

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/235996183>

[Validity and reliability of the Turkish version of the Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS-v1.1)]

ARTICLE *in* ANADOLU PSIKIYATRI DERGISI · JANUARY 2009

Impact Factor: 0.18

CITATIONS

6

READS

635

4 AUTHORS:



Sultan Dogan

Namık Kemal Üniversitesi

13 PUBLICATIONS 62 CITATIONS

SEE PROFILE



Bedriye Öncü

Ankara University

43 PUBLICATIONS 228 CITATIONS

SEE PROFILE



Gamze varol saraçoğlu

Namık Kemal Üniversitesi

30 PUBLICATIONS 84 CITATIONS

SEE PROFILE



Suat Kucukgoncu

Yale University

23 PUBLICATIONS 39 CITATIONS

SEE PROFILE

Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS-v1.1): Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği

Sultan DOĞAN,¹ Bedriye ÖNCÜ,² Gamze VAROL-SARAÇOĞLU,³ Suat KÜÇÜKGÖNCÜ⁴

ÖZET

Amaç: Dünya Sağlık Örgütü'nün Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeğinin (ASRS) Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliğinin araştırılmasıdır. **Yöntem:** ASRS Türkçe formu Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi'nde öğrenim gören 579 öğrencide değerlendirilmiştir. Bütün katılımcılar tarafından Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS), Wender Utah Derecelendirme Ölçeği (WUDÖ), Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R), Yapılandırılmış Gelişim Öyküsü Formu (YGÖF) ve Başarı Algısı Ölçeği (BAÖ) doldurulmuştur. **Bulgular:** Faktör analiziyle varyansın %41.6'nı açıklayan iki faktör (hiperaktivite/dürtüsellik ve dikkat eksikliği) elde edilmiştir. Güvenilirlik analizinde ölçeğin iç tutarlılığı yüksek bulunmuştur (Cronbach alfa=0.88). Alt ölçekler için hesaplanan Cronbach alfa değeri de 'dikkat eksikliği' için 0.82, 'hiperaktivite/dürtüsellik' için 0.78 olmak üzere yüksek bulunmuştur. Ek olarak, 50 kişide değerlendirilen iki haftalık test-tekrar test tutarlılığı yüksekti (toplam puanlar için $r=0.85$; alt ölçekler için $r=0.73-0.89$). ASRS toplam puanları ve alt ölçek puanları ile WUDÖ (Pearson korelasyon=0.46-0.52, $p<0.01$) ve SCL-90-R (Pearson korelasyon=0.54-0.61, $p<0.01$) arasında anlamlı bir korelasyon olduğu belirlenmiştir. Kadınların toplam ve alt ölçek ASRS puanları erkeklerinkine göre daha yüksektir (kadın: 25.89 ± 9.55 , erkek: 22.33 ± 11.20 ; $p<0.001$). **Sonuç:** ASRS'nin Türkçe formu erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu taramasında yardımcı olarak kullanılmak için geçerli ve güvenilir bir araçtır. (Anadolu Psikiyatri Dergisi 2009; 10:77-87)

Anahtar sözcükler: Erişkin DEHB, ASRS Tarama Ölçeği, Türkçe form, geçerlilik, güvenilirlik

Validity and reliability of the Turkish version of the Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS-v1.1)

ABSTRACT

Objective: To examine reliability and validity of the Turkish version of the World Health Organization's Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder Self-report Scale (ASRS). **Methods:** The validity and reliability of Turkish version of Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS-v1.1) Symptom Checklist was assessed in a sample of 579 university students from Namık Kemal University, Tekirdag. All participants completed the Turkish ASRS, Turkish Wender Utah Rating Scale (WURS), Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R), Perceived and Peer-Related Objective Success Scale (PPOSS) and Structured Developmental History Questionnaire (SDHQ). **Results:** Principle component analysis revealed two factors (inattention and hyperactivity/impulsivity) explaining 41.6% of the total variance. Reliability analysis showed that the Turkish version of ASRS has a high level of internal consis-

¹ Yrd.Doç.Dr., Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD, ² Yrd.Doç.Dr., Halk Sağlığı ABD, Tekirdağ

³ Doç.Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara

⁴ Arş.Gör.Dr., Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi 2. Psikiyatri Kliniği, İstanbul

Yazışma adresi/Address for correspondence:

Yrd.Doç.Dr. Sultan DOĞAN, Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD, 100. Yıl Mah. Uğur Mumcu Cad. İtfaiye Binası Arkası, 59100 Tekirdağ

E-mail: sultandogan@yahoo.com

tency (Cronbach's alpha=0.88). Cronbach's alpha coefficients for 'inattention' and 'hyperactivity/impulsivity' subscales were also high (0.82 and 0.78). Additionally, the correlation coefficients for two-week test-retest reliability among the 50 subjects were high (for total scores, $r=0.85$; for two subscales, $r=0.73-0.89$). Pearson product-moment correlation coefficients were revealed that the subscales and total score of the ASRS were significantly correlated with the WURS (Pearson's correlations=0.46-0.52, $p<0.01$) and the SCL-90-R (Pearson's correlations=0.54-0.61, $p<0.01$). Female subjects scored higher on both two subscales and total scores of ASRS (female: 25.89 ± 9.55 , male: 22.33 ± 11.20 ; $p<0.001$). **Conclusions:** These results suggest that Turkish ASRS is a reliable and valid measurement to aid in screening for adult ADHD. (*Anatolian Journal of Psychiatry* 2009; 10:78-87)

Key words: Adult ADHD, ASRS screener, Turkish version, reliability, validity

GİRİŞ

Son zamanlara kadar dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun (DEHB) özellikle bir çocukluk çağı bozukluğu olduğu ve çocukluktan erişkinliğe geçişle birlikte ortadan kaybolduğu düşünülürdü.¹ Bununla birlikte, birçok çalışma olguların yarısı ile üçte ikisinde bozukluğun erişkinlik döneminde de kalıcı olduğunu ve erişkinde morbidite ve işlevsellik kaybına yol açtığını göstermiştir.²⁻⁶ ABD'de yapılan ulusal çaptaki bir epidemiyolojik araştırmada Erişkin DEHB yaygınlığı %4 olarak hesaplanmış ve bozukluğun en yaygın psikiyatrik bozukluklardan biri olduğu bildirilmiştir.^{3,7} Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı'sına (DSM-IV-TR) göre, erişkinlerde DEHB tanısı koyabilmek için dikkatsizlik belirtilerinin, aşırı hareketlilik/dürtüsellik ya da her ikisinin birden bulunduğu gösterilmelidir. Belirtiler yedi yaşından önce başlamış olmalı ve hastanın yaşamının aile ilişkileri, okul ya da iş yaşamı gibi en az iki farklı alanında sorun oluşturmaktadır.⁸ Erişkin DEHB tanısı ancak klinik değerlendirmeyle konabilir. Hastanın yakınlarından alınan çocukluk dönemine ait bilgiler ve uygulanan ölçek sonuçları klinik tanıya destekleyici olarak kullanılır.^{7,9,10} Erişkin DEHB olan ve olmayanlar arasında nörobilişsel ve biyolojik farklılıkları kanıtlayan veriler artmakla birlikte, bunlardan hiç biri tanı koydurucu nitelikte değildir ve maliyeti yüksektir.¹¹

