DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU OLAN TÜRK ERKEK ÇOCUKLARIN DAVRANIŞ PROFİLLERİNİN İNCELENMESİ

Selda ÖZDEMİR*

Özet

Bu araştırmada dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) klinik tanısı almış Türk erkek çocuklarının problem davranış profilleri incelenmiştir. Araştırmaya yaşları 7 ile 11 arasında değişen toplam 42 çocuk ve anneleri katılmıştır. Çocuk ve Gençlerde Davranış Değerlendirme Ölçeği (CBCL/4-18) anne-baba formu veri toplama aracı olarak kullanılmıştır. Araştırma bulguları DEHB tanısı almış Türk erkek çocukların CBCL Sorun Davranışlar alanlarında klinik düzeyde problemler sergilediklerini ancak, Yeterlilik Alanlarında normal düzeyde olduklarını göstermiştir. Sorun Davranışlar alanlarında ilk sırayı Dikkat Sorunları, ikinci sırayı Saldırgan Davranışlar ve üçüncü sırayı ise Sosyal Sorunlar almıştır.

Anahtar Kelimeler: Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, dikkat sorunları, saldırgan davranışlar, sosyal sorunlar, dışa yönelim sorunları.

AN EXAMINATION OF THE PROBLEM BEHAVIOR PROFILES OF TURKISH BOYS WITH ATTENTION DEFICIT AND HYPERACTIVITY DISORDER

Abstract

This study explored the problem behavior profiles of Turkish boys who had been clinically diagnosed with attention deficit/hyperactivity disorder. A total of 42 children whose ages ranged from 7 to 11 and their mothers participated in the study. Child Behavior Checklist (CBCL/4-18) Turkish form was used as tool of gathering data and examining the problem behavior profiles of participating children. Findings from the study revealed that participating Turkish boys with AD/HD were in the clinical range in Problem Behavior scales; however, they were in the normal range in Competency scales. On the Problem Behavior scales, children showed the greatest deviance on the Attention Scale, followed by Aggressive Problems Scale and Social Problems Sscale.

Key Words: Attention Deficit/Hyperactivity Disorder, Attention Problems, Aggressive Behaviors, Social Problems, Externalizing Problems

1. GİRİŞ

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), çocuğun yaşına ve gelişim düzeyine uygun olmayan aşırı hareketlilik,

* Yrd. Doç. Dr., Gazi Üniversitesi Eğitim Fakültesi Görme Engelliler Anabilim Dalı Özel Eğitim Bölümü, ANKARA, e-posta: seldaozdemir@gazi.edu.tr

dürtüsellik, dikkatini toplama ve sürdürme yetersizliği ile karakterize edilen bir psikiyatrik bozukluktur (DSM-IV; American Psychiatric Association, 2000). Çocukluk döneminin en yaygın psikiyatrik bozukluklarından birisi olarak kabul edilen bu bozukluğun ABD'de okul-çağı çocuklarındaki yaygınlık oranı klinik veriler göz ününe alındığında % 3 ila % 7 arasında değişmektedir (Barkley, 2006; Peterson, Pine Cohen, ve Brook, 2001). Yaygınlık oranları sadece anne-baba ya da öğretmen değerlendirmelerine dayandırıldığında ise oranlar % 22 ile % 57 aralığında çıkmaktadır (Barkley, 2006). Dünyada çocuklarda dikkat eksikliği ve hiperkativite bozukluğunun yaygınlığı üzerine bir görüş birliğine ulaşılmış olmasına rağmen, ülkemizde bu bozukluğun çocuklardaki yaygınlık oranı hala bir soru olma niteliğini korumaktadır (Ozdemir, 2006). DEHB'nin Türk çocukları arasında yaygınlığı üzerine yapılan sınırlı sayıdaki araştırmalardan birisinde, Ersan, Doğan, Doğan, ve Sümer (2004) 18 ilköğretim okulundan, toplam 1425 çocukta dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ile karşı gelme bozukluğunun yaygınlıklarını araştırmışlardır. Araştırma sonuçları, bu araştırmaya katılan çocukların % 8.1'inin DEHB grubuna girdiklerini % 11.5'inin ise karşı gelme bozukluğu grubuna girdiklerini göstermiştir. Uluslararası literatürde, DEHB'li çocukların davranış profillerinin incelenmesi bu çocukların sadece dikkat eksikliği, dürtüsellik, ve aşırı haraketlilik ile ilgili alanlarda değil, sosyal ilişkiler, akademik başarı, kendine güven ve iletişim becerileri gibi diğer pek çok alanlarda da yoğun problemler yaşadıklarını göstermektedir (Hinshaw, 1994; Hodgens, Cole, ve Boldizar, 2000; Treuting ve Hinshaw, 2001).

DEHB'li çocukların sosyal ilişkilerde yaşadıkları problemler bu çocukların pek çok farklı ve uyumsuz davranışlarının bir uzantısı olarak karşımıza çıkmaktadır (Barkley, 2006, DuPaul ve Stoner, 2003; Landau, Milich, ve Diener, 1998). Barkley (2006) DEHB'li çocukların 1-olaylara verdikleri tepkilerde yoğun duygusal ifadeler, 2-bir olaya gösterecekleri tepkiyi seçerken daha az objektivite, 3-sosyal perspektif eksikliği (ilk tepkilerini erteleyememelerine bağlı olarak iletişim kurdukları kişinin bakış açısını ve kendi ihtiyaçlarını değerlendirememeleri), 4- bir amaca ulaşmaya yönelik dürtü ve motivasyon kontrolünde yoğun problemler yaşadıklarına işaret etmektedir. Barkley'in (2006) yorumuyla DEHB'li çocukların kişilerarası ilişkilerdeki davranışları tipik gelişim gösteren akranlarına oranla daha dürtüsel, agresif, aşırı, yoğun ve duygusaldır.

