<b>-0,300*</b>	-0,214
Okul Öncesi Eğitim Başlama Yaşı	0,002	-0,019
İlköğretim Başlama Yaşı	-0,014	0,085
Özel Eğitim Alma Süresi	<b>-0,334*</b>	<b>-0,480**</b>

\* $p<0,05$  Spearman Korelasyon Analizi

\*\* $p<0,001$

Çalışmamızdaki katılımcılar, uygulanan ölçekler ve elde ettikleri puanlar açısından karşılaştırılmıştır.

Sosyal destek ölçeğinin arkadaş alt ölçeği ile ÇYTÖ anne ve baba kabul ilgi sevgi alt ölçekleri ile istatistiksel anlamlı pozitif yönlü ilişki saptandı (her ikisi de  $p<0,05$ ). Piers Harris ölçeğinin popülerite ve sosyallik, fiziksel görünüm, mutluluk ve doyum ve ölçeğin toplam puanı arasında, istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ilişki saptandı (tümü için  $p<0,05$ ). Aile alt ölçeğine bakıldığında, ÇYTÖ baba ve anne kabul ilgi sevgi alt ölçekleri ile istatistiksel anlamlı, pozitif yönlü yüksek düzeyde ilişkili olduğu (her ikisi de  $p<0,001$ ), Piers Harris popülerite sosyallik, fiziksel görünüm, mutluluk ve doyum alt ölçekleri ve ölçeğin toplam puanı ile

istatistiksel olarak anlamlı ilişkili olarak saptandı (tümü için  $p<0,05$ ). Sosyal destek ölçeğinin öğretmen alt ölçeği ile Piers Harris alt ölçekleri olan zihinsel ve okul durum, popülerite ve sosyallik, fiziksel görünüm ile istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde ilişkili saptandı (tümü için  $p<0,05$ ). Sosyal destek ölçeğinin toplam puanı açısından değerlendirildiğinde, ÇYTÖ baba ve anne kabul ilgi sevgi ölçekleri ile istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve orta düzeyde ilişkili (her ikisi de  $p<0,001$ ), Piers Harris popülerite ve sosyallik ile zayıf düzeyde, fiziksel görünüm ile orta düzeyde, mutluluk ve doyum ile zayıf ve Piers Harris total ölçeği ile de orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ilişki (sırasıyla  $p<0,05$ ,  $p<0,001$ ,  $p<0,05$ ,  $p<0,05$ ,  $p<0,05$ ) saptandı.

Tablo 4.24: SDÖ ve Diğer Ölçeklerden Elde Edilen Puanlar ile Korelasyonu (r)

	Arkadaş	Aile	Öğretmen	Toplam
PH Zihinsel ve Okul Durum	0,207	0,162	<b>0,284*</b>	<b>0,255*</b>
PH Popülerite Sosyallik	<b>0,619**</b>	<b>0,279*</b>	<b>0,333*</b>	<b>0,599**</b>
PH Davranış ve Uyma	0,170	0,224	-0,107	0,136
PH Fiziksel Görünüm	<b>0,293*</b>	<b>0,257*</b>	<b>0,340*</b>	<b>0,355*</b>
PH Mutluluk ve Doyum	<b>0,287*</b>	<b>0,385*</b>	0,211	<b>0,368*</b>
PH Kaygı	0,178	0,253	0,197	0,247
PH Total	<b>0,379*</b>	<b>0,396*</b>	0,228	<b>0,427**</b>
ÇYTÖ Anne Kabul İlgi Sevgi	<b>0,369*</b>	<b>0,638**</b>	0,180	<b>0,460**</b>
ÇYTÖ Anne Sıkı Denetim Kontrol	-0,080	-0,090	-0,043	-0,058
ÇYTÖ Baba Kabul İlgi Sevgi	<b>0,360*</b>	<b>0,653**</b>	0,219	<b>0,466**</b>
ÇYTÖ Baba Sıkı Denetim Kontrol	-0,006	-0,043	-0,137	-0,039

ABSÖ Yetkin	0,060	0,236	0,075	0,133
ABSÖ Otoriter	-0,142	<b>-0,263*</b>	-0,066	-0,230
ABSÖ İzin Verici	-0,248	-0,215	-0,158	<b>-0,303*</b>

\* $p < 0,05$  Spearman Korelasyon Analizi

\*\* $p < 0,001$

Çalışmamızda uygulanan ÇYTÖ baba sıkı denetim kontrol alt ölçeği ile Ph davranış ve uyma, mutluluk ve doyum, kaygı ve Ph total ölçeklerinin hepsi ile negatif yönlü ilişkili (sırasıyla  $p < 0,05$   $r = -0,290$ ,  $p < 0,05$   $r = -0,256$ ,  $p < 0,05$   $r = -0,341$ ,  $p < 0,05$   $r = -0,285$ ) saptandı. Baba kabul ilgi sevgi alt ölçeği, Ph davranış ve uyma ile anlamlı, mutluluk ve doyum, kaygı ve total ölçekleri ile orta düzeyde anlamlı (sırasıyla  $p < 0,05$   $r = 0,413$ ,  $p < 0,05$   $r = 0,367$ ,  $p < 0,05$   $r = 0,312$ ,  $p < 0,05$   $r = 0,405$ ) olarak saptandı. HADÖ depresyon alt ölçeği ile negatif yönlü orta düzeyde anlamlı ( $p < 0,001$ ,  $r = -0,458$ ), SDÖ arkadaş alt ölçeği ile anlamlı ( $p < 0,05$   $r = 0,360$ ), aile alt ölçeği ile yüksek düzeyde anlamlı ( $p < 0,05$   $r = 0,653$ ) SDÖ toplam arasında orta düzeyde ilişkili ( $p < 0,05$   $r = 0,466$ ) olarak bulundu. Anne sıkı denetim kontrol alt ölçeği, Ph davranış ve uyum, mutluluk ve doyum ve Ph total ölçekleri ile negatif yönlü anlamlı (sırasıyla  $p < 0,05$   $r = -0,348$ ,  $p < 0,05$   $r = -0,312$ ,  $p < 0,05$   $r = -0,371$ ) olarak saptandı. Anne kabul ilgi sevgi alt ölçeği ile Ph mutluluk ve doyum ve Ph total ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü (sırasıyla  $p < 0,05$   $r = 0,302$ ,  $p < 0,05$   $r = 0,294$ ), ABSÖ yetkin alt ölçeği ile pozitif yönlü ( $p < 0,05$   $r = 0,365$ ) ve otoriter alt ölçek ile negatif yönlü ( $p < 0,05$   $r = -0,302$ ), SDÖ arkadaş alt ölçeği ile pozitif yönde ( $p < 0,05$   $r = 0,369$ ), aile alt ölçeği ile pozitif yönde yüksek düzeyde ( $p < 0,05$   $r = 0,638$ ), SDÖ toplam ölçeği ile pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki ( $p < 0,05$   $r = 0,460$ ) saptandı.

Tablo 4.25: ÇYTÖ ve Diğer Ölçeklerden Elde Edilen Puanlar ile Korelasyonu (r)

	Anne Kabul İlgisi Sevgi	Anne Sıkı Denetim Kontrol	Baba Kabul İlgisi Sevgi	Baba Sıkı Denetim Kontrol
PH Zihinsel ve Okul Durum	0,207	-0,123	0,134	-0,106
PH Popülerite Sosyallik	0,236	-0,176	0,232	-0,112
PH Davranış ve Uyma	0,186	<b>-0,348*</b>	<b>0,413**</b>	<b>-0,290*</b>
PH Fiziksel Görünüm	0,194	-0,124	0,193	-0,016
PH Mutluluk ve Doyum	<b>0,302*</b>	<b>-0,312*</b>	<b>0,367*</b>	<b>-0,256*</b>
PH Kaygı	0,121	-0,244	<b>0,312*</b>	<b>-0,341*</b>
PH Total	<b>0,294*</b>	<b>-0,371*</b>	<b>0,405**</b>	<b>-0,285*</b>
ABSÖ Yetkin	<b>0,365*</b>	-0,110	0,253	-0,098
ABSÖ Otoriter	<b>-0,302*</b>	0,106	-0,151	0,126
ABSÖ İzin Verici	-0,198	0,059	-0,176	0,044
HADÖ Anksiyete	-0,142	0,181	-0,210	0,149
HADÖ Depresyon	-0,216	0,179	<b>-0,458**</b>	0,021
SDÖ Arkadaş	<b>0,369*</b>	-0,080	<b>0,360*</b>	-0,006
SDÖ Aile	<b>0,638**</b>	-0,090	<b>0,653**</b>	-0,043
SDÖ Öğretmen	0,180	-0,043	0,219	-0,137

SDÖ Toplam	<b>0,460**</b>	-0,058	<b>0,466**</b>	-0,039

\* $p < 0,05$  Spearman Korelasyon Analizi

\*\* $p < 0,001$

Katılımcılara uygulanan Hastane anksiyete ve depresyon ölçeğinin alt ölçeği olan anksiyete ölçeği, Piers Harris öz kavramı ölçeğinden elde edilen total puan ile istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü ilişki saptandı ( $p<0,05$ ). Anksiyete ölçeği, anne babalık stilleri ve boyutları ölçeğinin alt ölçekleri olan yetkin, otoriter ve izin verici ölçekler ile istatistiksel olarak anlamlı, otoriter ve izin verici ölçekle pozitif yönlü (her ikisi de  $p<0,05$ ), yetkin ölçekle negatif yönlü ilişkili ( $p<0,05$ ) olarak saptandı. Depresyon alt ölçeği ile ÇYTÖ baba kabul ilgi sevgi alt ölçeği arasında istatistiksel anlamlı negatif yönlü orta düzeyli ilişki saptandı ( $p<0,001$ ). Sosyal destek ölçeğinin aile alt ölçeği ile de istatistiksel anlamlı negatif yönlü ilişki ( $p<0,05$ ), Piers Harris davranış ve uyma alt ölçeği ile istatistiksel anlamlı negatif yönlü ilişkili ( $p<0,05$ ) olduğu, mutluluk ve duyum alt ölçeği ile de istatistiksel anlamlı, negatif yönlü ilişkili olduğu ( $p<0,05$ ), ayrıca Ph total ölçeği ile de istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü ilişkili olduğu ( $p<0,05$ ) saptandı.

