

Vanderbilt Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Aile Değerlendirme Ölçeği Türkçe Uyarlama Çalışması*

Adaptation of Vanderbilt Attention Deficit Hyperactivity Disorder Diagnostic Parent Scale in Turkish

Tüba Küçük DOĞAROĞLU**

İzmir Üniversitesi

Özet

Bu çalışmanın amacı Vanderbilt Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Aile Değerlendirme Ölçeği' nin (Vanderbilt DEHB ADÖ) Türkçe uyarlama çalışmasını yapmaktır. Araştırma, çocukları 7 – 9 yaş aralığında DEHB tanısı almış 343 anne ile yapılmıştır. Araştırma grubuna katılan annelerin çocuklarının özelliklerine bakıldığında 132' si kız ve 211'i erkek olmak üzere 7 yaşında 82, 8 yaşında 141 ve 9 yaşında 120 çocuk bulunduğu görülmektedir. Araştırmanın amacına yönelik veriler bilgi formu ve Vanderbilt DEHB ADÖ kullanılarak toplanmıştır. Ölçeğin geçerliliğine açımlayıcı faktör analizi, güvenilirliğine ise Cronbach Alfa Katsayısı ile bakılmıştır. Bulgular ölçeğin toplam 4 alt faktörde (dikkatsizlik / hiperaktivite / karşıt gelme ve davranım bozukluğu / depresyon – anksiyete) toplandığını ve güvenilirliğinin yüksek derecede olduğunu göstermektedir. Sonuç olarak Vanderbilt DEHB ADÖ' nün ülkemizde geçerliliği ve güvenilirliği yüksek bir ölçek olarak kullanılması uygun görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Dikkat Eksikliği, Hiperaktivite Bozukluğu, Eşlik Eden Bozukluklar, Ölçek Uyarlama

* Bu makale Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Özel Eğitim Ana Bilim Dalı'nda yürütülen Vanderbilt Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Aile Değerlendirme Ölçeği Türkçe Uyarlama Çalışması adlı yüksek lisans tezinin bir kısmından türetilmiştir. Bu çalışmanın hazırlanmasında desteklerinden dolayı tez danışmanım Prof.Dr.Funda ACARLAR'a teşekkürlerimi sunarım

** Öğretim Görevlisi, İzmir Üniversitesi, e-mail :tuba.kucuk@izmir.edu.tr / tu_kucuk@hotmail.com

Abstract

The purpose of this study is to adaptation of Vanderbilt Attention Deficit and Hyperactivity Disorder Diagnostic Parent Rating Scale (Vanderbilt ADHD PRS) to Turkish. This study was done 343 mother whose children with DEHB and 7 – 9 years old. Gender of mothers' children is 132 girls and 211 boys. Age of children is that 82 children are 7 years old, 141 children are 8 years old and 120 children are 9 years old. Datas are gathering by Vanderbilt ADHD PRS and data form. Validity and reliability of scale was examined exploratory factor analysis and Cronbach Alpha. Results reveal that adaptation of Vanderbilt ADHD PRS to Turkish included 45 items which had 4 factors (inattention / hyperactivity / oppositional and conduct disorder / depression – anxiety). Results indicated that adaptation of Vanderbilt ADHD PRS to Turkish is valid and reliable scale.

Keywords: Attention Deficit, Hyperactivity Disorder, Comorbid Disorder, Adaptation of Scale

Giriş

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) en genel tanımı ile dikkatsizlik, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik ana belirtileriyle ortaya çıkan (Pary, Lewis ve Matuschka, 2002), çocukluk çağının en sık görülen nöropsikiyatrik rahatsızlığıdır (Biederman, 2005; Biederman ve Faraone, 2005; Soysal ve Özdemir, 2004; Soysal ve Karakaş, 2008).

Kaplan ve Sadock (2004) tanımda yer alan dikkatsizlik, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik belirtilerinin okul ve ev gibi iki veya daha fazla ortamda görülmesi gerektiğini vurgulamışlardır. Günümüzde DEHB ifadesi ile farklı bağlamlarda sık sık karşılaşılmaktadır.

DEHB' nin 1968 yılında Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (APA) oluşturduğu DSM-II'de (Diagnostic and Statical Manuel of Mental Disorders) "çocuklukta hiperkinetik sendrom" olarak isimlendirildiği görülmektedir (APA, 1968). Devam eden yıllarda DEHB farklı isimlendirmeler ve başlıklar altında yer almıştır.