Erişkinde DEHB tanısı koymada yardımcı olabilecek Erişkin DEHB Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS), Conners Erişkin DEHB Tanısal Görüşme Formu, Barkley Şimdiki Semptomlar Kendi Bildirim Formu, Brown Dikkat Eksikliği Bozukluğu Derecelendirme Ölçeği ve Wender Utah Derecelendirme Ölçeği gibi birçok araç geliştirilmiştir.^{7,9,10,12} Bu araçlardan Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) Erişkin DEHB Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS) ve ASRS'nin altı soruluk kısa formu özellikle epidemiyolojik araştırmalarda sınılanmış olması ve DSM-IV'e dayalı 18 belirtiyi değerlendir-

Anatolian Journal of Psychiatry 2009; 10:77-87

diren sorular içermesi açısından daha yararlı görülmektedir.^{3,12-15} DSÖ tarafından ruhsal bozuklukların taranması amacıyla geliştirilen ölçeklerden biridir.¹⁹ Ölçeğin 'dikkat eksikliği' ve 'hiperaktivite/dürtüsellik' olmak üzere her biri dokuz sorudan oluşan iki alt ölçeği vardır. Sorular her belirtinin son altı ay içinde hangi sıklıkta ortaya çıktığını belirlemeye yöneliktir. *Asla* yanıtı için 0, *nadiren* yanıtı için 1, *bazen* yanıtı için 2, *sık* yanıtı için 3, *çok sık* yanıtı için 4 olmak üzere, yanıtlar 0-4 arasında puanlanmaktadır. 'Stepwise logistic regression' çalışması 18 sorudan altısının DEHB tanısını daha iyi kestirebildiğini göstermiştir.¹³ Bu altı soru ölçeğin A bölümünü, diğer 12 soru ölçeğin B bölümünü oluşturmaktadır. Özgün forma (ASRS-v1.1) <http://www.med.nyu.edu/psych/assets/adhdscreeen18.pdf> bağlantısından ulaşılabilir. Son zamanlarda birçok dile çevrilmiş, uluslararası epidemiyolojik araştırmalarda yaygın olarak kullanılmış bir tarama aracıdır.¹⁶⁻¹⁹ Bilgilerimize göre, DSÖ-ASRS'nin Türkçe uyarlaması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını içeren bir araştırma herhangi bir hakemli dergide yayınlanmamıştır. Ülkemizde Wender Utah Derecelendirme Ölçeği (WUDÖ) Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olmakla birlikte, bu ölçek epidemiyolojik çalışmalarda tarama amacıyla kullanmaya uygun değildir. DEHB belirtilerini geriye yönelik sorgulamak ve erişkinlerde DEHB tanısının konmasına yardımcı olmak amacıyla kullanılabilirliği bildirilmektedir.^{20,21} Bu bulgu ve bilgilerden yola çıkılarak, bu çalışmada ASRS'nin Türkçe formunun psikometrik özelliklerinin saptanması amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Örneklem

Araştırmanın veri toplama aşamasına geçilmeden önce Namık Kemal Üniversitesi Rektörlüğü ve Tıp Fakültesi Dekanlığı'ndan gerekli izinler alınmıştır. Çalışmaya katılma ölçütleri, denekle-

rin çalışmaya katılmayı kabul etmesi ve anket formlarını tam olarak doldurması şeklinde belirlenmiştir. Herhangi bir dışlama ölçütü kullanılmamıştır. Çalışmaya öğrencilerin katılımı gönüllülük temelinde gerçekleşmiş, herhangi bir ücret veya ders kredisi verilmemiştir. Dağıtılan 600 anket formundan 579'u (%96.5) tam olarak doldurulmuştur. Elli öğrencinin 15 gün sonra test-tekrar test anketine katılması için onayı alınmıştır. Katılımcılar Namık Kemal Üniversitesi'nin 2007-2008 öğrenim döneminde okuyan, yaş ortalaması 19.72 ± 1.56 (aralık: 18-28) olan, 202'si (%35) kız, 377'si erkek (%65) öğrenciden oluşuyordu. Öğrencilerin %98'i bekar, %1'i (6) evli, %0.3'ü (2) boşanmış ve %0.1'i (1) ayrı yaşıyordu. Öğrencilerin %43'ü öğrenci yurdunda, %27'si ailesinin yanında, %25'i öğrenci evinde arkadaşlarıyla yaşıyordu. Katılımcıların %81'i herhangi bir sağlık sorunu olmadığını bildirmiştir. En sık bildirilen sağlık sorunları solunum sistemi ile ilgili olanlardır ($s=24$). Bunları, eşit sayı ile gastrointestinal sorunlar ve psikiyatrik sorunlar izlemektedir ($s=12$). Katılımcılarda alkol içme yaygınlığı %43 olarak (%88 sosyal içici, %5 alkol kötüye kullanımı, %0.5 alkol bağımlılığı); sigara içme yaygınlığı %37 ve madde kullanım yaygınlığı %0.5 olarak saptanmıştır.

Gereçler

Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS): Ölçeğin Türkçe formunun oluşturulmasına ölçek yazarlarından RC Kessler'den yazılı izin alındıktan sonra başlanmıştır. İngilizceye hakim üç çevirmen birbirinden bağımsız olarak ölçeğin Türkçe çevirisini gerçekleştirdikten sonra, çevirmenler çevirilerin Türkçe uygunluğu ve anlaşılabilirliği açısından ortak bir metinde uzlaşmıştır. Bu metin özgün formu bilmeyen bir çevirmen tarafından yeniden İngilizceye çevrilmiştir. Geri çevrilen İngilizce ölçekle özgün ölçeğin uygunluğu belirlendikten sonra çalışmaya başlanmıştır.