Tablo 4.26: HAD Ölçeğinin Diğer Ölçekler ile Korelasyonu (r)

	Anksiyete	Depresyon
PH Zihinsel ve Okul Durum	-0,073	-0,154
PH Popülarite Sosyallik	-0,222	-0,210
PH Davranış ve Uyma	-0,221	<b>-0,333*</b>
PH Fiziksel Görünüm	-0,081	-0,153
PH Mutluluk ve Doyum	<b>-0,258*</b>	<b>-0,340*</b>
PH Kaygı	-0,212	-0,220
PH Total	<b>-0,266*</b>	<b>-0,345*</b>
SDÖ Arkadaş	-0,198	-0,100
SDÖ Aile	-0,126	<b>-0,316*</b>
SDÖ Öğretmen	-0,098	-0,059
SDÖ Toplam	-0,182	-0,192
ÇYTÖ Anne Kabul İlgi Sevgi	-0,142	-0,216
ÇYTÖ Anne Sıkı Denetim Kontrol	0,181	0,179
ÇYTÖ Baba Kabul İlgi Sevgi	-0,210	<b>-0,458**</b>
ÇYTÖ Baba Sıkı Denetim Kontrol	0,149	0,021

\* $p < 0,05$  Spearman Korelasyon Analizi

\*\* $p < 0,001$



Çalışmamızda uygulanan Anne-Babalık Stilleri ve Boyutları ölçeğinin yetkin alt ölçeği ile Piers Harris fiziksel görünüm ve mutluluk ve doyum alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ilişki saptandı ( $p<0,05$   $r=0,327$ ,  $p<0,05$   $r=0,279$ ). ABSÖ Otoriter alt ölçeği ile Piers Harris popülerite ve sosyallik alt ölçeği ile negatif yönlü anlamlı ( $p<0,05$   $r=-0,286$ ), davranış ve uyma, mutluluk ve doyum, kaygı ve Ph total ölçekleri arasında negatif yönlü anlamlı ilişki saptandı (sırasıyla  $p<0,05$   $r=-0,418$ ,  $p<0,001$   $r=-0,509$ ,  $p<0,05$   $r=-0,412$ ,  $p<0,001$   $r=-0,451$ ). ABSÖ İzin verici alt ölçeği ile Piers Harris popülerite ve sosyallik, davranış ve uyma, fiziksel görünüm, mutluluk ve doyum, kaygı ve total ölçeklerinin hepsiyle negatif yönlü anlamlı ilişkili saptandı (sırasıyla  $p<0,05$   $r=-0,302$ ,  $p<0,05$   $r=-0,298$ ,  $p<0,05$   $r=-0,285$ ,  $p<0,05$   $r=-0,371$ ,  $p<0,05$   $r=-0,270$ ,  $p<0,05$   $r=-0,377$ ).

Tablo 4.27: ABSÖ ve Diğer Ölçeklerden Elde Edilen Puanlar ile Korelasyonu (r)

	Yetkin	Otoriter	İzin Verici
PH Zihinsel ve Okul Durum	0,208	-0,069	-0,101
PH Popülerite Sosyallik	0,000	<b>-0,286*</b>	<b>-0,302*</b>
PH Davranış ve Uyma	0,238	<b>-0,418**</b>	<b>-0,298*</b>
PH Fiziksel Görünüm	<b>0,327*</b>	-0,080	<b>-0,285*</b>
PH Mutluluk ve Doyum	<b>0,279*</b>	<b>-0,509**</b>	<b>-0,371*</b>
PH Kaygı	0,070	<b>-0,412**</b>	<b>-0,270*</b>
PH Total	0,217	<b>-0,451**</b>	<b>-0,377*</b>

\* $p<0,05$  Spearman Korelasyon Analizi

\*\* $p<0,001$

## 5. TARTIŞMA

Yapılan bu çalışmada, özgül öğrenme bozukluğu olan çocuklar ve ebeveynlerinde psikososyal zorluklar ve ÖÖB'ye eşlik eden tanılar ele alındı. Piers Harris öz kavram ölçeği, sosyal destek ölçeği, anne babalık stilleri ve boyutları ölçeği, çocuk yetiştirme tutumları ölçeği ve hastane anksiyete ve depresyon ölçeği kullanılarak bu ölçeklerin katılımcıların demografik özelliklerine göre değişimleri ve ölçeklerden alınan puanlar ile ilişkisi incelendi. Araştırmada, özgül öğrenme bozukluğu olan ve olgu grubunu oluşturan 60 katılımcı, kontrol grubunu oluşturan da 74 katılımcı olmak üzere toplam 134 çocuk ve ebeveynleri yer aldı.

Özgül öğrenme bozukluğu, son yıllarda önemi ve farkındalığı, bunlara bağlı olarak da sıklığı artış gösteren bir bozukluktur. Ülkemizde 2016 yılında yapılan bir çalışmada, son 20 yılda özgül öğrenme bozukluğu tanısı alan hasta sayısında oldukça önemli bir artış olduğu belirtilmiştir (120). 1800'lerden bu yana ÖÖB tanımlanmaya ve açıklanmaya çalışılırken hep bilişsel beceriler ve akademik başarı ön planda ele alınmış ancak öğrenme süreci ile ilgili önemli çalışmaları olan Piaget duygusal ve sosyal etkileşimin de öğrenmede oldukça önemli rolü olduğu görüşünü belirtmiştir (121). Bu bağlamda ÖÖB'li bireylerin akademik güçlük, benlik saygısında azalma, sosyal iletişimsel sorunlar ve bunlara eşlik eden psikopatolojiler ile birlikte ele alınması daha kapsamlı şekilde açıklanmasını ve anlaşılmasını sağlar.

Çalışmamızda ÖÖB tanısı olan 6-18 yaş aralığındaki gönüllü çocuk ve ergenler ile aynı yaş grubundan seçilen, fiziksel ve mental bir hastalığı olmayan kontrol grubu olguları ve ebeveynleri, katılımcıların ve ebeveynlerin demografik özellikleri, doğum özellikleri, ilköğretime başlama yaşları, özel eğitim alma durumları ve süreleri, ebeveynlerinin anksiyete ve depresyon, çocuk yetiştirme tutumları, anne babalık stilleri, çocuğun sosyal destek algısı, çocuğun öz kavramı bakımından değerlendirilmelerine ilişkin sonuçları ele alındı. Çalışmamızda ÖÖB'nin yalnızca öğrenme ve akademik başarı anlamında güçlüklereden olmayıp, yaşamın pek çok alanında psikososyal zorluklara yol açtığı, tanı ve tedavi aşamasında bu sorunların da değerlendirilmesinin ve müdahalelerde göz önünde bulundurulmasının vurgulanması da amaçlanmıştır.

Çalışmamızdaki olguların %60'ı (n=36) erkek, %40'ı (n=24) kız olup, erkek/kız oranı 3/2'dir. Özgül öğrenme bozukluğu ile ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında, erkeklerde kızlara göre 2 ile 5 kat daha sık görüldüğünü belirten çalışmalar olmakla birlikte (122), kız erkek oranının eşit saptandığı çalışmalar da mevcuttur (4, 123, 124). Bu çalışmalar, erkek cinsiyette ÖÖB görülme sıklığının daha fazla oluşunu, erkek cinsiyete eşlik eden davranışsal problemlerin daha fazla oluşuna, dolayısı ile de daha sık tedavi gereksinimi duymalarına bağlamışlardır. Erkek kız oranının eşit saptandığı çalışmadaki sonuç ise olgu sayısının az olmasına bağlanmıştır. Toplamda 9799 katılımcının dâhil edildiği çok merkezli bir çalışmada, dört farklı epidemiyolojik çalışma değerlendirilerek, ÖÖB için E/K oranının 1,39 ile 3,19 arasında değiştiğini saptanmıştır (33). Yine geniş katılımlı bir diğer çalışmada ise, 11804 olgunun incelenmesi sonucunda ÖÖB için E/K oranı 1,69 olarak belirtilmiştir (125). Çalışmamızda da literatürdeki olgular ile benzer şekilde E/K oranı 1,5 olarak saptanmıştır.

ÖÖB, gelişimsel bir hastalık olup, öğrenme ve algılama ile ilişkili sorunlar doğumla birlikte başlar ve hayat boyu devam eder. Bu bağlamda okul öncesi dönemde de ÖÖB açısından risk altında bulunan olgular olmakla birlikte, hastanın ÖÖB tanısını alması çoğunlukla okul başarısında düşüklük saptanması sonucunda olmaktadır (55, 126). Ülkemizde ise ÖÖB tanısı genellikle ikinci ve üçüncü sınıflarda konulmaktadır (127). Çalışmamızdaki olguların yaşları 8-16 yaş arasında değişmekte, ortalama yaş ise  $11.7 \pm 2.1$  yıldır. Çalışmamızdaki olguların okul öncesi eğitime başlama yaşları bakımından değerlendirildiklerinde de 2-6 yaş arasında oldukları, ortalama  $4.8 \pm 0.8$  yaşında okul öncesi eğitime başladıkları belirlendi. Çalışmamızdaki olgu gruplarının okuldaki sınıflarına göre dağılımlarına bakıldığında da yaş grupları ve literatür verileri ile uyumlu şekilde ikinci ve üçüncü sınıftaki katılımcıların %21,6'sını oluşturduğu saptandı. Öğrenme bozuklukları ile ilgili farkındalığın artmış olmasına bağlı olarak tanı yaşının giderek daha da küçüldüğü düşünülmektedir.

ÖÖB tanılı çocuklarda, düşük sosyoekonomik düzeyin yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkileri olduğu bilinmektedir (128, 129). Yapılan çalışmalarda, ÖÖB'nin oluşumunda da önemli faktörlerden birisinin düşük sosyoekonomik düzey olduğu

belirtilmiştir (30, 130). Çalışmamızdaki katılımcıların aileleri aylık gelirleri bakımından değerlendirildiğinde, kontrol grubundaki katılımcıların olgu grubuna göre daha yüksek sosyoekonomik düzeyde oldukları, özellikle asgari ücretin dört katı ve üzeri aylık geliri olan grupta yüksek düzeyde anlamlı farklılık olduğu saptandı. Bununla paralel olarak kontrol grubunda olgu grubuna göre istatistiksel olarak baba eğitim durumlarının daha yüksek olduğu, annelerin de daha yüksek oranda yükseköğretim mezunu oldukları saptandı. Ebeveynlerin çalışma durumları incelendiğinde de, babaların hem olgu hem kontrol grubunda %90'ın üzerinde çalışmakta olduğu ve anlamlı farklılık saptanmadığı, annelerin ise kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturacak şekilde daha yüksek oranda çalışmakta oldukları saptandı. Bu veriler de yüksek sosyoekonomik düzey ile paralel olarak yorumlandı. Çalışmamızdaki katılımcılar arasında ebeveyn birliktelik durumları bakımından anlamlı bir farklılık saptanmadı. Her ne kadar çalışmamızdaki bulgular literatür verisi ile uyumlu saptansa da aile gelir durumu bakımından daha geniş katılımlı çalışmalar ile desteklenmeye ihtiyacı olduğunu düşünmekteyiz.