Son olarak DSM - IV'te bozukluk, Dikkat Eksikliği / Hiperaktivite Bozukluğu olarak tanımlanmıştır (APA,2000).

Günümüzde kabul edilen DEHB tanımı APA tarafından yapılmıştır. Bu tanıma göre DEHB; gelişimsel döneme uygun olmayan dikkat, aşırı hareketlilik ve dürtüsel davranış problemleri olarak tanımlanarak; bu belirtilerin 7 yaşından önce ortaya çıkmış olması, son 6 aydır yaygın olarak görülmesi ve ev ve okul gibi iki ayrı ortamda bu belirtilere rastlanması gerektiği şeklinde açıklanmaktadır (APA, 2000). Ayrıca yine APA (2000) tarafından bahsedilen bu özelliklerin gelişimsel gerilik, zihinsel bozukluk veya fiziksel yetersizlikten 'kaynaklanmaması' gerektiği belirtilmektedir.

DEHB, DSM-IV tanı ölçütleri doğrultusunda dikkat eksikliğinin baskın olduğu tip, hareketlilik ve dürtüsellüğün baskın olduğu tip ve birleşik tip olmak üzere üç temel tipten oluşmaktadır.

Dikkat Eksikliğinin Baskın Olduğu Tip

Bu grupta yer alan çocuklarda görölen temel özellikler; ödevlerde dikkatsizlikten kaynaklı hatalar yapma, ayrıntılara dikkat etmeme, çoğunlukla unutkan olma, sorumluluğunu aldıkları işe uzun süre dikkatlerini verememe ve bu işleri tamamlayamama şeklinde sıralanabilmektedir.

Ergöl (2010) bu gruptaki çocukların içe dönük olduklarını, sık sık düşüncelere daldıklarını ve bulduklarının ortamlarda çevreyi rahatsız edecek davranışlarda bulunmadıklarını ifade etmektedir.

Kanay (2006) ise bu gruptaki çocukların dikkatin sağlanması ve sürdürölmesi gibi sorunlar yaşadıklarını belirtirken, bu sorunların ev ortamında; aile ve sosyal ilişkilere yönelik problemlere neden olduğunu ancak temel problemin okul ortamında yaşandığını belirtmektedir.

Hareketlilik ve Dürtüselliliğin Baskın Olduğu Tip

Bu gruptaki çocukların; sürekli kıpır kıpır hareket halinde oldukları, çok fazla konuştukları, sessizce yapılması gereken aktiviteleri yerine getiremedikleri, sınıfta veya oturması gereken diğer durumlarda oturmayıp kalktıkları, boş zamanlarını sakin bir şekilde geçiremedikleri, sıra almada zorlandıkları, sorulan sorunun bitmesini beklemeden cevap verdikleri ve başkalarının sözünü sürekli kestikleri davranış özellikleri gösterdikleri görölmektedir.

Dikkatsizlik belirtileri ya hiç bulunmamaktadır ya da tanı alabilecek özellikte değildir. Tahiroğlu ve Avcı (2005) bu grup çocukların genellikle okul öncesi dönemde tanı aldıklarını ancak bir kısmının okul döneminde fark edilen dikkatsizlik belirtileri ile birlikte bu tanıyı da alarak birleşik tip grubunda yer aldıklarını açıklamaktadırlar.

Birleşik Tip

DEHB'nun bu tipinde yer alan çocuklar diğer iki grubun da özelliklerini göstermektedirler.

DEHB çocuklar arasında en yaygın görölen bozukluk olarak değerlendirilmektedir (Gureasko – Moore, DuPaul ve Power, 2005). APA (2000) okul çağı çocuklarının % 3–7'sinde DEHB göröldüğünü açıklamaktadır. Farklı bir çalışmada bu oran %5 – 10 şeklinde ifade edilmektedir (Semrud-Clikeman, Biederman ve Sprinch - Buckminster,1992). Yaygınlık oranına ilişkin ölkemizde yapılan bir çalışmada okul dönemi çocuklarının % 3 - 6'sında DEHB olduğu tahmin edildiği ve yurt dışında yapılan çalışmalarla benzer olarak erkek çocuklarda kız çocuklara göre daha yaygın olduğu belirtilmektedir (Barkley,1998; Şenol ve İşeri, 2004). Bununla birlikte Barkley (2003) bir başka çalışmasında, aslında kızların erkeklerle benzer oranlarda DEHB' ye sahip olduklarını ancak kızlarda belirtilerin şiddetinin erkeklere göre daha az olduğu için fark edilmediklerini ve daha az sıklıkta tanı aldıklarını belirtmiştir.