Wender Utah Derecelendirme Ölçeği (WUDÖ): WUDÖ, çocuklukta DEHB belirtilerini geriye yönelik sorgulamak ve erişkinlerde DEHB tanısının konmasına yardımcı olmak amacıyla geliştirilmiştir. Birçok çalışma iç tutarlılığının iyi ve test-tekrar test güvenilirliğinin yüksek olduğunu göstermiştir.²⁰ Ayrıca DEHB olan erişkinleri sağlıklı kontrollerden ve depresyonu olan hastalardan ayırt edebildiği de gösterilmiştir. Yirmi beş maddelik Likert tipi bir ölçektir ve 'hayır ya da çok hafif' 0, 'hafif' 1, 'orta derecede' 2, 'fazla' 3, 'çok fazla' 4 puan olarak hesaplanır. Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması sonucu iç tutarlılığı çok yüksek (Cronbach

alfa=0.93) bulunmuştur. Test-tekrar test güvenilirliği de yüksek bulunan ölçeğin (Cronbach alfa=0.81), total varyansın %61.3'ünü açıklayan beş faktöre ayrıldığı saptanmıştır ('irritabilite', 'depresyon', 'okul sorunları', 'davranış sorunları/dürtüsellik' ve 'dikkat eksikliği').²¹

Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R): SCL-90-R büyük gruplarda psikiyatrik belirti dağılımını belirlemede yaygın olarak kullanılan bir araçtır. Dokuz belirti boyutunu içerir: 'somatizasyon', 'obsesif-kompulsif', 'kişilerarası duyarlılık', 'depresyon', 'kaygı', 'düşmanlık', 'fobik kaygı', 'paranoid düşünce' ve 'psikotizm'. Türkçe standardizasyon çalışması, SCL-90-R'nin üniversite örnekleminde geçerli ve güvenilir bir psikiyatrik tarama aracı olduğunu göstermiştir.²²

Yapılandırılmış Gelişim Öyküsü Formu (YGÖF): YGÖF araştırmacılar tarafından geliştirilmiştir ve 48 sorudan oluşmaktadır. İlk dokuz soru yaş, cinsiyet, okuduğu bölüm, kaçınıcı sınıf olduğu, aile tipi, gelir düzeyi, doğum yeri gibi sosyodemografik değişkenleri belirlemek amacıyla kullanılmıştır. Onuncu-on dokuzuncu sorular tıbbi öykü, sigara, alkol ve madde kullanma özelliklerini belirlemek için kullanılmıştır. Diğer sorular dört bölümden oluşmaktadır ve doğum öncesi, doğum, erken çocukluk dönemi, okul başarısı, ailede psikiyatrik bozukluk öyküsü gibi gelişimsel özellikleri sorgulayan soruları içermektedir.

Başarı Algısı Ölçeği (BAÖ): Sayarer tarafından geliştirilen ve güvenilirlik çalışması yapılan BAÖ yaşlılara göre, nesnel başarı ölçütlerine göre başarı algısını ölçen sekiz maddelik Likert tipi bir ölçektir.²³ Ölçeğin üniversite öğrencilerine uyarlanmasında, önce öğrenci örnekleminde kullanılması uygun olmadığı düşünülen 'aylık net kazancınız', 'yıllık ücret artış oranınız' gibi sorular ölçekten çıkarılmış ve elde edilen altı maddelik ölçek Namık Kemal Üniversitesi'nde öğrenim gören 100 öğrenciye uygulanmıştır. Sonuçta toplam varyansın %76.9'unu açıklayan iki faktör ('okul başarısı', 'sosyal ilişkiler') elde edilmiştir. Bu aşamada, faktör dağılımına uygun bulunmayan iki soru ölçekten çıkarılmıştır. Dört maddelik ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılığı 0.70'tir.

İstatistiksel yöntemler

Veriler bilgisayar aracılığıyla değerlendirilmiş, istatistiksel analizlerde SPSS paket programı kullanılmıştır. Katılımcıların cinsiyet, medeni durum ve yaş ortalaması gibi demografik verileri tanımlayıcı istatistikleri hesaplandıktan sonra, karşılaştırmalı analizlerde bağımsız gruplarda iki ortalama arası önemlilik testi ve iki oran arası

farkın önemlilik testi uygulanmıştır. Ölçeğin yapı geçerliliği için faktör analizi yapılmış, verilerin faktör analizi için uygunluğu Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) katsayısı ve Bartlett Küresellik Testi ile incelenmiştir. Test-tekrar test güvenilirliği için Pearson korelasyon analizi hesaplanmıştır. Test-tekrar test sonuçlarını değerlendirmek için bağımlı grupta t testi yapılmıştır. ASRS'nin WUDÖ ve SCL-90-R ile eş zamanlı geçerliliği için Pearson korelasyon analizi ve ölçek iç tutarlılığı için Cronbach alfa iç tutarlılık analizi uygulanmıştır. ASRS puanlarına WUDÖ ve SCL-90-R alt ölçeklerinin etkisini irdelemek amacıyla çoklu regresyon analizi yapılmıştır. Regresyon denkleminde bir modelin iyi oluşturulmuş bir model olup olmadığını test etmek için Durbin-Watson analizi ve modellerin istatistiksel olarak anlamlı ve doğrusal bir model olduğu söyleyebilmek amacıyla F testi yapılmıştır. Tüm testlerde istatistiksel anlamlılık değeri 0.05 ve altı olarak belirlenmiş; sonuçlar %95 güvenilirlik düzeyinde iki yönlü olarak değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Test- tekrar test güvenilirliği ve iç tutarlılık

Güvenilirlik analizinde ölçeğin iç tutarlılığı Cronbach alfa değeri (0.88) hesaplanarak gösterilmiştir. Alt ölçekler için hesaplanan Cronbach alfa değeri de 'dikkat eksikliği' için 0.82, 'hiperaktivite/dürtüsellik' için 0.78 olmak üzere yük-

sek bulunmuştur. İki hafta sonra 50 katılımcıya uygulanan test-tekrar test güvenilirliği için Cronbach alfa değeri 0.81 olarak bulunmuştur.

Test-tekrar test tutarlılığı için iki testin toplam ve alt ölçekleri arasındaki korelasyona bakılmış; $p < 0.01$ anlamlılık düzeyinde hem toplam puanlar için ($r=0.85$), hem de alt ölçekler için yüksek ilişki bulunmuştur ($r=0.73-0.89$). Ayrıca test tekrar-test güvenilirliği için iki testin toplam ve alt ölçek puan ortalamaları 'bağımlı grupta t testi' ile karşılaştırılmış ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 1).

Ölçeğin yapı geçerliliği

Örneğimizde ASRS'nin 'dikkat eksikliği' ve 'hiperaktivite/dürtüsellik' alt ölçek puanları arasında güçlü korelasyon bulunması ölçeğin yapı geçerliliğine temel teşkil etmektedir ($r=0.59$, $p < 0.01$).

ASRS'nin yapı geçerliliğini incelemek amacıyla faktör analizi yapılmıştır. Verilerin faktör analizi için uygunluğu incelenmiş, örneklem büyüklüğü uygun bulunmuş ve değişkenler arasında faktör analizi yapmaya yeterli ilişki bulunduğu sonucuna varılmıştır. (Kaiser-Meyer-Olkin örneklem yeterliliği 0.92, Bartlett Küresellik Testi 2.5, $p < 0.0001$).