Ebeveynlerdeki eğitim seviyesinin düşük olması, çocuklarda okuma yazma becerisinde gerilik için bir risk faktörüdür. Okuma bozukluğuna eşlik eden faktörlerin incelendiği bir çalışmada, okuma bozukluğu olan çocukların ebeveynlerinde okuma bozukluğu olmayanların ebeveynlerine göre eğitim seviyesinin anlamlı derecede daha düşük olduğu belirtilmiştir (131). Yapılan çalışmalarda, disleksisi olan olguların ebeveynlerinin eğitim düzeyleri, dislektik olmayanlara göre daha düşük bulunmuştur (132). Çalışmamızdaki katılımcılar anne eğitim durumları bakımından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmasa da hem olgu hem de kontrol grubunda yüzdesel olarak lise ve üniversite mezunu olanlar ilköğretim mezunu olan gruptan daha yüksek oranda bulundu. Baba eğitim durumlarına bakıldığında ise, kontrol grubundakilerin anlamlı derecede daha yüksek eğitim düzeyine sahip oldukları saptandı.

ÖÖB'nin tanısı konulurken, zekâ, yaş ve eğitim düzeyine göre beklenen akademik başarıyı gösterememesi dikkate alınmaktadır. Ayrıca ÖÖB etiolojisinde dil gelişim sorunları da önemli bir yer tutmaktadır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada, ÖÖB olguları ele alınmış ve %31,4'ünde konuşmada gecikme saptandığı

belirtilmiştir (133). Yine bir başka çalışmada da, ÖÖB olgularında sağlıklı kontrol grubuna göre dil gelişimi, kelime ve cümle kurmada anlamlı düzeyde gecikme olduğu belirtilmiştir (134). Çalışmamızdaki olgu grubunda yer alan katılımcıların, literatür verileri ile de uyumlu şekilde kontrol grubuna göre anlamlı şekilde daha geç cümle kurmaya başladıkları belirlendi.

Yapılan çalışmalarda, ÖÖB açısından yüksek risk oluşturan grupların erken tanı ve uygun eğitimlerle desteklenmesi ile bu olguların akranlarını akademik başarı anlamında yakalayabildikleri gösterilmiştir (135). Yine bir başka çalışmada da erken özel eğitim başlanan olguların akranları ile benzer başarı gösterebilme potansiyeli olduğu belirtilmiştir (136). Hastanın geç tanı alması, erken müdahale şansını ortadan kaldırmakta, özel eğitim süreçlerinden geç yararlanmaya neden olmaktadır. Bu durum ise eğitim süresinin uzamasına, eğitim giderlerinin artmasına, bireyin özel eğitimden yeterli verimi alamaması sonucunda sosyal zorluklar, okula uyum problemleri, okula devam etmede güçlükler, olumsuz okul algısı gibi problemlere neden olmaktadır (127, 137). Yapılan bir diğer çalışmada, ÖÖB varlığı erken dönemde saptanmış, uygun tedavi ve destek almış olguların eğitimlerinde ve sosyal hayatta daha başarılı oldukları saptanmıştır (138). Ancak literatürdeki çalışmalara göre okul öncesi eğitim alma açısından aynı durum söz konusu değildir. 2005 Yılında ülkemizde yapılan bir çalışmaya göre, çocuğun daha önce okul öncesi eğitim almasının öğrenmede güçlük yaşama bakımından herhangi bir etkisi olmadığı belirtilmiştir (139). Çalışmamızdaki katılımcılar okul öncesi eğitim alma bakımından değerlendirildiğinde olgu ve kontrol grupları arasında anlamlı fark saptanmazken, olgu grubundaki katılımcıların istatistiksel anlamlı olacak şekilde daha geç yaşta okul öncesi eğitime başlamakta oldukları belirlendi, bu durumun da düşük sosyoekonomik düzey ve düşük ebeveyn eğitim seviyesi ile ilişkili olduğu düşünüldü. Okul başarısı ise beklendiği şekilde olgu grubunda kontrol grubuna göre daha düşük olarak saptandı. Okul öncesi eğitimde sorun yaşama bakımından da, olgu grubunun istatistiksel anlamlı şekilde daha fazla sorun yaşadığı saptandı. Bu durum da yine literatürdeki eğitime geç başlama ve daha çok uyum problemi yaşama verileri ile uyumlu bulundu.

Ülkemizde ilköğretime başlama yaşı, Milli Eğitim Bakanlığı tarafından kayıtların yapıldığı yılın eylül ayı itibarıyla 66 ay ve üzeri olan çocuklar olarak belirlenmiştir, ayrıca velisinin izni bulunan 60-66 aylık çocuklar da başlatılabilmektedir (140, 141). Bu bağlamda, çalışmamızdaki olgu ve kontrol grubu katılımcıların ilköğretime başlama yaşları arasında da anlamlı bir farklılık saptanmadı. Okula uyum bozukluklarını ele alan bir çalışmada, okul değiştirme, öğretmen değiştirme, kardeş doğumu, boşanma gibi durumların okula uyum problemi yarattığı belirtilmiştir (142). Ancak literatürdeki çalışmalarda, okul veya öğretmen değişikliği yaşamış olmanın ÖÖB sıklığı üzerine etkisini ele alan bir çalışmaya tarafımızca rastlanmamıştır. Çalışmamızdaki katılımcılarda da okul ve/veya öğretmen değişikliği yaşamış olma bakımından anlamlı bir farklılık saptanmadı. Ancak bu konuda daha çok çalışmalar yapılması ile daha sağlıklı sonuçlar elde edilebileceği kanısındayız.

ÖÖB ve DEHB tanısı olan olguların okul başarılarını, anne çocuk ilişkisi, ebeveyn tutumları, özel eğitim desteği alıp almama durumları ve ebeveynlerin eğitim düzeyleri gibi pek çok faktör etkilemektedir (143). 2015 yılında yayımlanan bir çalışmada, öğrenme güçlüğü yaşayan olguların %87'sinin özel eğitim ve destek eğitimi aldıkları belirtilmiştir (144). Bir başka çalışmada ise bu oran %42,5 olarak belirtilmiştir (135). Çalışmamızda ise olgu grubundaki katılımcıların %70'inin özel eğitim alma gereksinimi olduğu, ortalama  $34.6 \pm 21.7$  ay özel eğitim aldıkları saptandı. Bu anlamda literatürde oldukça değişken oranlarda verilerin bulunmasının, daha çok ve geniş katılımlı çalışmalara ihtiyaç duyulduğunu gösterdiğini düşünüyoruz.

Nörogelişimsel bozuklukların gelişimin başlangıcından itibaren kişiyi etkilemesi ve yaşamın ilk gününden bu yana belirti vermesi nedeniyle hamilelik süreci ve doğum öyküsü ÖÖB olgularında önem taşımaktadır. Özellikle zor doğum öyküsü bulunanlarda, nörogelişimsel bozuklukların daha sık görüldüğünü belirten çalışmalar mevcuttur (136). Erken doğum öyküsü bulunan bireylerde de, ebeveynlerden uzak kalma ve diğer olası tıbbi problemlere bağlı olarak ebeveyn stresinde artış olmakta ve yaşam kalitesi etkilenmekte, erken doğuma bağlı olarak da nörogelişimsel bozukluklar, davranış problemleri ve öğrenme ilişkili bozukluklar

bakımından risk arz etmektedir (145). Yine bir başka çalışmada da, gebelikte ilaç kullanımı, radyasyon maruziyeti, sigara kullanımı, hipoksi, zor doğum, infeksiyonlar, prematüre ve düşük doğum ağırlıklı doğum, düşük APGAR skoru gibi faktörlerin olgularda ilerleyen dönemlerde öğrenme güçlüğü ve öğrenme ile ilişkili bozuklukların gelişimine katkıda bulunabilecekleri belirtilmiştir (146). Çalışmamızdaki katılımcılar gebelikte yaşadıkları psikiyatrik (MDB, anksiyete bozukluğu, marital sorunlar, kayıp/yas) ve tıbbi sorunlar (diyabet, hipertansiyon, hiperemezis) bakımından değerlendirildiğinde, olgu grubu katılımcılarda gebelikte tıbbi sorun yaşama öyküsü anlamlı düzeyde daha fazla bulundu. Bu anlamda çalışmamız literatür verileri ile uyumluluk göstermektedir. Ancak doğum şekli, doğum sonrası komplikasyon gelişme durumu ve olguların küvözde kalma öyküsü bakımından olgu ve kontrol grubu arasında anlamlı bir fark saptanamadı. Bu durumun, katılımcıların gebelik dönemine ilişkin tıbbi kayıtlarına ulaşılması mümkün olmadığından, verilerin katılımcıların sözel beyanlarına dayanıyor olması dolayısı ile ayrıntılı ve güvenilir bilgi edinilememesi sonucunda, elde ettiğimiz bilgilerin tam değerlendirme açısından yetersiz kalmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Çandır ve arkadaşları 2015 yılında yaptıkları çalışmada, otizm ve down sendromu tanısı olan ailelerin çoğunluğunda psikiyatrik tedavi görme geçmişi bulunduğunu belirtmiştir (147). Diğer çalışmalarda ise, özel gereksinimi olan çocuklarda davranış problemlerinin daha sık olmasının, annelerde stres düzeyini artırarak ruhsal problemlere yol açabildiği belirlenmiştir (148, 149, 150). Çalışmamızda ÖÖB tanısı olan olgu grubunun ebeveynlerinde de kontrol grubuna göre daha yüksek oranda psikiyatrik hastalığa sahip olma durumu mevcuttur. Bu durum da literatürdeki veriler ile uyumlu olarak yorumlanmıştır.

ÖÖB ile psikiyatrik eş tanılar arasında çift yönlü bir ilişki kurulabilir. Okul başarısında düşüklük ve okula uyum problemleri psikiyatrik problemlere neden olurken (151), ÖÖB oluşumunda etkili nörogelişimsel süreçlerde meydana gelen diğer bozukluklar nedeniyle de diğer psikiyatrik hastalıklar ortaya çıkabilir (152). Bu nedenle de ÖÖB olgularına sıklıkla diğer psikiyatrik tanılar eşlik etmektedir. Çalışmamızdaki olgu grubundaki katılımcıların %88,3'üne en az bir diğer psikiyatrik

tanının eşlik ettiği belirlenmiştir. Bu oran bakımından da çalışmamız literatürde yer alan çalışmalar ile benzer bulunmuştur (57, 151, 153, 154). Literatür verileri incelendiğinde, ÖÖB olgularına en sık eşlik eden tanının DEHB olduğu belirtilmiştir (56). Beitchman ve arkadaşlarının çalışmasında, ÖÖB ve DEHB arasındaki ilişki incelenmiş ve bu iki bozukluğun %10-60 oranında birlikte bulduklarını belirtilmiştir (155). 2003 yılında yapılan ve bu alandaki 17 çalışmanın derlenmesi ile elde edilen sonuçlara göre ise, ÖÖB ve DEHB birlikte bulunma sıklığı farklı çalışmalarda %7-92 arasında değişmektedir (156). Bu denli yüksek oranda farklılık bulunmasının nedeni, çalışmalar arasında, örneklem büyüklükleri ve popülasyonlar bakımından önemli farklılıklar bulunması olarak açıklanmıştır ancak yaygın kanı ÖÖB'ye en sık eşlik eden tanının DEHB olduğu şeklindedir. Ayrıca ÖÖB ve DEHB'nin aynı genetik kalıtım ile aktarıldığını savunan çalışmalar da mevcuttur (157, 158, 159, 160). Literatür verileri ile uyumlu şekilde çalışmamızda da ÖÖB olgularına en sık eşlik eden psikiyatrik tanı, DEHB olarak bulunmuştur (%80).