DEHB'na sıklıkla bir başka bozukluğun ya da durumun eşlik ettiği gözlemlenmiştir. Toros ve Tataroğlu (2002) DEHB tanısı olanların genel olarak % 50 oranında başka bir eş tanıları bulunabileceğini belirtmektedirler. Özellikle karşıt olma – gelme bozukluğu, davranım bozukluğu, depresyon ve anksiyete

bozukluğuna DEHB ile birlikte rastlandığı belirtilmektedir(Herreeias,2001;Öktem,1993).

DEHB ve Karşıt Olma / Gelme (Zıtlasma) Bozukluğu (KOKGB)

Karşıt Olma / Gelme Bozukluğu (KOKGB) DSM-IV' de yıkıcı davranım bozukluğunun bir alt kategorisi olarak yer almaktadır (Thomas, 2007). KOKGB; en az 6 ay süreyle büyüklere yönelik yineleyici, olumsuz karşı gelme, itaatsizlik ve düşmanca davranış örüntüleri olarak açıklanmaktadır (Tahiroğlu ve Avcı, 2005).

Bu gruptaki çocukların istemli ya da istemsiz olarak başkalarını rahatsız edecek şekilde davrandıkları bilinmektedir. DEHB ve KOKGB birlikteliğinin incelendiği araştırmalar bulunmaktadır. Tahiroğlu ve Avcı (2005) KOKGB' nin genel toplumda görülme oranını %2 – 16 olarak belirtirken, DEHB olanlarda bu oranın % 60 – 65'e çıkabildiğini vurgulamaktadırlar. Farklı çalışmalarda sıklığa ilişkin farklı bulgular olmakla beraber DEHB ve KOKGB birlikteliğinin en az % 40 olarak belirlendiği görülmektedir (Turgay, Gordon ve Vigdor, 1994; Biederman, Munir ve Knee,1987; Agust ve Garfinkel, 1990).

DEHB ve Davranım Bozukluğu (DB)

Davranım Bozukluğu (DB) DSM-IV' de KOKGB ile benzer şekilde yıkıcı davranım bozukluğunun bir alt kategorisi olarak yer almaktadır (Özen,2010). DB; baş kaldırma, toplum kurallarını çiğneme, insanlara, hayvanlara ve eşyalara zarar verici davranışların yineleyici biçimde olması olarak tanımlanmaktadır (Tahiroğlu ve Avcı,2005). DB'nin toplumdaki yaygınlığının erkeklerde; % 6 - 16, kızlarda ise; % 2 – 9 olduğu belirtilmektedir (APA,1994). DB ve DEHB' nin birlikteliğine ilişkin Biederman (2005) DEHB olan 6 - 17 yaş arasındaki çocuklarla yaptığı çalışmasında araştırmaya katılan çocukların % 25' ine DB' nin eşlik ettiği sonucuna ulaşmıştır. Yapılan diğer araştırmalar incelendiğinde en az %15 oranında DB ve DEHB birlikteliğine rastlandığı ve erkeklerde kızlara oranla daha fazla görüldüğü gözlenmektedir (Erman, 1997; Türkbay, Erman ve Söhmen, 2000).

DEHB, Depresyon ve Anksiyete (Kaygı) Bozukluğu

Depresyon ve Anksiyete Bozukluğu, DEHB ile birlikte karşılaşılan durumlardandır. DEHB ile depresyon ve anksiyete bozukluğu birlikteliğine ilişkin yapılan çalışmalar araştırıldığında DEHB olan bireylerin ortalama olarak %25'inde anksiyete bozukluğu, %30'unda ise depresyona rastlandığı sonucuna ulaşıldığı ifade edilmektedir (Goldstein, 2002; Güçlü ve Erkıran, 2004; Milstein, Wilens ve Biederman, 1997; McCraeken, 2000; Shekim, Asarnow ve Hess,1990).

DEHB' ye sıklıkla eşlik eden diğer durumlar belirtildiği gibidir. Eşlik eden durumların olabileceğinin bilinmesinin DEHB' nin değerlendirmesinde yararlı olacağı düşünülmektedir.