DEHB'li çocukların sosyal davranışları üzerine yapılan pek çok araştırma bu çocukların duygu düzenleme alanında yoğun problemleri olduğuna işaret etmektedir (Melnick ve Hinshaw, 2000; Southam-Gerow ve Kendall, 2002). Eisenberg ve arkadaşları (1995; 1997) özellikle negatif duygu düzenleme becerilerinde yaşanan problemlerin çocuklarda sosyal uyumsuzluğa neden olduğunu göstermişlerdir. Bir başka ifade ile, duygusal açıdan uyarıcı ortamlarda kendilerini kontrol edebilen çocuklar, sosyal kurallar ile uyumlu ve insanlararası ilişkilerde harmoniyi sağlayan, arkadaşça çözümler üretebilirken, duygusal anlamda aşırı uyarılan ve duygularını yapıcı bir biçimde kontrol etmekte güçlük çeken çocuklar, oyun bozucu, çekingen ya da tersine saldırgan davranışlar sergileyebilmektedirler (Eisenberg, Fabes, Nyman, Bernzweig, ve Pinuelas, 1994).

Kompleks ve çok yönlü duygusal ve davranışsal problemler nedeniyle DEHB'li çocuklar akran reddi problemini de sıklıkla yaşamaktadırlar (Hinshaw ve Melnick, 1995; Hoza, Pelham, Dobbs, Owens, ve Pillow 2002; Hoza ve ark., 2005; Whalen ve Henker, 1985). Akran reddi tek başına bir psikiyatrik bozukluk göstergesi olarak kabul edilmemesine rağmen, araştırmalar akranlar arasında düşük düzeyde sosyal kabulün bozucu ve agresif davranışla yüksek oranda ilişkili olduğunu ve çocuğun yaşamında ileri dönemlerde pek çok olumsuz problemi beraberinde getirdiğini göstermiştir (Mannuzza, Klein, Bessler, Malloy, ve LaPadula, 1998; Parker ve Asher, 1987; Young, 2002). Akran reddi ile ilgili çok önemli bir diğer sorun ise DEHB ile çok yüksek oranda beraber görülen saldırgan davranış örüntüsü ve karşı çıkma bozukluğunun, DEHB'li çocukların akran reddi problemini belirgin ölçüde arttırmasıdır (Anastopoulos, Guevremont, Shelton, ve DuPaul, 1992; Stormont-Spurgin ve Zentall, 1995). Üstelik, DEHB'li çocuklarda saldırgan davranış problemlerisağaltıma en dayanıklı, diğer bir deyimle en kalıcı davranış problemleri arasında yer almaktadır (Hinshaw, 1992; Melnick ve Hinshaw, 1996; Paternite, Loney, Salisbury, and Whaley, 1999). Örneğin Cambell ve Ewing (1990) yüksek oranda DEHB belirtileri sergileyen okul öncesi dönemi çocuklarının % 67' isinin 9 yaşına geldiklerinde problem davranışları sergilemeye devam ettiklerini göstermiştir. Yine benzer bir araştırmada Vitaro, Tremblay, Gagnon ve Pelletier (1994) anaokulunda yüksek düzeyde hiperaktif ve saldırgan davranışlar sergileyen çocukların, ilkokul üçüncü ve dördüncü sınıfta da hem akranları tarafından yine agresif davranışlı ve kendi kendilerini değerlendirme sonuçlarında ise bozucu

 ISSN: 1308-2922

davranışlı olarak rapor edildiklerini göstermişlerdir. DEHB'li çocuklar ile ilgili ilginç bir diğer bulgu ise erişkinlikte en ciddi klinik problemleri (madde bağımlılığı, adli suç işleme, psikiyatrik nedenle hastaneye yatırılma) yaşayan DEHB'li çocukların daha önce DEHB ile beraber saldırgan davranış problemleri sergileyen çocuklar olduğunun gösterilmiş olmasıdır (Barkley, Fischer, Edelbrock, and Smallish, 1990; Biederman ve ark., 1996; Landau ve Milich, 1990; Young, 2002).