Çalışmamızda ikinci sıklıkta görülen eş tanı anksiyete bozukluklarıdır. 2011 yılında 58 çalışmanın dâhil edildiği bir meta analiz yapılmış ve ÖÖB olan 3336 olgu, anksiyete bakımından değerlendirilmiş, çalışmaların %95'inde ÖÖB tanısı olanlarda olmayanlara göre daha yüksek anksiyete skorları bulunduğu belirtilmiştir (161). Bir diğer çalışmada da öğrenme bozukluğu olanlarda anksiyete bozukluklarının görülme oranı %45,2 olarak belirtilmiştir (162). Bir başka çalışmada ise diskalkuli olgularında fobik bozukluk ve diğer anksiyete bozukluklarının sık görüldüğü belirtilmiştir (66). Çalışmamızda da bu literatür verileri ile benzer şekilde ÖÖB'ye eşlik eden anksiyete bozuklukları %31,67 özgül fobi, %16,67 sosyal fobi, %11,67 yaygın anksiyete bozukluğu, %6,7 obsesif kompulsif bozukluk, %6,7 ayrılık anksiyetesi ve % 1,67 agorafobi olarak bulunmuştur. Öğrenme bozuklukları ile anksiyete bozukluklarının birlikteliğine ilişkin pek çok farklı görüş vardır. Anksiyetenin öğrenme güçlüğüne sekonder meydana geldiği veya anksiyetenin primer hastalık olup ÖÖB'nin üstüne binmesi ile anksiyete semptomlarının yoğunlaştığı ve hastaneye başvuru sıklığını artırdığı veya ortak serebral disfonksiyon teorisi ile ÖÖB ve anksiyetenin serebral kökenli ortak bir etiyolojik temeli bulunduğu ve bu yüzden sıklıkla eşlik ettiği, bunlardan başlıcalarıdır (161, 163).



Çalışmamızda üçüncü sıklıkta saptadığımız eş tanı yıkıcı davranış bozuklukları olmuştur. Katılımcıların %26,67'sine yıkıcı davranış bozukluklarının en sık görüleni olan karşıt olma karşıt gelme (KOKGB) eşlik etmiştir. Bu gruptaki bir diğer bozukluk ise davranım bozukluğu olmakla birlikte olgu grubu katılımcıların %3,33'ünde mevcuttur. Yapılan bir çalışmada, ÖÖB'li olgularda ÖÖB olmayanlara göre davranış bozukluklarının üç kat daha sık görüldüğü belirtilmiştir (164). Davranış bozukluklarının ÖÖB'li bireylerde sık görülmesi, akademik başarısızlık nedeniyle oluşan düşük benlik saygısı ve engellenme karşısında gelişen patlayıcı davranış sergileme ile açıklanmıştır (155). Bir diğer görüşe göre ise ÖÖB'li bireylerin çevrelerinde kabul görmeleri normal bireylere göre daha güç olduğundan davranış bozuklukları daha sık görülmektedir (165). Çalışmamızda da, literatür verisi ile uyumlu şekilde ÖÖB'li olgu grubu katılımcılarda davranış bozuklukları sık görülen eş tanılardan olmuştur.

ÖÖB'li katılımcılara eşlik eden diğer bozukluklardan birisi de major depresif bozukluk olup, %18,33 oranında saptanmıştır. Öğrenme bozukluğu olan olgularda eş tanıları ele alan bir çalışmada, benlik saygısında düşüklük, major depresif bozukluk ve özkıyım oranının topluma göre daha sık görüldüğü belirtilmiştir (166). Başka bir çalışmada da ÖÖB'li olgularda depresif bozuklukların kontrol grubundan anlamlı derecede daha fazla görüldüğü belirtilmiştir (146). Çalışmamızdaki olgularda da major depresif bozukluk eşlik eden önemli tanılardan birisi olarak bulunmuştur.

Yukarıda belirtildiği üzere ÖÖB olgularında, nörogelişimsel süreçte meydana gelen diğer bozukluklara bağlı olarak psikiyatrik eş tanı oranı oldukça yüksektir. Bu anlamda çalışmamızdaki olgu grubunda görülen ancak nispeten daha az sıklıkta saptanan diğer eş tanıları ise %5 Travma sonrası stres bozukluğu, %3,33 tik bozukluğu, %3,33 yeme bozukluğu ve %1,67 oranında da dışa atım bozukluklarından enürezis saptanmıştır.

ÖÖB'de öğrenme sürecinin progresif oluşu, bunun doğal bir sonucu olarak değişken duygu durum ve bu olgulara bakım verenlerin yükünde önemli bir artışı beraberinde getirmektedir. 2017 yılındaki bir çalışmada, normal çocuklara göre, duygudurum bozukluğu olan çocukların ebeveynlerinde aile yükünün daha fazla olduğu belirtilmiştir (167). Bir diğer çalışmada da 100 sağlıklı ve 100 duygudurum

bozukluğu olan çocuk karşılaştırılmış, ebeveyn stresi ÖÖB tanısı olan ailelerde daha yüksek bulunmuştur (168). Zekâ geriliği olan olguları ele alan bir çalışmada ise, zeka geriliği olan çocuk sahibi olma ile ailelerin stres, anksiyete ve depresyon ve aile yükünün daha yüksek olduğu belirtilmiştir (169). Çalışmamızda ebeveynlere uygulanan hastane anksiyete ve depresyon ölçeği değerlendirildiğinde, olgu ve kontrol grubu arasında anksiyete ve depresyon alt ölçeklerinden elde edilen puanlar bakımından anlamlı farklılık bulunmadı. Yaptığımız korelasyon analizi sonuçlarına göre ise anksiyete alt ölçeği, olguların yaşları ile ters orantılı, aile gelir düzeyi ve doğum haftası ile de negatif yönde anlamlı bulundu. Özel eğitim alma süresi ile anksiyete ters orantılı saptandı. Ebeveynlerin anksiyete düzeylerinin, sosyoekonomik düzeyleri azaldıkça, çocuklarının doğum haftaları ve yaşları azaldıkça, özel eğitim alma süreleri azaldıkça artmakta olduğu belirlendi. Yapılan pek çok çalışmada, ebeveyn yükünün, anksiyete ve depresyon düzeylerinin, çocuğun yaşı, ebeveynin sosyoekonomik düzeyi, ailenin gelir düzeyi gibi faktörlerden etkilendiği belirtilmiştir (170, 171, 172). Bu anlamda çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlar, literatür verileri ile uyumlu saptandı. Anksiyete alt ölçeğinin, anne babalık stilleri ve boyutları ölçeğinin olumlu ebeveynlik stili olan yetkin alt ölçeği ile ters, olumsuz ebeveynlik stili olan otoriter alt ölçeği ile doğru orantılı olduğu saptandı. Buradan yola çıkarak, anksiyetesi daha belirgin olan annelerin, olumsuz ebeveynlik stili olan otoriter ebeveyn stilini daha çok benimsedikleri yorumu yapıldı. Anksiyete alt ölçeği, öz kavramı ölçeği total puanı ile de negatif ilişkili saptandı. Yapılan çalışmalarda, çocuklardaki öz kavramının, ebeveynlerin yapısal özellikleri, anksiyete ve depresyon düzeyleri ile ilişkili olduğu, bu kavramlarda artış oldukça çocuklarda öz kavramının daha düşük saptandığı ve çocuğun akademik başarısını da olumsuz etkilediği belirlenmiştir (173). Benzer şekilde çalışmamızda da ebeveynlerde anksiyete düzeyi arttıkça, çocuklarında öz kavramı gelişiminin de bundan negatif yönde etkilendiği ve çalışmamızın bu anlamda da literatür verisi ile uyumlu olduğu sonucuna varıldı.

Depresyon alt ölçeği ele alındığında, özel eğitim alma süresi ile negatif korelasyonda olduğu görüldü. Olguların özel eğitim alma süresi arttıkça, ebeveyn depresyon düzeyinin azalmakta olduğu sonucuna ulaşıldı. Öz kavramı ölçeği total puanı ile depresyon alt ölçeğinin negatif yönde ilişkili olduğu görüldü. Özellikle mutluluk doyum alt ölçeğinin daha fazla etkilendiği görüldü. Ebeveynlerin

depresyon belirtileri arttıkça çocuklarındaki öz kavramı ve mutluluk doyum düzeylerinin olumsuz yönde etkilendiği belirlendi. Anne babalık stilleri ve boyutları ölçeği ile olan ilişkisi değerlendirildiğinde, ebeveynlerdeki depresyon düzeyi arttıkça, otoriter ve izin verici tutumların arttığı, yetkin anne babalık stilinden ise uzaklaşıldığı görüldü. Sosyal destek ölçeği ile olan ilişkisi değerlendirildiğinde, aile alt ölçeği ile ilişkili bulundu. Ebeveynlerdeki depresyon düzeyi arttıkça, çocuğun aileden algıladığı sosyal destek düzeyinin azaldığı görüldü. Ebeveynlerin depresyon düzeylerini inceleyen bir çalışmada, depresyon düzeyinin düşük sosyoekonomik düzey, özel eğitim alma, düşük eğitim düzeyine sahip olma ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (174, 175). Bireylerin anksiyete ve depresyon düzeylerinin çeşitli demografik özelliklere göre farklılıklar gösterdiğini bildiren pek çok çalışma bulunmakla birlikte, anksiyete ve depresyonun belirli faktörlere göre arttığını veya azaldığını kesinlikle ifade edebilecek bir çalışmaya rastlanmamıştır (172, 174, 175, 176, 177). Bu anlamda daha geniş katılımlı, çok merkezli daha ileri çalışma ve araştırmalara ihtiyaç duyulduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızda, ÖÖB olgularının ebeveynlerinin ABSÖ ile değerlendirilmesi sonucu elde edilen puanlar değerlendirildiğinde, olumlu anne babalık stili olan yetkin anne babalık arttıkça, çocuğun algıladığı ilgi sevgi artmakta, öz kavramı ölçeğine göre de fiziksel mutluluk ve doyum artmaktadır. Yetkin stildeki anne babalar çocuklarına karşı olgun tutumlar sergilerler, gerektiğinde kurallara uymalarını da isterler. Çocuklarına karşı da sıcak ve ilgilidirler, ailede bir karar alınacağında çocukların da görüşlerini alırlar. Hem ebeveyn hem de çocukların hakları ve düşünceleri dikkate alınır (178). Bu tutuma sahip ebeveynlerin yetiştirdiği çocuklar, kendilerini birey olarak benimser, önemser ve özgüvenleri gelişmiştir. Çalışmamızdaki olgulara bakıldığında, ÖÖB ve kontrol grubu arasında ABSÖ alt ölçekleri bakımından anlamlı fark bulunmadığı, ayrıca öz kavramı bakımından da anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır. Çalışmamızda gruplar arasında ABSÖ ve öz kavramı açısından fark bulunmamasının nedeni kısıtlı bir olgu grubunda çalışmış olmamız olarak düşünülmüştür. Bu verinin daha geniş olgu grupları ile ele alınmasının daha sağlıklı sonuçlar verebileceğini düşünüyoruz. Olumsuz ebeveynlik stilleri olan otoriter ve izin verici anne babalık tutumları ile de öz kavramı kaygı, anksiyete ve depresyon ilişkili bulunmuştur. Özellikle izin verici tutum ile kaygı

artmıştır. Bu durumun da otoriter ve izin verici tutumdaki ebeveynlerin kural ve sınır koyma konusundaki zorlukları sonucunda meydana geldiği düşünülmektedir.