DEHB' de tanı koyma amacıyla DSM – IV tanı kriterlerine başvurulmaktadır. Ancak DSM – IV kriterleri standardize edilmiş olmasına rağmen, gözlemciden gözlemciye değişerek farklı yorumlanabilmektedir

(APA,2000). DSM - IV tanı kriterlerinin ilk aşamada yararlanılacak önemli bir kaynak olduğu bilinmektedir, ancak ortaya çıkabilecek öznel değerlendirmelerin etkisinden uzaklaşabilmek için, Salend ve Rohena' nın (2003) belirttiği gibi çocuğın davranışlarına yönelik bilgi toplamak için çoklu ölçümler, çoklu yöntemler ve çocuk ile ilgili farklı ortam ve kaynaklardan bilgi toplanmasının gerektiği bilinmektedir.

DEHB' nin değerlendirilmesinde derecelendirme ölçekleri önerilmektedir. Şüphesiz hiç bir derecelendirme ölçeği tek başına karar verici etken olmamalıdır. Sıklıkla belirtildiği üzere değerlendirmenin birçok elemanı bulunmaktadır. Bu değerlendirmede aileye veya öğretmene bir derecelendirme ölçeği sunulması ilgili probleme ilişkin detayların saptanması için yararlı olmaktadır.

Ülkemizde derecelendirme ölçeklerine sıklıkla başvurulmakla birlikte, DEHB olan çocukların değerlendirilmelerine yönelik ölçek sayısı oldukça sınırlıdır. DEHB'nin öğretmenler tarafından değerlendirilmesini sağlayan bazı ölçekler bulunmaktadır (Aksu ve Turan, 2005; Şener, Dereboy, Dereboy ve Sertcan,1995). Ayrıca ülkemizde DEHB' nin ebeveynler tarafından değerlendirilmesini sağlayan ölçekler de olduğu görülmektedir (Şener, Dereboy, Dereboy ve Sertcan,1995; Turgay,1995).

Tüm bu ölçekler incelendiğinde Türkiye'de DEHB olan çocukların ailelerinin çocuklarını değerlendirmelerini sağlayan iki ölçek bulunduğu görülmektedir.

Turgay' ın (1995) geliştirdiği ölçekte DEHB ve KOKGB' nin değerlendirildiği ve maddelerinin DSM - IV'e dayalı, ancak DEHB' ye sıklıkla eşlik eden diğer bozuklukların değerlendirilmesine olanak sağlamadığı görülmektedir.

Connors ADÖ sıklıkla yararlanılan ve geçerliliği – güvenilirliği yüksek bir araç olmakla birlikte depresyon ve anksiyete bozukluğunun değerlendirilmesine olanak vermemektedir. Bununla birlikte Connors Değerlendirme Ölçeklerinin DSM – IV kriterlerinden farklı olduğu belirtilmektedir (Wolraich, Lambert ve Doffing, 2003).

Türkiye' de DEHB'yi ailelerin değerlendirmesine yönelik ölçekler incelendiğinde sınırlı sayıda ölçeğe rastlanması, var olan ölçeklerin DEHB'ye sıklıkla eşlik eden diğer bozuklukların tamamını aynı ölçek ile değerlendirilememesi gibi nedenlerle bu çalışmaya gereksinim duyulmuştur. Bu nedenle Wolraich, Lambert ve Doffing (2003) tarafından geliştirilen Vanderbilt DEHB ADÖ'nün (Vanderbilt ADHD Diagnostic PRS) Türkçe uyarlama çalışmasının yapılması amaçlanmıştır.

Araştırmanın amacı doğrultusunda aşığıdaki soruya yanıt aranmıştır;

Vanderbilt DEHB ADÖ Türkçe uyarlaması geçerli ve güvenilir bir ölçek midir?

Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma Gaziantep, Mersin, Kayseri, İstanbul illerinde bulunan devlet ve araştırma hastanelerinin çocuk ve ergen ruh sağlığı bölümlerine ve çocuk gelişimi birimlerine başvuran 343 aile ile sınırlandırılmıştır.