Türkiye'de DEHB üzerine yapılan bilimsel çalışmalar daha çok DEHB'nin epistomolojik ve nöropskikolojik özellikleri üzerine odaklanmıştır. Oysaki DEHB'li Türk çocuklarının problem davranış profillerinin incelenmesi, diğer bir deyimle DEHB'li Türk çocuklarının davranış problemlerinin diğer kültürlerden elde edilen DEHB davranış problemleri ile benzerlik gösterip göstermediğinin belirlenmesi, bu çocuklara okul ve ev ortamlarında uygulanacak sağaltım programlarının desenlenmesinde kritik ölçüde önemlidir. Bu alanda yapılan çok sınırlı sayıdaki araştırmalardan birisinde Erman ve arkadaşları (2000) DEHB klinik tanısı almış 97 Türk çocukla 103 Kanadalı çocuğun davranış profillerini dikkat eksikliği, hiperaktivite, dürtüsellik ve karşı gelme semptomlarının dağılımını dikkate alarak karşılaştırmışlardır. Araştırma sonuçları bu araştırmaya katılan Türk anne ve babaların çocuklarını Kanadalı anne ve babalara oranla daha yüksek oranda hareketli ve dürtüsel bulduklarını göstermiştir. Araştırmada iki kültürün çocukları arasında dikkat eksikliği semptomları açısından herhangi bir farklılık olmadığı da gösterilmiştir. DEHB'li Türk çocuklarla yapılan sınırlı sayıdaki araştırmaların çocuk psikiyatrisi alanında yapılmış olması ise var olan araştırmalardan elde edilen bulguların eğitsel programlarda nasıl kullanılacağının anlamlandırılmasını güç kılmaktadır. Oysaki DEHB'li çocuklar en yoğun olarak okullarda problemler sergilemekte ve sergiledikleri problemler sosyal beceri egitimi, akademik adaptasyonlar, agresif davranış kontrolü gibi eğitim ortamlarında ve akranları arasında yürütülecek sağaltımları zorunlu kılmaktadır (DuPaul ve Stoner, 2003, Landau, Milich ve Diener, 1998; Stormont, 2001). Özetle, DEHB alanyazını DEHB'li çocukların büyük bir kısmının sosyal ilişkilerde sorunlar ve saldırgan davranış problemleri yaşadıklarını ya da bu problemlerin kombinasyonunu sergilediklerini göstermektedir . DEHB'li çocuklar ile tıpta yaygınlıkla kullanılan ilaç tedavileri bu bozukluğu sergileyen çocukların saldırgan davranışlarının azaltılmasında etkili olurken (Hinshaw, Henker, Whalen, Erhardt, ve Dunnington, 1989)

olmadığının açık göstergelerindendir. Nitekim, Kern ve arkadaşları (2007) DEHB' li çocuklarda ilaç kullanımının getirdiği risk faktörlerinin çok iyi değerlendirilmesi gerektiği konusunda uzmanları uyarmakta ve aile eğitimi ve sosyal beceri eğitimi gibi programların öncelikli olarak değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamaktadırlar . İlaçların gelişen genç beyinlerdeki etkilerinin daha ağır olabileceğine dair destekleyici bulgular da mevcuttur (KoUins ve Greenhill, 2006; Wigal ve ark., 2006). Okul ve ev ortamlarında olumlu sosyal becerilerin kazandırılmasıyla beraber okul başarısını artırmayı hedefleyecek okul ve aile temelli sağaltım programları, DEHB'li çocukların sosyal ve akademik başarılarının arttıtılmasında göz önüne alınması gereken en önemli programlardır (DuPaul ve Stoner, 2003; Landau, Milich, ve Diener, 1998). DEHB'li çocukların sosyal beceri ihtiyaç örüntülerine uygun sağaltım programlarının desenlenmesi ise ancak bu çocukların problem davranış örüntülerinin doğru anlaşılması ile mümkündür. Örneğin saldırgan davranışlar alanında yoğun problemler sergileyen çocuklara okul ortamında sadece olumlu sosyal davranışları öğretmek değil aynı zamanda agresif davranışlarına yönelik farkındalık oluşturmak ve çocuklara agresif davranış kontrolü becerilerini kazandırmakta çok önemlidir. Bu bağlamda, DEHB'li çocukların problem davranış profillerinin doğru olarak anlaşılması, bu çocukların sosyal ve duygusal ihtiyaçlarına cevap verecek nitelikte sağaltım programlarının desenlenmesinde ve eğitim ortamlarında uygulanmasında kritik katkılar sağlayacaktır (Whalen ve Henker, 1991).

Bu bağlamda, bu araştırmada ülkemizde DEHB'li çocukların davranış profillerinin incelenmesine yönelik olarak yapılmış olan araştırmaların sınırlılığı göz ününe alınarak, DEHB tanısı almış Türk erkek çocuklarının problem davranış örüntülerini belirlemek amaçlanmıştır.

2. YÖNTEM

2.1. Denekler

Bu araştırmaya Ankara'daki 19 farklı ilköğretim okulundan yaşları 7 ile 11 arasında değişen toplam 42 DEHB klinik tanısı almış çocuk ve anneleri katılmıştır. Araştırmaya katılan çocukların tamamının cinsiyeti erkektir. Bu araştırmaya katılan toplam 42 annenin yaş ortalaması ise 35.62 (SS=7.2)'dir.

2.2. Ölçek

4-18 Yaş Çocuk ve Gençlerde Davranış Değerlendirme Ölçeği (Child Behavior Checklist-CBCL/4-18): Achenbach ve Edelbrock (1978) tarafından geliştirilen bu ölçek 4-18 yaş grubu çocuk ve gençlerin yeterlilik alanlarını ve sorun davranışlarını anne