Sosyal destek, kişilerin duygu, davranış ve biliş durumlarını etkileyerek iyilik halini desteklemektedir. Kişiye kendisinin değerli olduğunu, sevildiğini ve bir topluluğa ait olduğunu hissettiren bir oluşumdur (108, 109). Sosyal destek fiziksel sağlık için de gerekli bir kavram olmakla birlikte, iyilik haliyle de ilişkili bir kavramdır (108). Gelişim sürecinde, tüm sosyal çevreden alınan olumlu sosyal destek önemli olmakla birlikte, zamanının çoğunluğu okulda, sınıfta, öğretmen ve arkadaş çevresinde geçen öğrenciler için okuldan alınan sosyal destek çok önemlidir. Bu çevreyi okul ortamı, arkadaşları ve öğretmenleri oluşturmakta, ailenin verdiği sosyal destek de iyi bir rol model oluşturmaktadır (113, 179). Çalışmamızdaki bulgular değerlendirildiğinde, literatür verileri ile uyumlu şekilde arkadaş desteği arttıkça, öz kavramı popülerite sosyallik, fiziksel görünüm, mutluluk doyum ve öz kavramı total puanında artış görülmüştür. Arkadaşların, benliğin popülerite, fiziksel görünüm ve mutluluk doyum öğelerine pozitif yönde etkisi mevcut olduğu saptandı. Ailenin ise, benliğin mutluluk doyum algısı üzerinde etkili olduğu saptandı. Otoriter anne babalık stili arttıkça ve ailede depresyon arttıkça çocuğun algıladığı sosyal desteğin azaldığı saptandı. Öğretmen desteğinin, zihinsel ve okul durum, popülerite ve sosyallik ve fiziksel görünüm üzerine olumlu etkileri olduğu görüldü. Toplamda sosyal destek arttıkça, zihinsel ve okul durum, popülerite ve sosyallik, fiziksel görünüm, mutluluk ve doyum üzerine olumlu etkileri ile, öz kavramı ve benlik üzerine de pozitif yönde etkisi olduğu saptandı.

Literatürde, benlik saygısı ve öz kavramında rol oynayan faktörleri tanımlayan çok sınırlı sayıda çalışma vardır. Öz kavramı ve anne baba tutumları arasındaki ilişkiyi değerlendiren çalışmalara bakıldığında, 2007 yılında Bayraktar ve ark. tarafından yapılan çalışmada sağlıklı bir çocuk ve ergen gelişimi için anne baba ile olan ilişkilerin sağlıklı ve güvenli ilişkiler olması gerektiği vurgulanmıştır (180). Diğer yandan çocukların algıladıkları ebeveyn tutumları da benlik saygısı üzerine önemli etkilere sahiptir (181). 1981'de yapılan bir çalışmada, baba kabulünün erkek çocuklarda benlik kavramı üzerine pozitif etkili olduğu belirtilmiştir (182). Anne-çocuk arasındaki bağlanmayı ele alan ve olumlu benlik kavramı ile ilişkisini ortaya

koyan bir diğerk çalışmada, bu tür bireylerin güçlü benlik saygısına sahip ve ileriki yaşantılarında uyum kabiliyeti yüksek bireyler olacakları ifade edilmiştir (183). Ergenlerin ele alındığı bir başka çalışmada da öz kavramı ve bağlanma kavramı ile bakım veren ile kurulan ilişkinin öneminden bahsedilmiştir (184). 2019 yılında ülkemizde yapılan bir çalışmada da, babanın çocuğuna karşı gösterdiği kabul, ilgi ve sevginin, ergenlik dönemindeki bireylerde karşılıklı ilişkilerde ve benlik saygısında da olumlu yönde katkıda bulunduğu belirtilmiştir (115). Literatür verileri ile benzer şekilde, çalışmamızda annenin ilgi ve sevgi gösteriminin artmasının öz kavramı ve mutluluk doyum üzerine olumlu etkili, baba ilgi ve sevgi gösteriminin artışının ise davranış ve uyma, mutluluk ve doyum üzerine olumlu, kaygı düzeyinde ise azaltıcı etkisi olduğu saptandı. Annenin sıkı denetim kontrolünün, davranış ve uyum, mutluluk ve doyum, öz kavramı üzerinde olumsuz etkili, babanın sıkı denetim kontrolünün davranış ve uyma, mutluluk ve doyum ve öz kavramı üzerine olumsuz etkileri bulunduğu saptandı. Ebeveynlerin ilgi ve sevgi gösteriminin artmasının sosyal destek üzerine olumlu etkili olduğu saptandı.

### **Çalışmanın Kısıtlılıkları**

Çalışmamızda, belirlenen zaman aralığında polikliğimize başvuran 134 hasta ele alınmış, ÖÖB olan çocuk ve ergen katılımcılarda ve ebeveynlerinde çeşitli ölçekler kullanılarak psikososyal zorluklar, eşlik eden diğerk tanılar gibi faktörler ele alınmıştır. ÖÖB tanısı, sıklığı ve nedenleri, eşlik eden faktörleri konusunda literatürde birbirinden oldukça farklı ölçütler ve ölçekler kullanan çalışmalar mevcuttur. Tanı halen gözleme, ayrıntılı psikiyatrik muayeneye, nöropsikolojik testlere dayandığından, bu anlamdaki güçlükler çalışmamıza da yansımıştır. Çalışmamızdaki bulgular, kullandığımız ölçeklerin güvenilirliği ile sınırlı kalmıştır. Tanıya yardımcı olacak ve klinik izlemde ve tedavi sürecinde nesnel değerlendirmeler sağlayabilecek ölçüm araçlarına gereksinim olduğunu düşünmekteyiz. Ölçeklerin yanı sıra katılımcılar ve ebeveynlerine ilişkin demografik veriler araştırılmış, çalışmaya katılım açısından caydırıcılığı önlemek adına sorular belirli bir sayıda tutulmuştur. Ayrıca çalışmamızdaki olgu ve kontrol grupları arasında ebeveynlerinin aylık gelir düzeyleri bakımından da farklılıklar bulunmaktadır. Gruplar arasında homojenitenin sağlanması amacıyla benzer gelir

gruplarından vakalar ile yapılacak karşılaştırmaların bu anlamda yol gösterici olabileceğini düşünmekteyiz. Çalışmamız üçüncü basamak sağlık hizmeti veren bir merkezde yapıldığından, ele alınan olguların daha karmaşık bir klinik tabloya sahip olma ihtimalleri de yüksektir. Çalışmamız kısıtlı bir zaman diliminde yapılmış, tek merkezli ve sınırlı bir hasta grubunu ele alan bir çalışma olduğundan, daha geniş kapsamlı, uzun soluklu çalışmalar ile daha kapsamlı veriler elde edilebileceği kanatindeyiz.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda, öğrenme güçlüğü yaşayan olguların, hayat boyu devam edecek olan bu durumun etkisi ile aile ilişkilerinden okul hayatına, akademik başarıdan öz kavramına kadar pek çok alan üzerine etkileri ele alınmıştır. Öğrenmede güçlükle karşılaşan olgular sosyal çevreleri tarafından da dışlanmakta, eşlik edebilen olası tanılar da göz önünde bulundurulduğunda, çocuk psikiyatristlerine başvuru ve yönlendirilme toplumun olumsuz bakış açısı ile daha güç bir hal alabilmektedir. ÖÖB tedavisinin uzun soluklu ve süreğen bir gereklilikte olması da diğer bir güçlük olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu nedenle, böylesi önemli bir halk sağlığı sorunu hakkında olabildiğince erken tanı ve tedavi, olası eş ve eşlik eden tanıların ele alınması, bu anlamda gerek okullarda gerekse ailelere yönelik çeşitli basın yayın araçları ile ÖÖB konusunda farkındalık oluşturma, erken belirtilerin tanınması ve zamanında kliniklere başvurunun teşvik edilmesi oldukça önemlidir. Çalışmamız, ÖÖB tanılı olgularda öz kavramına, sosyal destek algısına, demografik değişkenler ile olan değişimlerine, ebeveyn tutumlarının bunlar ile olan ilişkisine ve ÖÖB'ye eşlik eden diğer tıbbi tanılara ilişkin literatüre katkı sağlayacak olup, çalışmamızın ÖÖB tanılı çocuk ve ergenlere yönelik destekleyici ve eğitici yaklaşımlara önemli katkıları olacağı kanaatindeyiz.

## KAYNAKLAR

1. APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). 2013.
2. Al-Yagon M, Cavendish W, Cornoldi C, Fawcett AJ, Grünke M, Hung LY, et al. The Proposed Changes for DSM-5 for SLD and ADHD: International Perspectives-Australia, Germany, Greece, India, Israel, Italy, Spain, Taiwan, United Kingdom, and United States. *J Learn Disabil.* 2013;46(1):58–72.
3. Grigorenko EL. The first candidate gene for dyslexia: Turning the page of a new chapter of research. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2003;100(20):11190–2.
4. Silver LB. Developmental Learning Disorder In Child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook. Lewis M, editör. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002. 621–629 s.
5. Çuhadaroğlu Çetin F, Çoşkun A, İşeri E, Miral S, Motavallı N, Pehlivan Türk B, vd. Basic Book of Child and Adolescent Psychiatry. Hekimler Y. Ankara; 2008. 216–231 s.
6. Fisher SE, DeFries JC. Developmental dyslexia: Genetic dissection of a complex cognitive trait. *Nat Rev Neurosci.* 2002;3(10):767–80.
7. Willcutt, E. G., & Pennington, B. F. (2000a). Psychiatric comorbidity in children and adolescents with reading disability. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 41(8), 1039-1048.
8. Kılıç G B 2016. Özgül Öğrenme Bozukluğu, Çocuk ve Ergen ruh sağlığı ve hastalıkları kitabı. Aynur Pekcan Akay, Eyüp Sabir Ercan (Ed.) Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği Yayınları, İstanbul, s:87-95.
9. Martin A, Volkmar FR, Lewis M. Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook. Fourth ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.