Yöntem

Çalışma Grubu

Araştırmanın çalışma grubu Gaziantep, Mersin, Kayseri ve İstanbul illerinde bulunan devlet ve araştırma hastanelerinin çocuk ve ergen ruh sağlığı bölümlerine ve çocuk gelişimi birimlerine başvuran, çocukları DEHB tanısı almış 343 anneden oluşmaktadır. Araştırmaya katılan annelerin çocukları 7-9 yaşlar arasındadır. Çalışma grubuna Gaziantep ilinden 82 (%23.96), Mersin ilinden 74 (%21.57), Kayseri ilinden 62 (%18.07) ve İstanbul ilinden 125 (%36.44) çocukları DEHB olan anne katılmıştır.

Çalışma grubunda yer alan ailelerin çocuklarında, daha önce bir çocuk ve ergen ruh sağlığı uzmanından DEHB tanısı almış olması, ek tanı 'almamış' olması (zihinsel ve fiziksel yetersizlikten etkilenmiş olma, otizm, epilepsi v.b.) gibi özellikler belirlenmiştir.

Veri Toplama Araçları

Araştırmada anneler ile çocuklarının demografik bilgilerini içeren bilgi formu ile Wolraich, Lambert ve Doffing (2003) tarafından 6 – 12 yaş arasındaki çocukların ailelerinin çocukları DEHB ve DEHB' ye eşlik eden diğer bozukluklara (karşit olma / gelme ve davranım bozukluğu, depresyon ve anksiyete bozukluğu) yönelik değerlendirmelerini sağlamak amacı ile geliştirilen Vanderbilt DEHB ADÖ kullanılmıştır.

Vanderbilt DEHB ADÖ' de yer alan 18 madde DSM - IV DEHB tanı kriterlerinde yer alan özellikleri içermektedir (Wolraich, Lambert ve Doffing, 2003). Ölçekte bu maddelere ek olarak karşit gelme bozukluğu (oppositional defiant disorder - ODD) ile ilgili 8 madde, davranış bozukluğu (conduct disorder - CD) ile ilgili 12 madde ve Pediatrik Davranış Ölçeği (Pediatric Behavior Scale, Lindgren ve Koepl, 1987)' nden kaygı ve depresyonu ölçen 7 madde yer almaktadır. Sonuç olarak ölçek toplam 45 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte her madde için toplam 4 puan türü yer almaktadır. Davranışın ortaya çıkma sıklığına göre her madde; asla(0), ara sıra(1), sık sık(2) ve çok sık(3) şeklinde puanlandırılmaktadır.

Ölçekte bu maddelere ek olarak performans bölümü yer almaktadır. Performans bölümünde akademik performansı ölçen 8 madde bulunmaktadır. Bu bölümdeki puanlamalar mükemmel(1), ortalamanın üstünde(2), ortalama(3), biraz problemlili(4) ve problemlili(5) olmak üzere 5 puanlama türünden oluşmaktadır.

Wolraich, Lambert ve Doffing (2003) ölçeğin geçerlik güvenilirlik çalışmaları için iç tutarlık güvenilirliği, madde analizi, faktör yapısı, eş zamanlı geçerlik, ek ölçekler için faktör yapısı ile geçerlik ve güvenilirlik analizlerini yapmış ve ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliğinin yüksek olduğunu bulmuşlardır. Güvenirlik analizi için Cronbach alfa katsayısı kullanılmış ve güvenilirlik katsayıları belirlenen alt ölçekler için 0.79-0.95 arasında bulunmuştur. Faktör analizi sonucunda ölçeğin dikkatsizlik, hiperaktivite, karşit gelme / olma ve davranım bozukluğu ile depresyon ve anksiyete bozukluğu olmak üzere toplam dört faktörlü bir ölçek

olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ölçeğin faktörlerini oluşturan maddeler incelendiğinde madde yüklerinin 0.55 ile 0.83 arasında değiştiği görülmüştür.