Her faktörün faktör analizine uygunluğunu ölçme (örneklem yeterliliği ölçümü) değerleri hesaplanmıştır. Soruların yeterlilik değerleri 0.87-0.95

Tablo 1. ASRS'nin test-tekrar test güvenilirliği ve iç tutarlılığı

Ölçek	Test-tekrar test güvenilirliği (n=50)			t	p	İç tutarlılık (n=579) Cronbach α
	Gruplar arası korelasyon (%95 GA*)	Test Ort.±SS	Tekrar test Ort.±SS			
ASRS						
Dikkat eksikliği	0.89 (0.80-0.94)	11.10±4.98	11.08±4.26	0.04	0.97	0.82
Hiperaktivite/dürtüsellik	0.73 (0.52-0.85)	12.20±5.31	12.28±4.35	-0.13	0.90	0.78
Toplam puan	0.85 (0.73-0.91)	23.30±9.18	23.36±7.96	-0.07	0.95	0.88

*GA: Güven Aralığı

arasında değişmektedir. Hiçbir soru değeri 0.50 sınır değerinin altında bulunmadığından, tüm soruların incelemeye değer olduğuna ve analize alınmasına karar verilmiştir. Faktörlerin yükleri hesaplanırken Varimax eksen döndürme yöntemi kullanılmıştır.

Faktör elde etme, yorumlanabilirlik ve özdeğer

ölçütüne göre yapılmıştır. İlk olarak 18 maddeden özdeğeri '1'in üzerine bulunanlar 'önemli faktör' olarak belirlenmiştir. Faktör analizinde temel bileşenler analizi uygulanmış ve öz değeri birden büyük üç faktör bulunmuştur. Yapılan analizde F1'in özdeğeri 6.11, F2'nin özdeğeri 1.37 ve F3'ün özdeğeri 1.02 olarak hesaplan-

mıştır. Bunu izleyen 4. maddenin özdeğeri 0.95 olarak bulunmuştur. Üçüncü ve dördüncü maddelerin özdeğerleri arasındaki yakınlık nedeniyle çizgi grafiği hazırlanarak en büyük ivme farkının F1 ve F2 arasında olduğu belirlenmiştir.

İlk yapılan faktör analizinde, F1'in varyansın %16.38'ini; F2'nin %16.08'ini; F3'ün %14.95'ini ve bu üç faktörün toplam varyansın %47.41'ini açıkladığı saptanmıştır. Üç faktöre dağılan sorular incelendiğinde, F1'de hiperaktivite/dürtüsellik

Tablo 2. Temel bileşenler yöntemiyle faktör analizi yapılan ASRS Türkçe formunun iki faktörlü değerlendirilmesi

Sorular	Faktörler, yükleri ve güvenilirlikleri				
	F1	Cronbach α	F2	Cronbach α	
1. Üzerinde çalıştığınız bir iş/projenin son ayrıntılarını toparlayıp projeyi tamamlamakta sorun yaşar mısınız?	0.71	0.82			
2. Organizasyon gerektiren bir iş yapmanız zorunlu olduğunda işlerinizi sıraya koymakta ne sıklıkla zorluk yaşarsınız?	0.71				
4. Çok fazla düşünmeyi ve konsantrasyonu gerektiren bir iş yapmanız gerekiyorsa ne sıklıkla başlamakta kaçınırsınız ya da geciktirirsiniz?	0.65				
3. Yükümlülüklerinizi ve randevularınızı hatırlamakta ne sıklıkla sorun yaşarsınız?	0.60				
10. Evde veya işte eşyaları bulmakta ya da nereye koyduğunuzu hatırlamakta ne sıklıkla güçlük yaşarsınız?	0.54				
9. Doğrudan sizinle konuşuyor bile olsalar, insanların size söylediklerine yoğunlaşmakta ve dinlemekte ne sıklıkla güçlük yaşarsınız?	0.51				
7. Sıkıcı veya zor bir proje üzerinde çalışmanız gerektiğinde, ne sıklıkla dikkatsizce hatalar yaparsınız?	0.47				
8. Monoton veya tekrarlayıcı bir iş yaparken ne sıklıkla dikkatinizi sürdürmekte güçlük çekersiniz?	0.44				
11. Etrafınızdaki hareketlilik ve gürültü ne sıklıkla dikkatinizi dağıtır?	0.41				
15. Sosyal ortamlarda bulunduğunuzda, ne sıklıkla kendinizi çok konuşurken yakalarsınız?				0.76	0.78
16. Bir sohbet ya da görüşmede, ne sıklıkla karşınızdaki kişi cümlesini bitirmeden onun cümlesini bitirdiğinizi fark edersiniz?				0.63	
6. Ne sıklıkla kendinizi aşırı aktif ve sanki motor takılmış gibi bir şeyler yapmak zorunda hissedersiniz?			0.59		
17. Sıraya girmek gerektiğinde, ne sıklıkla sıranızın gelmesini beklemekte güçlük çekersiniz?			0.57		
13. Ne sıklıkla kendinizi huzursuz, kıpır kıpır hissedersiniz?			0.55		
5. Uzun bir süre oturmanız gerektiğinde, ne sıklıkla huzursuzlaşır, kıpırdanır ya da el ve ayaklarınızı kıpırdatırsınız?			0.53		
18. Başka bir işle meşgul olduklarında araya girip diğer insanları engeller misiniz?			0.47		
12. Orada oturmanız beklendiğinde, bir toplantı veya benzer durumda ne sıklıkla yerinizden kalkarsınız?			0.42		
14. Kendinize ait boş zamanınız olduğunda ne sıklıkla gevşemekte ve rahatlamakta güçlük çekersiniz?			0.34		

sorularının, F2'de dikkat eksikliği sorularının yer aldığı görülmüştür. F3'ün ise her iki alt başlığa ait sorulardan oluştuğu görülmüştür. F1, F2 ve F3 için alt ölçek Cronbach alfa değerleri sırasıyla 0.78, 0.76, 0.70 bulunmuştur. Elde edilen sonuç, araştırmacılar tarafından yeniden değerlendirilmiş ve soruların iki faktörde de toplanabileceği; iki faktörlü uygulamadaki soru dağılımlarının klinik olarak da uygun olduğu sonucuna varılmıştır. Bu nedenle faktör analizi düzeneği iki faktörlü olacak şekilde yeniden kurulmuştur. Bu şekliyle ikinci kez yapılan Faktör analizinde F1 varyansın %21.29'unu, F2 ise %20.29'unu açıklamaktadır. Bu şekliyle bu iki faktör toplam varyansın %41.58'ini açıklamaktadır. Bu iki faktörün kendi içinde güvenilirliğine de bakılmış, F1 için Cronbach $\alpha=0.82$, F2 için Cronbach $\alpha=0.78$ olarak hesaplanmıştır. Bu faktörleri oluşturan her sorunun faktörden çıkarıldığındaki güvenilirlik katsayısı değerlendirilmiş ve soruların faktörlere dağılımı uygun bulunmuştur. İki faktörlü uygulamanın güvenilirlik değerlerinin yüksek olması nedeniyle ölçeğin iki faktörlü biçimiyle daha güvenilir olduğu sonucuna varılmıştır. Ancak bu tür ölçeklerin bir başka dile çevrilmesi sırasında ortaya çıkabilen anlaşılabilirlik sorunu ölçeğimizde de özellikle soru 14'te yaşanmış, ilgili sorunun ait olması gereken faktöre ait yükü

0.34 olarak hesaplanmıştır (Tablo 2).