10. Coşkun ve ark. Özgül öğrenme bozukluğu olan çocuklarda psikiyatrik eş tanıların incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2018; 19(1): 87-94
11. Törő KT, Miklósi M, Horanyi E, Kovács GP, Balázs J. Reading disability spectrum: early and late recognition, subthreshold, and full comorbidity. *J Learn Disabil* 2017; 0022219417704169.
12. Srinath S, Girimaji SC, Gururaj G, Seshadri S, Subbakrishna DK, Bhole P, et al. Epidemiological study of child & adolescent psychiatric disorders in urban & rural areas of Bangalore, India. *Indian J Med Res* 2005; 122(1):67.
13. Goldston DB, Walsh A, Arnold EM, Reboussin B, Daniel SS, Erkanli A, et al. Reading problems, psychiatric disorders, and functional impairment from mid-to late adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007; 46(1):25-32.
14. Brunswick, N. (2012). *Dyslexia: A beginner's guide*. Oneworld Publications.
15. Anderson, P.L., and Meier-Hedde, R. (2001). Early Case Report Of Dyslexia In The United States and Europe. *Journal Of Learning Disabilities*, 34(1), 9-21.
16. Hallahan, D.. "LEARNING DISABILITIES: HISTORICAL PERSPECTIVES." (2002).
17. Wagner RF. 5. Rudolf berlin: Originator of the term dyslexia. *Bull Ort Soc*. 1973;
18. Henderson, V. W. (1986). Anatomy of posterior pathways in reading: a reassessment. *Brain and language*, 29(1), 119-133.
19. Morgan, W. P. (1896). A case of congenital word blindness. *British medical journal*, 2(1871), 1378.

20. Strauss, A. A., & Werner, H. (1941). The mental organization of the brain-injured mentally defective child. *American Journal of Psychiatry*, 97(5), 1194-1203.
21. Kirk, S. A., & Bateman, B. (1962). Diagnosis and remediation of learning disabilities. *Exceptional Children*, 29(2), 73-78.
22. Bateman B (1965), Learning Disabilities: An overview. *Journal of School Psychology*, 3(3), 1-12
23. Clements, S. D. (1966). Minimal Brain Dysfunction in Children; Terminology and Identification. Phase I of a Three-Phase Project. NINDB Monograph No. 3.
24. Hammill DD. On defining learning disabilities: an emerging consensus. *J Learn Disabil*. 1990;23(2):74–84.
25. Yao S, Zou T, Zhu X, Abela JR, Auerbach RP, Tong X. Reliability and validity of the Chinese version of the multidimensional anxiety scale for children among Chinese secondary school students. *Child Psychiatry Hum Dev* 2007;38(1):1-16.
26. Coyne I. Children's experiences of hospitalization. *J Child Health Care* 2006;10(4):326-36.
27. Roeske D, Ludwig K, Neuhoff N, Becker J, Bartling J, Bruder J, et al. First genome-wide association scan on neurophysiological endophenotypes points to trans-regulation effects on SLC2A3 in dyslexic children. *Mol Psychiatr* 2011;16(1):97-107.
28. Kazemifard AG, Gholami K, Dabirsiaghi A. Optimized determination of lorazepam in human serum by extraction and high-performance liquid chromatographic analysis. *Acta Pharm* 2006;56(4):481-8.

29. Shaywitz, S. E. (1998). Dyslexia. *New England Journal of Medicine*, 338(5), 307-312.
30. Görker I, Bozatlı L, Korkmazlar Ü, Yücel Karadağ M, Ceylan C, Söğüt C, et al. The probable prevalence and sociodemographic characteristics of specific learning disorder in primary school children in Edirne. *Noropsikiyatri Ars.* 2017;54(4):343–9.
31. Orhan Doğan, E Erdal Erşan SD. İlköğretim öğrencilerinde olası öğrenme bozuklukları: Bir ön çalışma The probable learning disorders in primary school students: A preliminary study. 2009;58140
32. Moll K, Kunze S, Neuhoff N, Bruder J, Schulte-Körne G. Specific learning disorder: Prevalence and gender differences. *PLoS One.* 2014;9(7).
33. Rutter M, Caspi A, Fergusson D, Horwood LJ, Goodman R, Maughan B, et al. Sex Differences in Developmental Reading Disability. *Jama.* 2004;291(16):2007.
34. Morsanyi K, van Bers BMCW, McCormack T, McGourty J. The prevalence of specific learning disorder in mathematics and comorbidity with other developmental disorders in primary school-age children. *Br J Psychol.* 2018;109(4):917–40.
35. Devine A, Soltész F, Nobes A, Goswami U, Szucs D. Gender differences in developmental dyscalculia depend on diagnostic criteria. *Learn Instr.* 2013;27:31–9.
36. Koumoula A, Tsironi V, Stamouli V, Bardani I, Siapati S, Graham A, et al. An Epidemiological Study of Greek Schoolchildren. 2009;37(5):377–88.
37. Desoete A ve ark. Children with Mathematics Learning Disabilities in Belgium. *J Learn Disabil.* 2004;37(1):50–61.

38. Dirks E, Spyer G, Van Lieshout ECDM, De Sonneville L. Prevalence of combined reading and arithmetic disabilities. *J Learn Disabil.* 2008;41(5):460–73.
39. Silver LB. Learning disabilities. The primary care role in multidisciplinary management. *Postgr Med.* 1986;Jun;79(8):285–96.
40. Habib M. The neurological basis of developmental dyslexia: an overview and working hypothesis. *Brain.* 2000 Dec;123 Pt 12:2373–99.
41. Peterson RL, Pennington BF. Seminar: Developmental Dyslexia. *Natl Inst Heal.* 2012;379(9830):1997–2007.
42. Menghini D, Finzi A, Carlesimo GA, Vicari S. Working Memory Impairment in Children With Developmental Dyslexia: Is it Just a Phonological Deficity? *Dev Neuropsychol.* 2011 Jan 31;36(2):199–213
43. Döhla D, Heim S. Developmental dyslexia and dysgraphia: What can we learn from the one about the other? *Front Psychol.* 2016;6(JAN):1–12.
44. Ramus F. Developmental dyslexia: specific phonological deficit or general sensorimotor dysfunction? *Curr Opin Neurobiol.* 2003 Apr;13(2):212–8.
45. DeFries JC, Alarcón M. Genetics of specific reading disability. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev.* 1996;2(1):39–47.
46. Thompson PA, Hulme C, Nash HM, Gooch D, Hayiou-Thomas E, Snowling MJ. Developmental dyslexia: predicting individual risk. *J Child Psychol Psychiatry.* 2015 Sep;56(9):976–87.
47. Williams J, O'Donovan MC. The genetics of developmental dyslexia. *Eur J Hum Genet.* 2006;14(6):681–9.
48. Petryshen TL, Pauls DL. The genetics of reading disability. *Curr Psychiatry Rep.* 2009;11(2):149–55.

49. Plomin R, Kovas Y. Generalist genes and learning disabilities. *Psychol Bull.* 2005
50. Davis OSP, Band G, Pirinen M, Haworth CMA, Meaburn EL, Kovas Y, et al. The correlation between reading and mathematics ability at age twelve has a substantial genetic component. *Nat Commun.* 2014 Sep 8;5(1):4204
51. Kanzafarova RF, Kazantseva A V., Khusnutdinova EK. Genetic and environmental aspects of mathematical disabilities. *Russ J Genet.* 2015
52. Scanlon D. Specific Learning Disability and Its Newest Definition : Which Is Comprehensive and Which Is Insufficient ? 2013
53. Linkersdörfer J, Lonnemann J, Lindberg S, Hasselhorn M, Fiebach CJ. Grey matter alterations co-localize with functional abnormalities in developmental dyslexia: An ALE meta-analysis. *PLoS One.* 2012;7(8):e43122.
54. Shaywitz SE, Gruen JR, Shaywitz BA. Management of Dyslexia, Its Rationale, and Underlying Neurobiology. *Pediatr Clin North Am.* 2007;54(3):609–23.
55. Sürücü Ö, Gündoğdu B. Öğrenme Bozuklukları, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı. 2008. 216–231 p.
56. Sahoo, M. K., Biswas, H., & Padhy, S. K. (2015). Psychological co-morbidity in children with specific learning disorders. *Journal of family medicine and primary care*, 4(1), 21.
57. Bäcker, A., & Neuhäuser, G. (2003). Internalizing and externalizing syndrome in reading and writing disorders. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 52(5), 329-337.
58. Montgomery SA. Pregabalin for the treatment of generalised anxiety disorder. *Expert Opin Pharmacother* 2006;7(15):2139-54.

59. Veenema AH, Blume A, Niederle D, Buwalda B, Neumann ID. Effects of early life stress on adult male aggression and hypothalamic vasopressin and serotonin. *Euro J Neurosci* 2006;24(6):1711-20.
60. Ginsburg GS, Riddle MA, Davies M. Somatic symptoms in children and adolescents with anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006;45(10):1179-87.
61. de Lucas-Taracena MT, Montanes-Rada F. Swallowing phobia: symptoms, diagnosis and treatment. *Actas Espanol Psiquiatr* 2006;34(5):309-16.
62. Tepper MC, Dodes LM, Wool CA, Rosenblatt LA. A psychotherapy dominated by separation, termination, and death. *Harvard Rev Psychiatr* 2006;14(5):257-67.
63. Sanson A, Prior M, Smart D. Reading disabilities with and without behaviour problems at 7–8 years: Prediction from longitudinal data from infancy to 6 years. *J Child Psychol Psychiatr* 1996;37(5):529-41.
64. Barkmann C, Schulte-Markwort M. Life situation and health status of children and adolescents. *Praxis Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 2006;55(6):444-58.
65. Maag, J.W. and J.T. Behrens, Depression and cognitive self-statements of learning disabled and seriously emotionally disturbed adolescents. *The Journal of Special Education*, 1989. 23(1): p. 17-27.
66. Prior, M., et al., Relationships between learning difficulties and psychological problems in preadolescent children from a longitudinal sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 1999. 38(4): p. 429-436.
67. Swanson, S. and C. Howell, Test anxiety in adolescents with learning disabilities and behavior disorders. *Exceptional Children*, 1996. 62(5): p. 389-397.

68. Klein PD, Shaywitz S. Overcoming Dyslexia: A New and Complete Science-Based Program for Reading Problems at Any Level. *Canadian Journal of Education / Revue canadienne de l'éducation*. 2005.
69. Lagae L. Learning Disabilities: Definitions, Epidemiology, Diagnosis, and Intervention Strategies. *Pediatr Clin North Am*. 2008;55(6):1259–68.
70. Shalev RS, Manor O, Auerbach J, Gross-Tsur V. Persistence of developmental dyscalculia: What counts?: Results from a 3-year prospective follow-up study. *J Pediatr*. 1998;133(3):358–62.
71. De Beer J, Engels J, Heerkens Y, Van Der Klink J. Factors influencing work participation of adults with developmental dyslexia: A systematic review. *BMC Public Health*. 2014;24:14–77.
72. Gittleman-Klein R, Klein DF. Methylphenidate effects in learning disabilities. Psychometric changes. *Arch Gen Psychiatry*. 1976;33(6):655–64.
73. Bental B, Tirosh E. The effects of methylphenidate on word decoding accuracy in boys with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Psychopharmacol*. 2008;28(1):89–92.
74. Williamson D, Murray DW, Damaraju C V., Ascher S, Starr HL. Methylphenidate in Children With ADHD With or Without Learning Disability. *J Atten Disord*. 2014;18(2):95–104.
75. Sumner CR, Gathercole S, Greenbaum M, Rubin R, Williams D, Hollandbeck M, vd. Atomoxetine for the treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in children with ADHD and dyslexia. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2009;3:40.