Ölçeğin Türkçe' ye Uyarlanması Çeviri Çalışması

İlk aşamada ölçeğin orijinal dilinden hedef kitlenin diline çevrilmesi çalışması yapılmıştır. Araştırmada Türkçe uyarlaması ve geçerlik – güvenilirlik çalışması hedeflenen Vanderbilt DEHB ADÖ alandan her iki dile hakim olan 5 kişi tarafından Türkçe' ye çevrilmiştir. Ölçekte yer alan açıklamalar ve maddeler tartişılarak her bir madde için karar verilen Türkçe çevirisi oluşturulmuştur. İkinci olarak çevrilen ölçeğin tekrar orijinal dile çevrilmesi yapılmıştır. Ölçek her iki dili iyi derecede bilen konu ile ilgili uzmanlığı olmayan bir kişi tarafından ölçeğin orijinal dili olan İngilizce' ye çevrilmiştir. Son olarak iki çeviri arasındaki eşitliğin her iki dili de konuşan örneklem üzerinde denenmesi ve sınanması aşaması amaçlanmış ancak bu aşama için yeterli örneklem sayısına ulaşılamadığından uzman görüşünden yararlanılmıştır. Tüm maddeler anlaşılabilirlik, anlam kaybı olup olmadığı ve anlam farklılaşması olup olmadığı yönünden incelenmiştir.

Bu işlemler sonucunda ölçeğin son haline karar verilerek Türkçe formu oluşturulmuştur.

Verilerin Analizi

Ailelerden toplanan verilerin geçerlik, güvenilirlik ve iki ortalama arasındaki farkı belirlemeye yönelik analizleri SPSS 15 Paket Programı'nda yapılmıştır. Ölçeğin yapı geçerliğini için açımlayıcı faktör analizinden, güvenilirlik analizi için iç tutarlık Cronbach alfa güvenilirlik katsayısından yararlanılmıştır.

Araştırma Bulguları

Güvenirlilik

Bu çalışmada ölçeğin 1 – 9. maddelerini kapsayan dikkat eksikliği boyutunun .79, 10 –18. maddelerini kapsayan hiperaktivite ve dürtüsellik boyutunun .95, 19 – 38. maddeleri kapsayan karşıt gelme / olma ve davranım bozukluğu boyutunun .93 ve son olarak 39 – 45. maddeleri kapsayan depresyon ve anksiyete bozukluğu boyutunun .81 alfa iç tutarlık katsayısına sahip olduğu görülmüştür.

Geçerlilik

Öncelikle veri setinin faktör analizine uygunluğunun ve veri setinin büyüklüğünün incelenmesi yapılmıştır.

Alan yazında faktör analizi için 100 katılımcının yeterli olduğunu ya da her bir madde için 5 katılımcı gerektiğini vurgulamaktadır (Field,1996; Howitt ve Cramer,1997). Bu çalışmada bulunan 343 katılımcı, her iki kuralı da karşılamaktadır.

Barlett Testi ve Kaiser – Meyer – Olkin (KMO) Örneklem Yeterliği Ölçütü

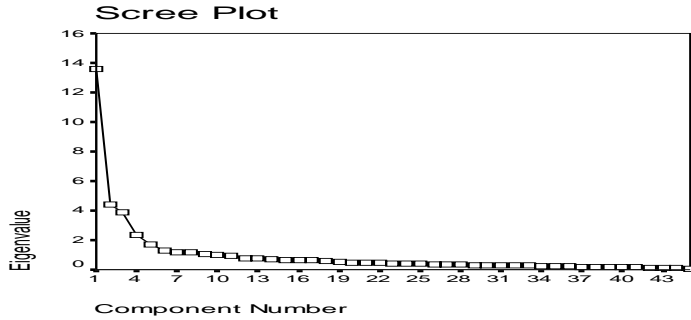
Verilerin faktör analizinde değerlendirilebilmesi için KMO değerinin .60 ve Barlett testinin .05' ten küçük olması gerekmektedir. Sonuçlar verilerin faktör analizi yapmak için uygun olduğunu göstermektedir (Tablo 1).

Tablo 1. Kaiser-Meyer-Olkin ve Bartlett Testi Sonuçları

Kaiser – Meyer Olkin Değeri	,918
Ki – Kare	10571,045
Barlett Testi	
Serbestlik Derecesi (df)	990
Anlamlılık (Sig.)	,000

Ortak varyans analiz sonuçları incelendiğinde ortak varyansın ,141 ile ,764 arasında değiştiği ve 37.maddenin (geceyi dışarıda geçirme) yük almadığı görülmektedir. Ortak varyans değerlerinden faktör analizi için kabul edilebilir değer olan .30' un altında olan değerlerin döndürülmüş bileşenler analizi sonuçları incelendiğinde (Tablo 2) kabul edilebilir değerlere ulaştığı görülmüştür.