babalardan alınan bilgilere göre değerlendirir. Ölçek 20 yeterlilik ve 118 problem maddesinden oluşur. Birinci bölümde çocuğun, Yeterlilik Alanlarını oluşturan Etkinlik, Sosyallik, ve Okul alt testlerinden aldığı puanların toplamından Toplam Yeterlilik puanı elde edilir. İkinci bölümde ise çocukta görülen duygu ve davranış problemlerini tanımlayan 118 madde yer alır. Bu bölümü oluşturan 9 adet alt test Sorun Davranışlar alanını yansıtır. Sorun Davranışlar alanı ise kendi içerisinde İçe Yönelim ve Dışa Yönelim sorunları olmak üzere iki ayrı davranış belirti puanı verir. İçe Yönelim sorunlarını "Ansiyete/Depresyon ve Sosyal İçe Dönüklük", Dışa Yönelim sorunlarını ise "Saldırgan Davranışlar ve Yıkıcı Davranışlar" gibi alt testler oluşturmaktadır. Tüm alt testlerin toplamından Toplam Problem puanı elde edilmektedir. Sorun davranışlar son altı aydaki görülme sıklığına göre 0, 1 ve 2 olarak değerlendirilir. Her iki alt testen elde edilen puanlar kız ve erkekler için ayrı olarak hazırlanmış profil kağıtlarına işaretlenir ve çocuğa özgü bir profil oluşturulur. Ölçeğin Türkçe'ye çevirisi ve uyarlamaları Erol, Arslan ve Akçakın (1995) tarafından yapılmıştır. Türkçe formun test-tekrar test yeterliliği Toplam Problemde 0.84 bulunurken, iç tutarlılığı ise Toplam Problemde 0.88 bulunmuştur (Erol, Arslan, ve Akçakın, 1995).

2.3. Verilerin Toplanması

Bu araştırmaya katılan DEHB'li çocukların annelerine araştırmanın amacı ve ölçek ile ilgili gerekli açıklamalar araştırmacının kendisi tarafından hem yazılı hem de sözlü olarak yapılmıştır. İletişime geçilen 42 DEHB klinik tanısı almış çocuğun tamamının annesi araştırmaya katılmayı kabul etmiş ve kendilerine kapalı zarf içerisinde verilen ölçeğe verdikleri cevapları yine kapalı zarf içerisinde araştırmacıya iletmişlerdir.

2.4. Bulgular ve Sonuçlar

Bu araştırmadan elde edilen bulgular DEHB'li Türk erkek çocukların CBCL ölçeğinde Yeterlilik Alanlarında normal düzeyde Sorun Davranışlar alanlarında ise klinik düzeyde problemler sergilediklerini göstermiştir. Yeterlilik Alanlarında DEHB'li çocukların aldıkları oylar Etkinlik (Ham=9.2) ve Sosyallik (Ham=7.4) alt testlerinde klinik düzeydedir. Ancak DEHB'li çocukların Okul alt testinde aldıklari 2.5 puanı normal düzeyde çıkmıştır. Toplam Yeterlilik'te ise DEHB'li çocukların aldıkları oy (Ham= 15; T= 35.5) yine normal düzeydedir. Bu araştırmanın bulguları DEHB'li çocukların Sorun Davranışlar alt ölçekleri arasında en yüksek puanı Tablo 1'de sergilendigi gibi Dikkat

Sorunları alt testinden aldıklarını göstermiştir. DEHB'li çocukların Dikkat Sorunları alt testinden aldıkları puan 18.3 ile klinik düzeyde olup T puanı 92.4'e düşmektedir. Sorun Davranışlar bölümüne DEHB'li çocukların annelerinin verdikleri cevaplar DEHB'li çocukların sergiledikleri duygusal ve davranışsal problemlerin Dışa Yönelim problemlerinde yoğunlaştığını, İçe Yönelim problemlerinin ise normal düzeyde olduğunu göstermiştir. Dışa Yönelim alt testleri içerisinde Saldırgan Davranışlar alt testi DEHB'li çocukların annebabaları tarafından en yüksek oyun verildiği alt testtir. Bu alt testte DEHB'li çocuklar 22.9 ham puan ve 78.6 T puanı ile klinik düzeyde çıkmıştır. Saldırgan Davranışlar ölçeğini yine klinik düzeydeki puanla (Ham= 11.8; T= 74.6) Sosyal Sorunlar alt testi takip etmiştir. İçe Yönelimi oluşturan alt testler arasında ise en yüksek oy (Ham=4.4; T=57.3) Anksiyete/Depresyon alt testinde toplanmıştır. Ancak bu ölçekten DEHB'li çocukların aldıkları oylar normal düzeydedir.

Tablo 1. *Çocuk ve Gençlerde Davranış Değerlendirme ölçeği sonuçları.*

CBCL																			
İÇE YÖNELİM												DIŞA YÖNELİM				Toplam Problem Puanı			
Sosyal İçe Dönüklük		Somatik Sorunlar		Anksiyete Depresyon		Sosyal Sorunlar		Düşünce Sorunları		Dikkat Sorunları		Suça Yönelik Davranışlar		Saldırgan Davranışlar		Toplam Problem			
Ham	T	Ham	T	Ham	T	Ham	T	Ham	T	Ham	T	Ham	T	Ham	T	Ham	T		
2.3	51.4	2.4	57.1	4.4	57.3	11.8	74.6	4.5	61.2	18.3	92.4	7.3	70.5	22.9	78.6	73.9	72.1		

3. TARTIŞMA VE ÖNERİLER

Bu araştırmada DEHB klinik tanısı almış Türk erkek çocuklarının Sorun Davranışları ile Yeterlilik Alanları incelenmiştir. Bu amaçla araştırmaya katılan 42 DEHB'li erkek çocuğun annebabalarına Çocuk ve Gençlerde Davranış Değerlendirme Ölçeği (CBCL) uygulanmıştır. Araştırma bulguları DEHB'li çocukların Yeterlilik Alanlarından hem Etkinlik hem de Sosyallik alt alanlarında klinik düzeyde problemler sergilediklerini göstermiştir. Araştırmaya katılan DEHB'li çocukların Yeterlilik Alanlarından aldıkları klinik düzeydeki puanlar Sosyallik alt alanında anlamlı bulunurken, Etkinlik alt alanında Türkiye'de çocukların katılabileceği spor, resim, izcilik,

 ISSN: 1308-2922

folklor gibi etkinliklerin çocuklar arasında yaygın olmaması nedeniyle dikkatle yorumlanmıştır. DEHB'li çocukların Toplam Yeterlilik Alanları puanı ise normal düzeyde olduklarını göstermiştir.