76. Shaywitz S, Shaywitz B, Wietecha L, Wigal S, McBurnett K, Williams D, vd. Effect of Atomoxetine Treatment on Reading and Phonological Skills in Children with Dyslexia or Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Comorbid Dyslexia in a Randomized, Placebo-Controlled Trial. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 01 February 2017;27(1):19–28
77. Galuschka K, Ise E, Krick K, Schulte-Körne G. Effectiveness of treatment approaches for children and adolescents with reading disabilities: A meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS One*. 2014;9(2)
78. Talih F, Ajaltouni J. Probable nootropic-induced psychiatric adverse effects: A series of four cases. *Innov Clin Neurosci*. 2015;12(11–12):21–5.
79. Tan ML, Ho JJ, Teh KH. Polyunsaturated fatty acids (PUFAs) for children with specific learning disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;2016(9):CD009398.
80. Pecini C, Spoglianti S, Michetti S, Bonetti S, Di Lieto MC, Gasperini F, vd. Telerehabilitation in developmental dyslexia: Methods of implementation and expected results. *Minerva Pediatr*. 2018;70(6):529–38.
81. Cevher, F.N., Buluş, M. (2007). Benlik Kavramı ve Benlik Saygısı: Önemi ve Geliştirilmesi. *Akademik Dizayn Dergisi*, 2, 52-64.
82. Öner, N. (2005). Piers-Harris'in Çocuklarda Öz-Kavramı Ölçeği El Kitabı. Ankara: Türk Psikologlar Derneği.
83. Gans, A.M., Kenny, M.C., and Ghany, D.L. (2003). Comparing the Self-Concept Of Students With and Without Learning Disabilities. *Journal Of Learning Disabilities*, 36(3), 287-295.
84. Geldard, K., ve Geldard, D. (2011). Çocukla Psikoterapötik Görüşme: Giriş Niteliğinde Uygulamalı Bir Rehber. Erden, G. Ve Kudiaki, Ç. (çev.). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.



85. Önder, A. (1997). Küçük Çocuklar İçin Kendilik Algısı Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması ve Okul Öncesi Çocuklarında Kendilik Algısının Yaş, Cinsiyet, Prematüre Doğma ve Okula Devam Etme Süresine İlişkin Olarak İncelenmesi. Doktora Tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı.
86. Gander, M.J., and Gardiner, H. W. (2001). Çocuk ve Ergen Gelişimi. Dönmez, A. , Çelen, N. ve Onur, B. (çev.). Ankara: İmge Kitabevi
87. Şeremet, E.Ö. (2006). Okul Öncesi Çocuklarının(5-6 yaş) Kendilik Algılarının Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İlköğretim Anabilim Dalı.
88. Ryan, M. (1991). The Social And Emotional Effects Of Dyslexia. The Journal Of Advenist Education, 53, 30-33.
89. Yavuzer,H. (2003). Okul Çağı Çocuğu. İstanbul: Remzi Kitabevi.
90. Margalit, M. and Zak, I. (1984). Anxiety and Self-Concept of Learning Disabled Children. Journal of Learning Disabilities, 17(9), 537-539.
91. Black, F.W. (1974). Self-Concept as Related to Achievement and Age In Learning-Disabled Children. Child Development, 45, 1137-1140.
92. Kistner, J., and Osborne, M. (1987). A Longitudinal Study of LD Children's Self-Evaluations. Learning Disability Quarterly, 10(4), 258-267.
93. Möller, J. and Pohlman, B. (2010). Achievement Differences and Self-Concept Differences: Stronger Associations for Above or Below Average Students?. British Journal of Educational Psychology, 80, 435-450.
94. Dilek H, Aksoy A. Ergenlerin Benlik Saygısı ile Anne-Babalarının Benlik Saygısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Derg. 2013;14(3):95-109

95. Baumrind D. Harmonious parents and their preschool children. *Dev Psychol.* 1971;4(1, Pt. 1):99-102.
96. Baumrind D. Effects of Authoritative Parental Control on Child Behavior. *Child Dev.* 1966
97. Sümer N, Gündoğdu Aktürk E, Helvacı E. Anne Baba Tutum ve Davranışlarının Psikolojik Etkileri: Türkiye’de Yapılan Çalışmalara Toplu Bakış. *Türk Psikol Yazıları.* 2010;13(25):42-59
98. Kooraneh AE, Amirsardari L. Predicting Early Maladaptive Schemas Using Baumrind’s Parenting Styles. 2015;9(2):1-5.
99. Grolnick WS. *The Psychology of Parental Control: How Well-Meant Parenting Backfires.* 1st Edition New Jersey: Lawrance Erlbaum Associates Publishers; 2002.
100. Yılmaz A. Eşler Arasındaki Uyum ve Çocuğun Algıladığı Anne-Baba Tutumu ile Çocukların, Ergenlerin, Gençlerin Akademik Başarıları ve Benlik Algıları Arasındaki İlişkiler. Doktora Tezi 2000.
101. Ergüven M. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Alan Çocuk ve Ergenlerde Algılanan Ebeveyn Tutumlarına Bağlı Benlik Saygısı. *Tıpta Uzmanlık Tezi,* 2016
102. Martin CA, Colbert KK. *Parenting: A Life Span Perspective.* New York: McGraw-Hill Book Company, 1997
103. Steinberg L, Mounts NS, Lamborn SD, Dornbusch SM. Authoritative parenting and adolescent adjustment across varied ecological niches. *J Res Adolesc.* 1991;1(1):19-36

104. Lamborn SD, Mounts NS, Steinberg L, Dornbusch SM. Patterns of Competence and Adjustment among Adolescents from Authoritative, Authoritarian, Indulgent, and Neglectful Families. *Child Dev.* 1991;62(5):1049-1065.
105. Darling N, Steinberg L. Parenting style as context: An integrative model. *Psychol Bull.* 1993;113(3):487-496. doi:10.1037/0033-2909.113.3.487
106. Berns RM. *Child, Family, School, Community: Socialization and Support.* 9th ed. Irvine: Wadsworth, Cengage Learning; 2012.
107. Belsky J. The Determinants of Parenting : A Process Model. *Child Dev.* 1984;55(1):83-96.
108. Kong F, Zhao J, You X. Self-Esteem as Mediator And Moderator of The Relationship Between Social Support And Subjective Well-Being Among Chinese University Students. *Social Indicators Research* 2013; 112:151-61.
109. Noronha AM, Mekoty N. Social Support Expectations From Health Care Systems: Antecedents And Emotions. *International Journal of Healthcare Management* 2013; 6: 269-75.
110. Cohen S, Wills TA. Stress, Social Support, And The Buffering Hypothesis. *Psychological Bulletin*, 1985; 98(2): 310-57.
111. King KA, Tegerson JL, Wilson BR. Effect of Social Support on Adolescents' Perceptions of And Engagement in Physical Activity. *Journal of Physical Activity and Health* 2008; 5: 374-84.
112. Mattson M, Hall JG. *Health as Communication Nexus: A Service-Learning Approach.* 1 Edition. Dubuque, Kendall Hunt Publishing Company, 2011;181-218.
113. Ersanlı K, İmamoğlu O, *Beden Eğitimi ve Spor Öğretmenliği Bölümü Öğrencilerinin Kendini-Kabul Düzeylerini Etkileyen Faktörler*, Yıl 1997, Cilt 10 , Sayı 1, Sy. 95 – 109.

114. Sümer N ve Güngör D (1999), Çocuk Yetiştirme Stilllerinin Bağlanma Stilleri, Benlik Değerlendirilmeleri Ve Yakın İlişkiler Üzerindeki Etkisi. Türk Psikoloji Dergisi, 14, 35-58
115. Doğruyol S, Yetim Ü (2019), Ebeveyne Bağlanma, Algılanan Anne/Baba Tutumu İle Akran İlişkileri Arasındaki İlişkide Benlik Saygısının Aracılık Rolü, Nesne, 7(14), 34-51
116. Gökler I (2007), Çocuk ve ergenler için sosyal destek değerlendirme ölçeği Türkçe formunun uyarlama çalışması: Faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 42(I), 43-54.
117. Aydemir Ö ve ark (2007), Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Trük Psikiyatri Dergisi 1997;8(4):280-287
118. Gökler, B., et al., Reliability and Validity of Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children-Present and Lifetime Version-Turkish Version (K-SADS-PL-T). Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health, 2004. 11(3): p. 109-116.
119. Kaufman, J., et al., Schedule For Affective Disorders And Schizophrenia For School-Age Children-Present And Lifetime Version (K-SADS-PL): İntial Reliability And Validity Data. Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry, 1997. 36(7): p. 980-988.
120. Asfuroğlu, B. Ö. Ve Fidan T. Özgül Öğrenme Güçlüğü, Osmangazi Tıp Dergisi, 2016;38 (Özel Sayı 1): 49-54.
121. Müller , U., K Ten Ecyke and L. Baker, Piaget's theory of intelligence, in Handbook of Intelligence. 2015, Springer. P. 137-151.
122. Finucci, J. M., and B. Childs. "Are there really more dyslexic boys than girls."Sex differences in dyslexia 1981: 1-9.