Temel Bileşenler Analizi sonucu elde edilen toplam varyansın açıklandığı özdeğeri 1' in üstünde olan ve toplam varyansın % 53'ünü açıklayan 4 faktör elde edilmiştir. Birinci faktörün; 9,37 özdeğere sahip olduğu ve bu faktörün toplam varyansın % 20,84'ünü açıkladığını, ikinci faktörün; 7,34 özdeğere sahip olduğu ve toplam varyansın % 16,32'sini açıkladığı, üçüncü faktörün; 3,88 özdeğere sahip olduğu ve toplam varyansın % 8,63'ünü açıkladığı, dördüncü ve son faktörün ise; 3,67 özdeğere sahip olduğu ve toplam varyansın % 8,15'ini açıkladığı bulunmuştur.



Şekil 1. Faktör Yapısına İlişkin Çizgi Grafiği

Özdeğer ölçütünün yanında, faktör yapısına karar vermede bir diğer yol olarak çizgi grafiğinden (scree plot) yararlanılmıştır. Şekil 1 incelendiğinde kırılma noktasının dördüncü faktörden sonra gerçekleştiği görülmüştür. Başka bir deyişle dördüncü faktörden sonra ivmeli bir düşüşün gözlemlendiği daha sonraki faktörlerde ise grafiğin genel gidişinin yatay olduğu gözlenmektedir. Hem öz değer hem de çizgi grafiği sonuçları ölçeğin dört faktörlü bir yapıya sahip olduğunu destekler niteliktedir.

Çalışmanın geçerliğine ilişkin bulgular incelendiğinde 45 maddelik Vanderbilt DEHB ADÖ'nün 4 faktörde toplandığı görölmektedir (Tablo2). Vanderbilt DEHB ADÖ'nün Türkçe uyarlaması "dikkat eksikliği", "hiperaktivite bozukluğu", "karşıt gelme ve davranım bozukluğu" ve "depresyon ve anksiyete bozukluğu" olmak üzere toplam 4 alt ölçekten oluşmuştur.

Ölçeğin ilk dokuz maddesi dikkat eksikliği maddelerinden, 10 – 18. maddeleri hiperaktivite ve dürtüsellik maddelerinden oluşmaktadır. Tablo 2 incelendiğinde faktör yüklerinin kabul edilebilir değerden (>.30) oldukça yüksek olduğu görölmektedir.

Buna ek olarak ikinci faktörde karşıt gelme / olma ve davranım bozukluğu maddelerinden olan "yetişkinle tartışma (.39)", "çabuk sinirlenme (.30)", "kuralları reddetme (.38)", "başkalarını suçlama (.35)", "alıngan olma (.30)" , "kavga başlatma (.37)" ve "fiziksel olarak kaba davranma (.31)" maddeleri hem olması gereken birinci faktörden hem de ölçeğin "hiperaktivite ve dürtüsellik" boyutunun yer aldığı ikinci faktörden yük aldıkları görölmektedir. Bu maddelerin ait olmaları beklenen birinci faktörden bu faktöre göre mutlak değerce oldukça yüksek faktör yüküne sahip oldukları görölmektedir. Yine de karşıt gelme / olma ve davranım bozukluğu maddelerinden olan bu maddelerin "hiperaktivite – dürtüsellik" faktöründen yük almış olmasının nedenleri alan yazında araştırılarak tartışma bölümünde ilgili çalışmalara yer verilmiştir.

Ölçeğin 19 – 38.maddeleri karşıt olma ve davranım bozukluğu maddelerini oluşturmaktadır. Tablo 2 incelendiğinde 19 – 38.maddeler arasında olan yirmi maddenin birinci faktör altında ölçekle uyumlu bir şekilde sıralandığı görölmektedir. Ancak ölçeğin 37.maddesi olan "geceyi dışarıda geçirdiği olmuştur" maddesinin yük almadığı gözlenmiştir.

Ölçekte yer alan 39 – 45.maddelere bakıldığında depresyon ve anksiyete bozukluğu maddeleri görölmektedir. Tablo 2'de bu gruptaki maddelerin tamamının dördüncü faktör altında ölçekle uyumlu bir şekilde yer aldığı görölmektedir.

Ancak bu maddelerden "kendini yalnız, sevilmeyen biri olarak hissetme" maddesinin .38 faktör yükü ile karşıt olma ve davranım bozukluğu maddelerinin bulunduğu birinci faktörden de yük aldığı görölmektedir. Bu maddenin olması gereken faktörde .61 yükle yer almasına karşın yine de bu duruma ilişkin açıklamaya tartışma bölümünde yer verilmiştir.