Eş zamanlı geçerlilik

Eşzamanlı geçerliliği belirlemek için ASRS'nin toplam ve alt ölçek puanları ile WUDÖ ve SCL-90-R ile korelasyonuna bakılmıştır. ASRS ve WUDÖ toplam puanları arasında anlamlı ve pozitif yönde bir korelasyon vardı ($r=0.52$, $p<0.01$). Hem ASRS toplam puanları, hem de 'dikkat eksikliği' ve 'hiperaktivite/dürtüsellik' puanları ile WUDÖ'nün 'irritabilite' ($r=0.41$, $p<0.01$), 'Depresyon' ($r=0.44$, $p<0.01$), 'davranış sorunları/dürtüsellik' ($r=0.38$, $p<0.01$), 'dikkat eksikliği' ($r=0.42$, $p<0.01$) alt ölçekleri arasında orta düzeyde 'okul sorunları' alt ölçeği ile zayıf bir korelasyon bulundu ($r=0.22$, $p<0.01$). Ek olarak, ASRS ve SCL-90-R toplam puanları da anlamlı ve pozitif yönde ilişkiliydi ($r=0.61$, $p<0.01$) (Tablo 3).

ASRS'nin WUDÖ ve SCL-90-R ile regresyon modellemesi üzerinde çalışılmıştır. Elde edilen model WUDÖ'nün 'dikkat eksikliği' alt ölçeğinin, ASRS 'dikkat eksikliği' alt ölçeğini %12.1, 'hiperaktivite/dürtüsellik' alt ölçeğini %19.6 oranında kestirdiğini gösterdi. Benzer model SCL-90-R'nin 'obsesif-kompulsif' ve 'düşmanlık' alt boyutlarının ASRS 'dikkat eksikliği' alt ölçeğini

Tablo 3. ASRS'nin eş zamanlı geçerliliği

Ölçek	Pearson korelasyon katsayısı (r)		
	Dikkat eks.	Hiperak./dürt.	Toplam puan
Wender Utah Derecelendirme Ölçeği			
İrritabilite	0.35**	0.39**	0.41**
Depresyon	0.40**	0.39**	0.44**
Okul sorunları	0.25**	0.17**	0.22**
Davranış sorunları/dürtüsellik	0.35**	0.34**	0.38**
Dikkat eksikliği	0.44**	0.35**	0.42**
Toplam puan	0.49**	0.46**	0.52**
SCL-90-R			
Somatizasyon	0.35**	0.39**	0.41**
Obsesif-kompulsif	0.62**	0.58**	0.67**
Kişilerarası duyarlık	0.48**	0.50**	0.54**
Depresyon	0.52**	0.52**	0.58**
Kaygı	0.46**	0.50**	0.53**
Saldırganlık	0.47**	0.51**	0.54**
Fobik kaygı	0.32**	0.37**	0.37**
Paranoid düşünce	0.51**	0.54**	0.57**
Psikotizm	0.46**	0.48**	0.52**
Toplam puan	0.54**	0.57**	0.61**

** : $p<0.01$

Tablo 4. ASRS'nin WUDÖ ve SCL-90-R ile regresyon modellemesi kestirimi

	ASRS dikkat eksikliği Regresyon katsayısı			ASRS hiperaktivite/dürtüsellik Regresyon katsayısı		
	%95 GA*	t	p	%95 GA*	t	p
WUDÖ dikkat eksikliği	0.35 (0.48-0.84)	7.16	<0.001	0.35 (0.49-0.81)	8.0	<0.001
SCL-90-R obsesif-komp.	0.43 (0.36-0.51)	12.07	<0.001	0.37 (0.20-0.38)	6.20	<0.001
SCL-90-R saldırganlık	0.11 (0.01-0.22)	1.99	0.048	0.16 (0.06-0.31)	2.91	0.004
SCL-90-R paranoid düş.	AD**	AD**	>0.05	0.15 (0.03-0.32)	2.41	0.016

GA*: Güven aralığı, AD**: Anlamli değil

%39.3; 'obsesif-kompulsif', 'düşmanlık' ve 'paranoid düşünce' alt boyutlarının ASRS 'hiperaktivite/dürtüsellik' alt ölçeğini %37.7 oranında kestirebilmektedir (Tablo 4).

TARTIŞMA

ASRS'nin toplumumuzda geçerlilik ve güvenilirliğini sınavan bu çalışma, bilgilerimize göre bir ilk çalışma niteliğindedir. Bu çalışmada, genel olarak, ASRS Türkçe formunun orijinal ölçekle benzer şekilde, DEHB belirtilerini taramada, tanıyı desteklemede, tedavi sonucu oluşan değişiklikleri ölçmede çalışmanın yapıldığı örneklem için geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu sonucuna varılmıştır.

Sonuçlarımız, Türkçe ASRS'nin yüksek iç tutarlılığı ve test-tekrar test güvenilirliği olduğunu göstermiştir. Bu Türkçe ASRS'nin zaman içinde ölçeğe bağlı değişkenlik (dalgalanmalar) göstermediğini ve sabit kaldığını göstermektedir.

Türkçe ASRS'nin yapı geçerliğini incelemek amacıyla, ana bileşenler (Principle Component Analysis) yöntemiyle faktör analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda orijinal çalışmadan farklı olarak, maddelerin üç faktörde toplandığı bulunmuştur. F1'in 'hiperaktivite/dürtüsellik' sorularından, F2'nin 'dikkat eksikliği' sorularından ve F3'ün ise iki alt başlığa ait sorulardan oluştuğu görülmüştür. ASRS İspanyolca formunda faktör analizi sonucu elde edilen dört faktör, araştırmacılar tarafından maddeler uygun faktörlere dağıtılarak sonuçta iki faktör elde edilmiştir.¹⁷ Bizim çalışmamızda benzer bir yöntem izlenerek F3'te yer alan sorular içeriklerine uygun olarak iki faktöre ('dikkat eksikliği' ve 'hiperaktivite/dürtüsellik') dağıtılmıştır. Bu iki faktörün kendi içinde güvenilirliğine tekrar bakılarak 3 faktörlü analize göre daha yüksek Cronbach alfa değerleri