123. Shaywitz SE, Shaywitz BA, Fletcher JM, Escobar MD. Prevalence of reading disability in boys and girls. Results of the Connecticut Longitudinal Study. *Jama*. 1990;264(8):998-1002.
124. Smith CR. *Learning disabilities: The interaction of students and their environments*: Allyn & Bacon; 2003.
125. Miles T, Haslum M, Wheeler T. Gender ratio in dyslexia. *Ann Dyslexia* 1998;48(1):27-55.
126. Schulte-Koerne, G. (2014). Specific learning disabilities-from DSM-IV to DSM-5. *Zeitschrift Fur Kinder-Und Jugendpsychiatrie Und Psychotherapie*, 42(5), 369-374.
127. Aslan K. Özgül öğrenme güçlüğü'nün erken dönem belirtileri ve erken müdahale uygulamalarına dair derleme. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2015;1(Ek Sayı 2):577-88.
128. Fortes IS, Paula CS, Oliveira MC, Bordin IA, de Jesus Mari J, Rohde LA. A cross-sectional study to assess the prevalence of DSM-5 specific learning disorders in representative school samples from the second to sixth grade in Brazil. *European child & adolescent psychiatry*. 2016;25(2):195-207.
129. Felder-Puig R, Baumgartner M, Topf R, Gadner H, Formann AK. Health-related quality of life in Austrian elementary school children. *Medical care*. 2008;46(4):432-439.
130. Altarac M, Saroha E. Lifetime Prevalance of Laerning Disability Among US Children. *Pediatrics* 2007; 119(Supp 1):577-583
131. Sun Z, Zou L, Zhang J, Mo S, Shao S, Zhong R, Ke J, Lu X, Miao X, Song R. Prevalance and Associated Risk Factors of Dyslexic Children in a Middle-Sized City of China: A Cross-Sectional Study. *PLoS ONE*2013; 8:1-10

132. Van Bergen, E., de Jong, P. F., Plakas, A., Maassen, B., & van der Leij, A. (2012). Child and parental literacy levels within families with a history of dyslexia. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53, 28–36.
133. Karaman, D., K. Kara, and İ. Durukan, Özgül Öğrenme Bozukluğu. *Anatolian Journal of Clinical Investigation*, 2012. 6(4).
134. Özdemir F. A, Özgül Öğrenme Bozukluğu Olan Çocuklarda Duygu Tanıma ve Duygusal Zekanın Değerlendirilmesi, Bilişsel Çarpıtmalar, Kaygı ve Depresyon Düzeyleri ile İlişkisi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara, 2018
135. Özyürek Ö. ÖÖB tanısı olan bir grubun belirti şiddeti annelerinin ebevnlik tarzlarına dair çocukların algıları, annelerin stresle başa çıkma, ebevnlik yetkinliği ve ödev çatışması açısından kontrol grubu ile karşılaştırılarak incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi. Ankara, 2019.
136. Association AP. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association. 2013;5th Edition.
137. Aksoy Ş.G, Yaşam Boyu Özgül Öğrenme Güçlüğü, Derleme, İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Tıp Dergisi, 2019;11(Ek sayı):34-39
138. Hellendorn J, Ruijessenaars W (2000) Personal Experiences and adjustment of Dutch adults with dyslexia. *Remedial and Special Education*, 21,4:227-239.
139. Demir B, Okul Öncesi ve İlköğretim Birinci Sınıfa Devam Eden Öğrencilerde Özel Öğrenme Güçlüğü'nün Belirlenmesi, Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2005
140. <http://mevzuat.meb.gov.tr/dosyalar/1703.pdf>
141. Çocukların Gelişim Süreçleri ve Okula Başlama, Birinci Baskı, Eylül 2012, Ankara Türk Tabipleri Birliği Yayınları

142. Durukan İ, Sarı E, Karaman D, 2. Özgül Öğrenme Bozukluğu, Journal of Clinical and Analytical Medicine, KATD-1597, s:88-92
143. Robledo-Ramón, P., & García-Sánchez, J. (2012). The Family Environment of Students with Learning Disabilities and ADHD. *Learning Disabilities* (1. Baskı) içinde (129-148). China: InTech.
144. Tokar A. ve ark. Dislektik Bireylerin Profil Çıkarımı, Eğitim İhtiyaçları, Bu Bireylere Hizmet veren Birimlerin Eğitim İhtiyaç Analizi, Disleksi ve Öğrenim Güçlüğü Derneği Yayınları, 2015
145. Margari F. Early comprehensive care of preterm infants-effects on quality of life, childhood development, and healthcare utilization: study protocol for a cohort study linking administrative healthcare data with patient reported primary data. *Psychiatry research*. 2016;16:104-115
146. Choudhary MG, Jain A, Chahar CK, Singhal AK. A case control study on spesific learning disorders in school going children in Bikaner City. *Indian J Pediatr* 2012; 79:1477-1481
147. Çandır, G. (2015). 4-24 Yaş Arası Otizm Spektrum Bozukluğu Ve Down Sendromu Tanısı Alan Çocukların Annelerinde Depresyon, Anksiyete, Stres Ve Baş Etme Tutumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Arel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
148. Gray, D. E. (2002). Ten years on: A longitudinal study of families of children with autism. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*. 27, 215-222
149. Davis, N. O. ve Carter, A. S. (2008). Parenting stress in mothers and fathers of toddlers with autism spectrum disorders: Associations with child characteristics. *J. Autism Dev. Disord*. 38, 1278-1291

150. Lyons, A. M., Leon, S. C., Roecker Phelps, C. A. ve Dunleavy, A. M. (2010). The Impact Of Child Symptom Severity On Stress Among Parents Of Children With ASD: The Moderating Role Of Coping Styles. *J. Child Fam. Study.* 19, 516-524.
151. Johnson, B. (2005). Psychological co morbidity in children and adolescents with learning disorders. *Journal of Indian Association for Child and Adolescent Mental Health*, 1(1), 7.
152. Shaywitz, S. E., & Shaywitz, B. A. (2008). Paying attention to reading: the neurobiology of reading and dyslexia. *Development and psychopathology*, 20(04), 1329-1349.
153. Knivsberg, A. M., & Andreassen, A. B. (2008). Behaviour, attention and cognition in severe dyslexia. *Nordic journal of psychiatry*, 62(1), 59-65.
154. Heiervang, E., Lund, A., Stevenson, J., & Hugdahl, K. (2001). Behaviour problems in children with dyslexia. *Nordic journal of psychiatry*, 55(4), 251-256.
155. 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(8):1020-32.
156. DuPaul GJ, Volpe RJ. ADHD and learning disabilities: Research findings and clinical implications. *Current Attention Disorders Reports*. 2009;1(4):152-5.
157. Light JG, Pennington BF, Gilger JW, DeFries JC. Reading disability and hyperactivity disorder: Evidence for a common genetic etiology. *Developmental Neuropsychology* 1995;11(3):323-35.
158. Cheung CH, Frazier-Wood AC, Asherson P, Rijdsdijk F, Kuntsi J. Shared cognitive impairments and aetiology in ADHD symptoms and reading difficulties. *PLoS One* 2014.



159. Hong DS. Here/in this issue and there/abstract thinking: Learning disorders and ADHD: are LDs getting the attention they deserve? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* . 2014;53(9):933-4.
160. Willcutt EG, Pennington BF, Smith SD, Cardon LR, Gayán J, Knopik VS, et al. Quantitative trait locus for reading disability on chromosome 6p is pleiotropic for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Am J Med Genet A* 2002;114(3):260-8.
161. Nelson JM, Harwood H. Learning disabilities and anxiety: A meta-analysis. *J Learn Disabil* 2011;44(1):3-17.
162. Margari L, Buttiglione M, Craig F, Cristella A, de Giambattista C, Matera E, et al. Neuropsychopathological comorbidities in learning disorders. *BMC Neurol*. 2013;13:198.
163. Spreen O. The relationship between learning disability, emotional disorders, and neuropsychology; some results and observations. *J Clin Exp Neuropsychol* 1989;11(1):117-40.
164. Huc-Chabrolle M, Barthez MA, Tripi G, Barthelemy C, Bonnet-Brilhault F. [Psychocognitive and psychiatric disorders associated with developmental dyslexia: A clinical and scientific issue]. *L'Encephale*. 2010;36(2):172-9.
165. Williams S, McGee R. Reading attainment and juvenile delinquency. *J Child Psychol Psychiatry*. 1994;35(3):441-59.
166. Huntington DD, Bender WN. Adolescents with learning disabilities at risk? Emotional well-being, depression, suicide. *J Learn Disabil* 1993;26(3):159-66.
167. Turan Gürhopur, F. ve İşler Dalgıç, A. (2017). "Family Burden Among Parents of Children With Intellectual Disability". *Journal of Psychiatric Nursing*, 2017;8(1):9-16.

168. Simon, A., ve Easvaradoss, V. (2015). Caregiver Burden in Learning Disability. 2(3).
169. Shyam, R., ve Govil, D. (2014). Stress and Family Burden in Mothers of Children with Disabilities. International Journal of Interdisciplinary and Multidisciplinary Studies (IJIMS), 1(4), 152–159.
170. Atagun, M., Balaban, O., Atagun, Z., Elagoz, M. ve Ozpolat, A. (2011). Caregiver Burden in Chronic Diseases. Psikiyatride Guncel Yaklasimler - Current Approaches in Psychiatry, 3(3), 513.
171. Ennis, E., ve Bunting, B. P. (2013). Family burden, family health and personal mental health. BMC Public Health, 13(1), 1.
172. Orak, O. S. ve Sezgin, (2015). “Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi”. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2015;6(1):33-39.
173. Aslıhan M.N, Parçalanmış veya Tam Aileye Sahip Çocukların Öz-Kavramı Depresyon Düzeyleri ve Akademik Başarılarının Yaş ve Cinsiyet Yönünden Karşılaştırılması, Çukurova Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi, 1998
174. Albayrak, E. Ö. ve Ceylan, M. E. (2004). “Depresyon Etiyolojisinde Nörobiyolojik Etkenler”. Düşünen Adam, 17(1 ):27-33.
175. Özpoyraz, N. (2018). Anksiyete Bozuklukları. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Ders Notları.
176. Tamam, L., Namlı, Z. ve Karaytuğ, M. O. (2012). “Depresyon Kliniği”. Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics 2012;5(2):34-8.
177. Özen, D. Ş., ve Temizsu, E. (2010). Anksiyete ve Depresif Bozukluklarda Örtüşen ve Ayrışan Belirtiler - Symptom Similarities and Differences in Anxiety and Depressive Disorders. 2(1), 1–14.

178. Özerk, H.(2006) Ana-Babaların Çocuk Yetiştirmeye İlişkin Tutumlarının, Bilgi Düzeylerinin ve 11-18 Yaş Grubu Öğrencilerin Kendilerini Değerlendirmelerinin İncelenmesi. Doktora Tezi. Ankara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü
179. Bokhorst CL, Sumter SR, Westenberg M.Social Support From Parents, Friends, Classmates, And Teachers in Children And Adolescents Aged 9 to 18 Years: Who is Perceived as Most Supportive. *Social Development* 2010; 19(2): 418-26.
180. Bayraktar, F. (2007). Olumlu Ergen Gelişiminde Ebeveyn/Akran İlişkilerinin Önemi, *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 14(3), 157-166
181. Aunola, K., Leskinen, E., Onatsu-Arvilommi, T., and Nurmi, J.E. (2002). Three Methods for Studying Developmental Change: A Case of Reading Skills and Self-Concept. *British Journal of Educational Psychology*, 72, 343-364.
182. Leahy, R. L. (1981). Parental practices and the development of moral judgment and self-image disparity during adolescence. *Developmental Psychology*, 17(5), 580-594.
183. Verschueren, K., Marcoen, A. ve Schoefs, V. (1996). The internal working model of the self, attachment, and competence in five-year-olds. *Child Development*, 67(5), 2493-2511.
184. Hamarta, E. (2004). Attachment theory. *Anadolu University Journal of Faculty of Education*, 14 (1), 53-66