Araştırmaya katılan çocukların Sorun Davranışlar alanından aldıkları puanlar Dışa Yönelim sorunlarında yoğunlaşırken, İçe Yönelim sorunlarından aldıkları puanlar normal düzeyde kalmıştır. DEHB'li çocukların problemlerinin en yoğun olduğu alt test Dikkat Sorunları olurken, ikinci sırada Saldırgan Davranışlar ve üçüncü sırada ise Sosyal Sorunlar yer almıştır. Bu araştırmanın sonuçları uluslararası literatürde DEHB'li çocukların duygu ve davranış problemleri ile ilgili olarak yer alan araştırma bulguları ile tutarlılık göstermektedir. Nitekim, farklı kültürlerde yapılan pek çok araştırmada DEHB'li çocukların sergiledikleri problem davranışların Saldırgan Davranışlar gibi Dışa Yönelim problemlerinde yoğunlaştığı gösterilmiştir (Barkley, 2006; Maedgen ve Carlson, 2000). DEHB'li çocuklarla elde edilen diğer destekleyici bulgular ise araştırmalarda DEHB'li çocukların akranları tarafından kavgaları ve tartışmaları başlatan çocuklar olarak değerlendirilmiş olmalarıdır (Atkins ve Stoff, 1993; Hodgens, Cole, and Boldizar, 2000; Maedgen ve Carlson, 2000). Alanyazındaki bir diğer önemli bulgu ise DEHB'li çocukların özellikle nötr durumlar ile karşılaştıklarında duruma yönelik olumsuz ve saldırgan yüklemeler yapma eğilimi göstermeleridir (Lochman ve Dodge, 1994; Mott ve Krane, 1994). Nitekim Bloomquist ve arkadaşları DEHB'li çocukların kendilerine sunulan hipotetik problem senaryolarına agresif çözümler ürettiklerini ve ürettikleri agresif çözümlerin olası olumsuz sonuçlarını ise tahmin etmekte yetersiz kaldıklarını göstermişlerdir (Bloomquist, Michael, August, Cohen, ve Doyle, 1997).

DEHB'li çocuklarda görülen saldırgan davranış problemleri bu çocukların sosyal ilişkilerde yaşadıkları sorunları arttırması nedeniyle çok önemlidir. Çünkü araştırmalar DEHB ile beraber saldırgan davranış örüntüsü sergileyen çocukların sadece DEHB semptomları sergileyen çocuklara oranla akran reddine çok daha yüksek düzeyde maruz kaldıklarını göstermiştir (Vitaro ve ark., 1994). Bu bağlamda, literatürde saldırgan davranışlar DEHB'li çocukların akran ilişkilerinde yaşadıkları problemlerin en önemli göstergelerinden birisi olarak kabul edilir (Landau, Milich, and Diener, 1998: Stormont, 2001). Akran reddi hem uzun süreli duygusal ve akademik sorunların en önemli göstergelerinden birisidir (Klein ve Mannuzza, 1991; Parker ve Asher, 1987) hem de sağaltım programları ile en zor düzelme gösteren problemlerdendir (Hinshaw, 1992; Melnick ve Hinshaw, 1996). Sosyal beceri eğitimi programları

ile DEHB'li çocuklara saldırgan davranışları kontrol etmeyi öğretmek ve çocuklara olumlu sosyal becerileri kazandırmak mümkün olmaktadır. Ancak, akranlarının hali hazırda DEHB'li çocuğa yönelik olarak geliştirdikleri negatif algılarını değiştirmek son derece güç olmaktadır (Mrug ve ark., 2001). Bu problemin en önemli yansıması ise DEHB'li çocukların sosyal beceri eğitiminde gösterdiği olumlu davranış degişikliklerinin akranları tarafından farkedilmemesi ya da akranların seçici olarak DEHB' li çocuğun sergilediği olumsuz davranışları öncelikli olarak algılamaya devam etmeleri olarak karşımıza çıkmaktadır (Mrug ve ark., 2001).