bulunmuş ve ölçeğin iki faktörlü biçimiyle daha güvenilir olduğu sonucuna varılmıştır (Tablo 2). Varyans oranları ne ölçüde yüksekse, ölçeğin faktör yapısının o kadar yüksek olduğu bilinir ve sosyal bilimlerde yapılan analizlerde %40-60 arasında değişen varyans oranları yeterli kabul edilir.²⁴ Çalışmamızda ikinci kez yapılan faktör analizinde F1'in varyansın %21.29'unu, F2'nin %20.29'unu açıklaması ve toplamda %40'ın üzerinde bir varyans oranı bulunması iki faktörlü uygulamanın kabul edilebilir olduğunu düşündürmektedir. Faktör sayısını belirlerken en az sayıda, istatistiksel olarak en uygun açıklamayı getiren ve uygulanabilir çözümleri veren faktörleri belirlemek temeldir.²⁵ Bu nedenle bu çalışmada da önemli faktör sayısı iki olarak belirlenmiştir.

Eş zamanlı geçerliliği araştırmak amacıyla WUDÖ kullanılmıştır. WUDÖ, DEHB'nin geriye dönük değerlendirilmesi için geliştirilmiş, birçok klinisyen ve araştırmacı tarafından kullanılarak standart bir ölçme aracı haline almıştır. Çince ve İspanyolca formunda olduğu gibi, Türkçe ASRS alt ölçekleri ile WUDÖ alt ölçekleri arasında korelasyon bulunması, ASRS'nin geçerliliğini desteklemektedir.^{16,17} ASRS toplam puanları ve alt ölçek puanları ile WUDÖ toplam puanları arasındaki korelasyon katsayıları 0.46-0.52 arasında bulunmuştur. ASRS Çince formunun toplam ve alt ölçek puanları ile WUDÖ toplam puanları arasındaki korelasyon katsayıları ise 0.37-0.66 olarak hesaplanmış ve araştırmacılar tarafından orta-güçlü bir korelasyon olarak yorumlanmıştır.¹⁶

Çalışmamızda Türkçe ASRS toplam ve alt ölçek puanları ile SCL-90-R toplam puanları arasındaki korelasyon katsayıları 0.54-0.61 olarak belirlenmiştir. Pozitif yönde ve anlamlı olan bu ilişki daha önceki araştırmalarla uyumlu bir sonuçtur.^{26,27} Korelasyon katsayıları SCL-90-R obsesif-kompulsif alt boyutu dışında 0.37-0.57

arasında hesaplanmıştır ve bu değerler çok güçlü olmayan ancak orta-güçlü bir korelasyona işaret etmektedir. Bununla birlikte, DEHB ile psikiyatrik belirtiler arasında komorbidite varlığını göstermesi açısından önemlidir ve bizi ASRS'nin DEHB kesin tanısını koymada tek başına yeterli bir araç olmadığı ve DEHB tanısının özellikle klinik tanıyla desteklenmesi gerektiği sonucuna götürmektedir. Türkçe ASRS ile SCL-90-R obsesif-kompulsif alt boyutu arasındaki korelasyon ise yüksek bulunmuştur ($r=0.67$). Bu sonuç, obsesif kompulsif bozukluk ile DEHB arasında bazı belirtilerin benzerlik gösterdiği şeklinde yorumlanabilir ve bu benzerlik ASRS'nin ayırt edici gücündeki düşüklüğe işaret ediyor olabilir. Diğer bir açıklamaya göre ise, bu sonuç, DEHB olanlarda yüksek sıklıkta obsesif kompulsif bozukluk bildiren çalışmalar göz önüne alındığında, iki bozukluğun yüksek komorbidite göstermesi ile ilişkili olabilir.²⁸

Çoklu regresyon analizinde elde edilen regresyon katsayıları (β), ait oldukları bağımsız değişkenin, bağımlı değişkenin ne kadarını açıkladığını gösterir. Bağımsız değişkenlerin modellemedeki katkılarının anlamlı olup olmadığına p değeri ile karar verilir ve güven aralığının 1.0'ı içerip içermediğine bakılarak p değerleri desteklenir.²⁹ Bizim çalışmamızda da modellemede bağımsız değişkenler için anlamlılık düzeyi olarak 0.05 kabul edilmiştir. $p<0.05$ olan değişkenler anlamlı olarak değerlendirildikten sonra katsayılarına bakılmıştır. Katsayıları %95 güven aralığında '1.0' içeren değişkenler denklemden çıkarılarak, yeniden modelleme yapılmıştır. Sonuç olarak elde edilen model WUDÖ'nün 'dikkat eksikliği' alt ölçeğinin, ASRS'nin 'dikkat eksikliği' alt ölçeğini %12.1, 'hiperaktivite/dürtüsellik' alt ölçeğini %19.6 oranında kestirmiştir. Verilen bağımsız değişkenler, regresyon katsayılarının p değerlerinin <0.05 olması ve güven aralıklarının 1.0'ı içermemesi nedeniyle önemli bulunarak modelde bırakılmıştır. Benzer şekilde SCL-90-R'nin 'obsesif-kompulsif' ve 'düşmanlık' alt boyutlarının ASRS'nin 'dikkat eksikliği' alt ölçeğini %39.3; 'obsesif-kompulsif', 'düşmanlık' ve 'paranoid düşünce' alt boyutlarının ASRS'nin 'hiperaktivite/dürtüsellik' alt ölçeğini %37.7 oranında kestireilen regresyon denklemleri, regresyon katsayılarının anlamlı oluşu ve güven aralıklarının 1.0'ı içermemesi nedeniyle uygun kabul edilmiştir ve denklemden bırakılmıştır (Tablo 4).

Çocuklarda yapılan çalışmalar, DEHB'nin erkeklerde daha sık görüldüğünü bulmuştur.³⁰ Bununla birlikte, erişkinlerde cinsiyet dağılımı ile ilgili verilerin sonuçları tutarlı değildir. Son zamanlar-

da erişkinlerde yapılan iki epidemiyolojik çalışmadan biri erkeklerde daha yüksek yaygınlık bildirmiştir.¹⁴ Diğer çalışmada ise, 'hiperaktivite' belirtilerinin kadınlarda daha sık ve tanı eşiği temel alındığında DEHB tanısının daha yaygın olduğu saptanmıştır.²⁷ Erişkin sürücülerde³¹ ve klinik popülasyonda³² DEHB yaygınlığını araştıran iki çalışmada ise cinsiyetler arasında fark bulunmamıştır. Dürtüsellik ölçeği kullanılan bir çalışmada, kadınlarda dürtüsellik yüksek oranda saptanmakla birlikte, diğer dürtüsellik araştırmaları kadın ve erkeklerde eşit sonuçlar alındığını göstermiştir.^{33,34} Bizim çalışmamızda ise, kadınlar erkeklerle göre anlamlı olarak daha yüksek ASRS puanı almıştır. Kadınlar lehine yüksek ASRS puanlarını açıklayabilmek zordur. Gözden geçirilen yayınlarda cinsiyet etkisi ile ilgili bu farklılık, öğretmenler ve anne-babalar tarafından kız çocuklarda DEHB belirtilerinin daha az dile getirildiği, buna karşılık erişkin kadınların DEHB belirtilerinin daha fazla farkında oldukları şeklinde yorumlanmaktadır.³² Bununla birlikte, yeterince büyük olmayan bir örneklemden yola çıkarak kesin yargılara varmak zordur ve erişkin DEHB yaygınlığında cinsiyet etkisini araştıran daha fazla çalışmaya gereksinim vardır.

Çalışmanın sınırlılıkları

Çalışmamız, daha önce farklı dillerde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan ASRS'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik bulgularını sağlayan ilk araştırmadır ve bazı önemli kısıtlılıkları vardır. Çalışmanın örneklem grubu yaklaşık olarak 600 kişiyi içermekle birlikte, bir ölçeğin psikometrik özelliklerini saptamak için yeterince büyük değildir. Bir diğer kısıtlılık ise, örneklem grubunu üniversite öğrencilerinin oluşturmasıdır. Bu yaş grubu tüm erişkinleri temsil edemeyeceğinden, sonuçların genellenmesi konusunda ihtiyatlı olunmalı ve yeni araştırmalarla ölçek değişik yaş gruplarında sınanmalıdır.

Çocukluk çağı gelişim öyküsü, tıbbi öykü, çocukluk dönemi akademik başarı ile ilgili bilgiler, ailede psikiyatrik bozukluk öyküsü, sigara, alkol ve madde kullanım özellikleri gibi veriler kişilerin bildirimine dayanmaktadır. Bu verilerin elde edilmesinde anne-baba ya da öğretmen bilgisi, geçerli ve güvenilir ölçekler kullanılmamış olması çalışmamızın önemli kısıtlılıklarındandır. DEHB tanısını desteklemek amacıyla psikiyatrik görüşme yapılmamış olması da bir diğer önemli eksikliklerdir. Gelecekteki çalışmalarda ASRS'nin, psikiyatrik görüşme sonucu erişkin DEHB tanısı konmuş hastalara uygulanması ölçeğin geçerliliğini destekleyen ek veriler sağlayacaktır.

SONUÇ

DEHB'nin çocukluk dönemiyle sınırlı kalmayıp ergenlik ve erişkinlik döneminde de sürdüğünün gösterilmesiyle birlikte, toplum temelli erişkin DEHB yaygınlığını saptamaya yönelik araştırmalara ve bu araştırmalarda kullanılabilecek tanı araçlarına ilgi artmıştır. Bulgularımız, birçok dile çevrilmiş ve uluslararası epidemiyolojik araştırmalarda kullanılmış olan ASRS'nin Türkçe formunun da geçerli ve güvenilir bir ölçme

aracı olduğunu göstermiştir. Bu bulgularla ölçeğin ülkemizde hem birinci basamakta ve büyük çaplı toplum taramalarında, hem de klinik çalışmalarda kullanılabileceğini düşünmekteyiz. Ölçeğin yalnız bir tarama aracı olduğu, tek başına tanı koymada kullanılamayacağı akılda tutulmalıdır. Epidemiyolojik araştırmalarda kullanılırken ikinci aşamada tanının yarı yapılandırılmış ve yapılandırılmış klinik görüşme ölçekleri ile desteklenmesi önemlidir. Gerektiğinde derecelendirme ölçekleri de kullanılmalıdır.

Teşekkür: Çalışmanın gerçekleşmesi için özgün formu kullanmamıza izin veren ve bizi yüreklendiren Harvard Tıp Okulu öğretim üyesi Profesör Ronald C. Kessler'e teşekkür ederiz.

KAYNAKLAR

1. Spencer T, Biederman J, Wilens TE, Faraone SV. Adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a controversial diagnosis. *J Clin Psychiatry* 1998; 59(Suppl. 7):59-68.
2. Biederman J, Petty CR, Fried R, Fontanella J, Doyle AE, Seidman LJ, et al. Can self-reported behavioral scales assess executive function deficits? A controlled study of adults with ADHD. *J Nerv Ment Dis* 2007; 195:240-246.
3. Kessler RC, Adler L, Ames M, Demler O, Faraone S, Hiripi E, et al. The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychol Med* 2005; 35:245-256.
4. Adler LA, Spencer T, Faraone SV, Reimherr FW, Kelsey D, Michelson D, et al. Training raters to assess adult ADHD: reliability of ratings. *J Atten Disord* 2005; 8:121-126.
5. Barkley RA, Fischer M, Smallish L, Fletcher K. The persistence of attention-deficit/hyperactivity disorders into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. *J Abnorm Psychol* 2002; 111:279-289.
6. Rasmussen P, Gillberg C. Natural outcome of ADHD with developmental coordination disorder at age 22 years: a controlled, longitudinal, community-based study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39:1424-1431.
7. Adler L, Cohen J. Diagnosis and evaluation of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2004; 27:187-201.
8. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Revised*. Washington, D.C., American Psychiatric Press, 2000.
9. Wasserstein J. Diagnostic issues for adolescents and adults with ADHD. *JCLP*, 2005; 61:535-547.
10. Weis M, Murray C. Assessment and management of attention-deficit hyperactivity disorder in adults. *Can Med Assoc J* 2003; 18:715-722.
11. McGough JJ, Barkley RA. Diagnostic controversies in adult attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry* 2004; 161:1948-1956.
12. Kessler RC, Lane M, Stang PE, van Brunt DL. The prevalence and workplace costs of adult attention deficit hyperactivity disorder in a large manufacturing firm. *Psychol Med* 2008; 21:1-11.
13. Kessler RC, Adler LA, Gruber MJ, Sarawate CA, Spencer T, van Brunt DL. Validity of the World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) Screener in a representative sample of health plan members. *Int J Methods Psychiatr Res* 2007; 16:52-65.
14. Kessler RC, Adler LA, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Faraone SV, et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry* 2006; 163:716-723.
15. Adler LA, Spencer T, Faraone SV, Kessler RC, Howes MJ, Biederman J, et al. Validity of pilot Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) to Rate Adult ADHD symptoms. *Ann Clin Psychiatry* 2006; 8:145-148.
16. Yeh CB, Gau SS, Kessler RC, Wu YY. Psychometric properties of the Chinese version of the adult ADHD Self-report Scale. *Int J Methods Psychiatr Res* 2008; 17:45-54.
17. Pedrero Pérez EJ, Puerta García C. ASRS v.1.1. a tool for attention-deficit/hyperactivity disorder screening in adults treated for addictive behaviors: psychometric properties and estimated prevalence. *Adicciones* 2007; 19:393-408.
18. Rodriguez A, Ginsberg Y, Fernholm A, Nyberg L. ADHD difficult to diagnose in adults. ASRS v1.1 Self-Report Scales valuable help--now translated to Swedish. *Lakartidningen* 2007; 104:1398-1400.