DEHB ile beraber sıklıkla görülen saldırgan davranış örüntüsünün bir diğer olumsuz sonucu ise, saldırgan davranışlarla beraber DEHB sergileyen çocukların sadece DEHB belirtileri sergileyen çocuklara oranla daha yüksek düzeyde Karşı Gelme Bozukluğu geliştirmeleri ve bu komobiditenin sonucu olarakta ileri yaşlarda suç işleme ve madde bağımlılığına karışma eğilimi göstermeleridir (Barkley, Fischer, Edelbrock, ve Smallish, 1990; Biederman ve ark., 1996). Bu sonuçlar ile tutarlı olarak DEHB'li Türk çocuklar ile yapılan araştırmalarda DEHB'nin diğer psikiyatrik bozukluklar ile yüksek oranda beraber görüldüğü belgelenmiştir. Erman, Turgay, Öncü ve Urdavic (1999) DEHB tanısı almış çocuk ve gençlerde DEHB ile beraber görülen diğer psikiyatrik bozukluklar ile yaş ve cinsiyetin farklı psikiyatrik bozuklukların DEHB ile beraber gorülmesi üzerindeki etkilerini incelemişlerdir. Araştırma bulguları araştırmaya katılan deneklerin % 35'inde DEHB ile beraber bir psikiyatrik bozukluk, % 25.5'inde iki psikiyatrik bozukluk, ve % 11.3'ünde ise üç psikiyatrik bozukluk olduğunu göstermiştir. Erkeklerde ve kızlarda en çok karşı gelme bozukluğu DEHB ile beraber görülürken ikinci sırada davranım bozukluğu yer almıştır. Bu çalışma DEHB'li Türk çocuklarda farklı psikiyatrik bozuklukların DEHB ile beraber görüldüğünü desteklerken bu alandaki uluslarası literatürle de uyumluluk göstermektedir. Tüm bilimsel bulgular bir kenara, DEHB ile beraber görülen sosyal problemler ve saldırgan davranışlar ciddi bir uyumsuzluk göstergesi olarak kabul edilmese dahi, bu derece yoğun problemler sergileyen çocukların yasamlarının ileri dönemlerinde tipik gelişim gösteren çocuklar ile aynı düzeyde uyum ve mutluluk sergileyip sergilemeyecekleri bir merak konusudur (Landau ve Moore, 1991).

 ISSN: 1308-2922

Bu araştırmanın bulguları DEHB'li Türk çocukların Saldırgan Davranışlar alt testinin yanısıra Sosyal Sorunlar alt testinde de yine klinik düzeyde puanlar aldıklarını göstermiştir. Öncü ve arkadasları (2004) DEHB'li çocuklarla Çocuk Davranış Değerlendirme anne-baba formu ve Öğretmen Değerlendirme Formunu kullanarak yaptıkları araştırmalarında, ilk defa DEHB tanısı alan çocukların ve adolesanların problem davranış örüntülerini kaşılaştırmışlardır. Araştırma sonuçları ilk defa DEHB tanısı alan çocuklarda Saldırgan Davranışlar gibi Dışa Yönelim problemlerinin görüldüğünü fakat ilk defa DEHB tanısı alan adolesanlardaki sorunların İçe Yönelim problemlerine kaydığını göstermiştir. Araştırmacılar DEHB'li adolesanlarda görülen İçe Yönelim problemlerinin bu adolesanların çocukluk döneminden itibaren yaşadıkları yoğun sosyal problemlerinin bir uzantısı olabileceğine dikkat çekmişlerdir. Bu araştırmanın bulguları DEHB'nin erken yaşlarda tanılanıp, gerekli sağaltım programlarının uygulanarak DEHB'li çocukların sosyal ve duygusal uyumlarının mümkün olan en erken dönemde desteklenmesinin önemine işaret etmektedir. Çünkü erken yaşlarda yaşanan yoğun sosyal ve duygusal problemler, ileri yaşlarda bu problemlerin içselleştirilmesi ile sonuçlanmaktadır. Nitekim Türk ergenlerdeki somatizasyon yaygınlığı yapılan pek çok araştırma ile belgelenmiştir (Ebert ve Martus, 1994; Ulusahin, Basaoglu, ve Peykel, 1994).

Özetle bu araştırma, DEHB'li Türk çocukların uluslarası literatürde sergilenen DEHB problem davranışları ile benzer problem davranış örüntüsü sergilediklerini göstermiştir. DEHB'li Türk çocukların problem davranışları Dikkat sorunları, Saldırgan Davranışlar ve Sosyal Sorunlar alanlarında yoğunlamıştır. Araştırmada Türk çocukların Yeterlilik Alanları içerisinde de Sosyallik alanında klinik düzeyde sorunlar sergiledikleri bulunmuştur. Araştırmanın bulguları DEHB'li çocukların problem davranış profilleri hakkında elde edilen bilgilerin, DEHB'li çocuklar için desenlenecek erken müdahale programlarına dönüştürülmesinde önemini vurgulamaktadır. Diğer bir deyimle bu araştırmanın bulguları, DEHB'li Türk çocuklara uygulanacak sağaltım programlarının dikkat eksikliği ve hiperaktivite problemlerinin yanı sıra Saldırgan Davranışlar ve Sosyal Sorunlar üzerine de önemle eğilinmesi gerektiğine işaret etmektedir. Bu alanlara yönelik olarak desenlenen sağaltım programları aracılığı ile bir yandan DEHB'li çocuklara olumlu sosyal becerileri kazandırıp, olumsuz ve saldırgan davranışlara yönelik farkındalık oluşturulması hedeflenirken, bir

yandan da çocukların akademik başarısı desteklenmeye çalışılır. Bu bağlamda bu araştırmanın sonuçları Türk DEHB'li çocukların Saldırgan Davranışlar ve Sosyal Sorunlar alanlarında yoğunlaşan problem davranış örüntülerine dikkat çekerek, eğitim ortamlarında uygulanacak sağaltım programlarının DEHB'li çocukların sosyal ve duygusal gelişimlerinin desteklenmesindeki önemine işaret etmektedir.

KAYNAKÇA

Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. (1978). The classification of child psychopathology: A review and analysis of emprical efforts. **Psychological Bulletin**, 85, 1275–1301.

American Psychiatric Association, (2000). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)**. Washington, DC: Author.

Anatopoulos, A. D., Shelton, T. L., & DuPaul, G. J., & Guevremont, D. C. (1993). PT for attention deficit hyperactivity disorder: Its impact on child and parent functioning. **Journal of Abnormal Child Psychology,** 21, 581-596.