19. Kessler RC, Ustun TB. The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res* 2004; 13:93-121.
20. Wierzbicki M. Reliability and validity of the Wender Utah Rating Scale for college students. *Psychol Rep* 2005; 96:833-839.
21. Öncü B, Ölmez S, Şentürk V. Validity and reliability of the Turkish version of the Wender Utah Rating Scale for attention-deficit/hyperactivity disorders in adults. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2005; 16:252-259.
22. Dag I. Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)'nin üniversite öğrencileri için güvenilirliği ve geçerliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1991; 2:5-12.
23. Sayarer A. Meaning and Dimensions of Life Success: Effects of Sex and Age. Unpublished MA Thesis, Istanbul, Bogazici University, 1999.
24. Scherer RF, Wiebe FA, Luther DC, Adams JS. Dimensionality of coping: factor stability using the Ways of Coping Questionnaire. *Psychol Rep* 1988; 62:763-770.
25. Şencan H. Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenilirlik ve Geçerlilik. Ankara, Seçkin Yayıncılık, 2005, s.355-410.
26. Almeida Montes LG, Friederichsen Alonso A, Olivia Hernandez A, Rodriguez Carranza R, de la Pena F, Cortes Sotres J. Construction, validity and reliability of the screening scale "FASCT" for attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. (Self-reported and observer versions). *Actes Esp Psiquiatr* 2006; 34:231-238.
27. Kooij JJS, Buitelaar JK, Van Den Oord EJ, Furer JW, Rijnders CA, Hodiament PPG. Internal and external validity of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in a population-based sample of adults. *Psychol Med* 2005; 35:817-827.
28. Peterson BS, Pine DS, Cohen P, Brook JS. Prospective, longitudinal study of tics, obsessive-compulsive, and attention-deficit/hyperactivity disorders in an epidemiological sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40:685-695.
29. Aksakoğlu G. Sağlıkta Araştırma ve Çözümleme: Çok Değişkenli Çözümleme Yöntemleri, Çoklu Regresyon. İkinci baskı, İzmir, DEÜ Basımevi, 2006, s.303-306.
30. Şenol S. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. E Köroğlu, C Güleç (Eds.), *Psikiyatri Temel Kitabı*, ikinci baskı, Ankara, HYB Basım Yayın, 2007, s.822-837.
31. Murphy K, Barkley RA. Prevalence of DSM-IV symptoms of ADHD in adult licensed drivers: implications for clinical diagnosis. *J Atten Disord* 1996; 3:147-161.
32. Kooij JJS, Ackerlin LP, Buitelaar JK. Functioning, comorbidity, and treatment of 141 adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) at a psychiatric outpatient department. *Nederland Tijdschrift voor Geneeskunde* 2001; 145:1498-1501.
33. Luengo MA, Carillo-De-La-Pena MT, Otera JM. The components of impulsiveness: A comparison of the I.7 impulsiveness questionnaire and the Barratt impulsiveness scale. *Pers Individ Dif* 1991; 12:657-667.
34. Caci H, Nadalet L, Bayle FJ, Robert P, Boyer P. Cross-cultural study of the Impulsiveness-Venturesomeness-Empathy Questionnaire (IVE-7). *Compr Psychiatry* 2003; 44:381-387.

EK 1. Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS)

Sayfanın sağında gösterilen açıklamalara göre, kendinizi değerlendirip aşağıdaki soruları yanıtlayınız. Soruları yanıtlarken son 6 ay içinde nasıl hissettiğiniz ve nasıl davrandığınız konusunda sizi en iyi tanımlayan kutuya (X) işareti koyunuz.

İsim:					
Tarih:					
	Asla	Nadi- ren	Bazen	Sık	Çok sık
1. Üzerinde çalıştığınız bir işin/projenin son ayrıntılarını toparlayıp projeyi tamamlamakta sorun yaşar mısınız?					
2. Organizasyon gerektiren bir iş yapmanız zorunlu olduğunda işlerinizi sıraya koymakta ne sıklıkla zorluk yaşarsınız?					
3. Yükümlülüklerinizi ve randevularınızı hatırlamakta ne sıklıkla sorun yaşarsınız?					
4. Çok fazla düşünmeyi ve konsantrasyonu gerektiren bir iş yapmanız gerekiyorsa ne sıklıkla başlamakta kaçınır ya da geciktirirsiniz?					
5. Uzun bir süre oturmanız gerektiğinde, ne sıklıkla huzursuzlaşır, kıpırdanır ya da el ve ayaklarınızı kıpırdatırsınız?					
6. Ne sıklıkla kendinizi aşırı aktif ve sanki motor takılmış gibi bir şeyler yapmak zorunda hissedersiniz?					
A BÖLÜMÜ					
7. Sıkıcı veya zor bir proje üzerinde çalışmanız gerektiğinde, ne sıklıkla dikkatsizce hatalar yaparsınız?					
8. Monoton veya tekrarlayıcı bir iş yaparken ne sıklıkla dikkatinizi sürdürmekte güçlük çekersiniz?					
9. Doğrudan sizinle konuşuyor bile olsalar, insanların size söylediklerine yoğunlaşmakta ve dinlemekte ne sıklıkla güçlük yaşarsınız?					
10. Evde veya işte eşyaları bulmakta ya da nereye koyduğunuzu hatırlamakta ne sıklıkla güçlük yaşarsınız?					
11. Etrafınızdaki hareketlilik ve gürültü ne sıklıkla dikkatinizi dağıtır?					
12. Orada oturmanız beklendiğinde, bir toplantı veya benzer durumda ne sıklıkla yerinizden kalkarsınız?					
13. Ne sıklıkla kendinizi huzursuz, kıpır kıpır hissedersiniz?					
14. Kendinize ait boş zamanınız olduğunda ne sıklıkla gevşemekte ve rahatlamakta güçlük çekersiniz?					
15. Sosyal ortamlarda bulunduğunuzda, ne sıklıkla kendinizi çok konuşurken yakalarsınız?					
16. Bir sohbet ya da görüşmede, ne sıklıkla karşınızdaki kişi cümlesini bitirmeden onun cümlesini bitirdiğinizi fark edersiniz?					
17. Sıraya girmek gerektiğinde, ne sıklıkla sıranızın gelmesini beklemekte güçlük çekersiniz?					
18. Başka bir işle meşgul olduklarında diğer insanları araya girip engeller misiniz?					
B BÖLÜMÜ					