Atkins, M. S., & Pelham, W. E. (1991). School-based assessment of attention deficit-hyperactivity disorder. **Journal of Learning Disabilities**, 24, 197-204.

Barkley, R. A. (2006). **Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment (3rd ed.).** New York: Guilford Press.

Barkley, R. A., Fischer, M., Edelbrock, C., & Smallish, L. (1990). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: I. An 8 year prospective follow-up study. **Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,** 29, 546-557.

Biederman, J., Faraone, S. V., Millberger, S., Curtis, S., Chen, L., Marrs, A., et al. (1996). Predictors of persistence and remission of ADHD into adolescence: Results from a four-year prospective follow-up study. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent**, 35, 343–351.

Bloomquist, M. L., Michael, L., August, G. J., Cohen, C., & Doyle, A. (1997). Social problem solving in hyperactive-aggressive children: How and what they think in conditions of automatic and controlled processing. **Journal of Clinical and Child Psychology, 26**, 172-180.

Campbell, S. B., & Ewing, L. J. (1990). Follow-up of hard to manage preschoolers: Adjustment at age 9 and predictors of continuing symptoms. **Journal of Child Psychology and Psychiatry, 31**, 871-889.

DuPaul, G. J., & Stoner, G. (2003). **ADHD in the schools: Assessment and intervention strategies (2nd ed.)**. New York: Guilford Press.

Ebert, D., & Martus, P. (1994). Depression: Evidence from a cross-cultural study. **Journal of Affect Disorder,** 32, 253-256.

Eisenberg, N., Fabes, R. A., Murphy, B., Maszk, P., Smith, M., & Karbon, M. (1995). The role of emotionality and regulation in children's social functioning: A longitudinal study. **Child Development**, 66, 1360-1384.

Eisenberg, N., Fabes, R. A., Nyman, M., Bernzweig, J., & Pinuelas, A. (1994). The relations of emotionality and regulation to children's anger-related reactions. **Child Development**, 65, 109-128.

Eisenberg, N., Fabes, R. A. Shepard, S, S. A., Murphy, B. C., Guthrie, I. K., Jones, S., Friedman, J., Pouline, R., & Maszk, B. C. (1997). Contemporaneous and longitudinal prediction of children's social functioning from regulation and emotionality. **Child Development**, 68, 642-664.

Erman, H., Öncü, B., Türkbay, T., Erman, Ö., Turgay, A., & Yorbik, Ö. (2000). İki farklı kültürde dikkat eksikliği aşırı hareketlilik bozukluğu ve karşı gelme bozukluğu belirtilerinin karşılaştırılması. **Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi,** 7, 92-98.

Erman, Ö., Turgay, A., Öncü, B., ve Urdavic, V. (1999). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocuk ve gençlerde komorbidite: Yaş ve cinsiyet farklılıkları. **Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Dergisi**, 6(1), 12-18.

Erol, N. Arslan, L. B., & Akcakın, M. (1995). The adaptation and standardization of the Child Behavior Checklist among 6-18-year-old Turkish children. In J. A. Sergeant (Ed.). Eunenthydis; **European approaches to hyperkinetic disorder** (pp. 97-113). Zurich, Switzerland: Fotorotar.

Ersan, E. E., Dogan, E. E., Dogan, S., & Sumer, H. (2004). The distribution of symptoms of attention deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder in school age children in Turkey. **European and Child Adolescent Psychiatry,** 13, 354-361.

Hinshaw, S. (1994). **Attention Deficit Hyperactivity Disorders in Children.** Thousands Oaks, CA: Sage.

Hinshaw, S. P. (1992). Externalizing behavior problems and academic underachievement in childhood and adolescence: Causal relationships and underlying mechanisms. **Psychological Bulletin**, 111, 127–155.

Hinshaw, S. P. (2002). Preadolescent girls with attention-deficit\hyperactivity disorder: I. Background characteristics, comorbidity, cognitive and social functions, and parenting practices. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 70, 1086-1098.

Hinshaw, S. P., Henker, B., Whalen, C. K., Erhardt, D., & Dunnington, R. E. (1989). Aggressive, prosocial, and nonsocial behavior in hyperactive boys: Dose effects of methylphenidate in naturalistic settings. **Journal of Consulting and Clinical Psychology,** 57, 636-643.

Hinshaw, S. P., & Melnick, S. M. (1995). Peer relationship in boys with attention-deficit hyperactivity disorder with and without comorbid aggression. **Development and Psychopathology**, 7, 627-647.

Hodgens, J. B., Cole, J., & Boldizar, J. (2000). Peer-based differences among boys with ADHD. **Journal of Clinical Child Psychology**, 29, 443-452.

Hoza, B., Mrug, S., Gerdes, A. C., Hinshaw, S., Bukowski, W. M., et al. (2005). What aspects of peer relationships are impaired in children with attention-deficit/hyperactivity disorder? **Journal of Consulting and Clinical Psychology,** 73 (3), 411-423.

Hoza, B., Pelham, W. E., Dobbs, J., Owens, J., & Pillow, D. R. (2002). Do boys with attention-deficit\hyperactivity disorder have positive illusory self-concepts? **Journal of Abnormal Psychology**, 111, 268-278.

Kern, L., DuPaul, G. J., Volpe, R. J., Sokol, N. G., Lutz, J. G., Arbolino, L. A., et al. (2007). Multisetting assessment-based intervention for young children at risk for attention deficit hyperactivity disorder: Initial effects on academic and behavioral functioning. **School Psychology Review,** 36(2), 237-255.

Klein, R. G., & Mannuzza, S. (1991). Long-term outcome of hyperactive children: A review. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, 30, 383-387.

Kollins, S. H., & Greenhill, L. (2006). Evidence base for the use of stimulant medication in preschool children with ADHD. **Infants and Young Children,** 19(2), 132-141.

Landau, S., & Milich, R. (1990). Assessment of social status and peer relations. In A.M. La Greca (Ed.), **Childhood assessment: Through the eyes of a child** (pp.259-291). New York: Allyn & Bacon.

Landau, S., Milich. R., & Diener, M. B. (1998). Peer relations of children with attention deficit hyperactivity disorder. **Reading & Writing Quarterly: Overcoming Learning Difficulties,** 14, 83-105.

Landau, S., & Moore, L. A. (1991). Social skills deficits in children with attention-deficit hyperactivity disorder. School Psychology Review, 20, 235-251.

Lochman, J. E., & Dodge, K. A. (1994). Social-cognitive processes of severely violent, moderately aggressive, and nonaggressive boys. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 62, 366-374.

Maedgen, J. W., & Carlson, C. L., (2000). Social Functioning and emotional regulation in the attention deficit hyperactivity disorder subtypes. **Journal of Clinical Child Psychology**, 29, 30-42.

Mannuzza, S., Klein, R. G., Bessler, A. Malloy, P., & LaPadula, M. (1998). Adult psychiatric status of hyperactive boys grown up. **American Journal of Psychiatry,** 155(4), 493-498.

Melnick, S. M., & Hinshaw, S. P. (1996). What they want and what they get: The social goals of boys with ADHD and comparison boys. **Journal of Abnormal Child Psychology,** 24, 169–185.

Melnick, S. M., & Hinshaw, S. P. (2000). Emotion regulation and parenting in AD/HD and comparison boys: Linkages with social behaviors and preference. **Journal of Abnormal Child Psychology**, 28, 73-86.

Mott, P., & Krane, A. (1994). Interpersonal cognitive problem-solving and childhood social competence. **Cognitive Therapy and Research**, 18, 127-141.

Mrug, S., Hoza, B.,& Gerdes, A.C. (2001). Children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Peer relationships and peer oriented interventions. In D. Nangle, & C. Erdley (Eds.), **New directions for child and adolescent development: Friendship and psychological adjustment** (pp. 51-77). San Fransisco, CA: Jossey-Bass.

Oncu, B., Oner, O., Oner, P., Erol, N. Aysev, A., & Canat, S. (2004). Symptoms defined by parents and teachers' ratings in attention deficit hyperactivity disorder: Changes with age. **Canadian Journal of Psychiatry,** 49, 487-491.

Ozdemir, S. (2006). *First Step to Success program: Implementation effectiveness with Turkish children with attention deficit hyperactivity disorder.* Unpublished doctoral dissertation, Arizona State University, Phoenix.

Parker, J.G., & Asher, S. R. (1987). Peer relations and later personal adjustment: Are low-accepted children at risk? **Psychological Bulletin,** 102, 357-389.

Paternite, C. E., Loney, J., Salisbury, H., & Whaley, M. A. (1999). Childhood inattention-overactivity, aggression, and stimulant medication history as predictors of young adult outcomes. **Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology,** 9, 169-184.

Peterson, B. S., Pine, D. S., Cohen, P., & Brook, J. S. (2001). Prospective, longitudinal study of tic, obsessive-compulsive, and attention-deficit\hyperactivity disorders in an epidemiological sample. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,** 40, 685-695.

Stormont, M. (2001). Social outcomes of children with AD/HD: Contributing factors and implications for practice. **Psychology in the Schools,** 38, 521-531.

Stormont-Spurgin, M., & Zentall, S. S. (1995). Contributing factors in the manifestation of aggression in preschoolers with hyperactivity. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, 36, 491–509.

Southam-Gerow, M. A. & Kendall, P. C. (2002). Emotion regulation and understanding: Implications for child psychopathology and therapy. **Clinical Psychology Review**, 22, 189-222.

Treuting, J. J., & Hinshaw, S. P. (2001). Depression and self-esteem in boys with attention-deficit/hyperactivity disorder: Associations with comorbid aggression and explanatory attributional mechanisms. **Journal of Abnormal Child Psychology**, 29, 23-39.

Ulusahin, A., Basaoglu, M., & Peykel, E. S. (1994). A cross cultural comparative study of depressive symptoms in British and Turkish clinical samples. **Psychiatry Epidemiology**, 9, 29-31.

Vitaro, F., Tremblay, R. E., Gagnon, C., & Pelletier, D. (1994). Predictive accuracy of behavioral sociometric assessments of high-risk kindergarten children. **Journal of Clinical Child Psychology,** 23, 272-282.

Whalen, C. K., & Henker, B. (1985). The social worlds of hyperactive (ADHD) children. **Clinical Psychology Review**, 5, 447-478.

Whalen, C. K., & Henker, B. (1999). The child with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in family contexts. In H. C. Quay & A. E. Hogan (Eds.), **Handbook of disruptive behavior disorders** (pp. 139-155). New York: Kluwer Academic/Plenum.

Wigal, T., Greenhill, L., Chuang, S., McGough, J., Vitiello, B., Skrobala, A., et al. (2006). Safety and tolerability of methylphenidate in preschool children with ADHD. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,** 45, 1294-1303.

Young, S. (2000). ADHD children grown: An empirical review. **Counseling Psychology Quarterly,** 13, 191-200.