Tablo 2. Döndürülmüş Bileşenler Matrisi

	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Faktör 4
Dikkatsizlikten Hata			,759	
Dikkat Güçlüğü			,749	
Dinlemiyor Görünme			,363	
Yönerge İzlememe			,797	
Organize Güçlüğü			,750	
İ. Başlamadan K.			,499	
Eşya Kaybetme			,598	
Gürültüden Dağılma			,551	
Unutkan Olma			,536	
Kıpır Kıpır Olma		,800		
Yerinden Kalkma		,801		
Koşturma Tırmanma		,766		
Sessiz O. Güçlük		,796		
Sürekli Hareket		,804		
Çok konuşma		,762		
S. Bitmeden Cevap		,822		
Sıra B. Güçlük		,837		
Başkalarını Rahatsız		,754		
Yetişkinle Tartışma	,620	,394		
Çabuk Sinirlenir	,673	,304		
Kural Reddetme	,604	,398		
K. Rahatsız Etme	,724			
Başkalarını Suçlama	,594	,357		
Alıngan Olma	,433	,307		
Öfkeli-Acımasız	,774			
Kinci, Öç Alma	,728			
Zorbalık-Tehdit	,796			
Kavga Başlatma	,755	,373		
Yalan Söyleme	,560			
İzinsiz Devamsızlık	,714			
Fiziksel Kabalık	,736	,311		
Çalma-Hırsızlık	,364			
Eşyalara Zarar	,849			
Hayvanlara Zarar	,709			
Yangın Çıkarma	,478			
Başkasının E. İzinsiz	,699			
Geceyi Dışarda G.				
Gece Evden Kaçma	,557			
Ürkek Kaygılı E.				,713
Denemekten Kork.				,758
Yararsız-Önemsiz H.				,728
Kendini Suçlama				,567
Yalnız-Sevilmeyen	,380			,612
Üzgün-Mutsuz-Depresif				,740
Utanma-Farklı Hissetme				,607

Tartışma

Güvenirlik çalışmasına ilişkin bulgulara bakıldığında ölçeğin alfa iç tutarlık güvenirlik katsayısının oldukça yüksek değerlerde olduğu görülmektedir. Bununla birlikte uyarlaması yapılan ölçek orijinal çalışma ile de karşılaştırılmıştır. Orijinal çalışmada dikkatsizlik ve hiperaktivite alt ölçekleri için güvenirlik katsayılarının .90' dan büyük olduğu, depresyon ve anksiyete bozukluğu alt ölçekleri için ise sırasıyla .91 ve .79 olduğu belirtilmektedir (Wolraich, Lambert ve Doffing, 2003). Sonuç olarak orijinal çalışma ile yapılan bu çalışmanın sonuçlarının paralellik gösterdiği söylenebilmektedir.

Geçerlilik bulguları incelendiğinde 45 maddelik Vanderbilt DEHB ADÖ' nün 4 faktörde toplandığı görülmüştür. Orijinal Vanderbilt DEHB ADÖ' nün geçerlik sonucunda da bu sonuca benzer olarak ölçeğin 4 faktörlü bir yapısının olduğu bulunmuştur (Wolraich, Lambert ve Doffing, 2003).

Yapılan çalışmanın hem dikkatsizlik, hem de hiperaktivite ve dürtüsellik boyutu istatistiksel olarak anlamlı sonuçlara sahip olmakla birlikte orijinal çalışma ile de paralellik gösterdiğini söylenebilmektedir.

Bulgular bölümü incelendiğinde karşıt gelme / olma ve davranım bozukluğu maddelerinden bir kısmının "hiperaktivite ve dürtüsellik" boyutundan da yük aldığı görülmektedir. Her ne kadar ilgili maddeler ait oldukları faktör altında mutlak değerce daha yüksek faktör yüküne sahip olsalar da karşılaşılan sonucun nedenleri alan yazında incelenmiştir. Bununla ilgili olarak Ergül'ün (2010) alışmasında DEHB - Hiperaktivitenin Baskın olduğu grupta yer alan çocukların inatçılık problemleri olduğu ve sık sık öfke nöbetleri geçirdiklerinin belirtilmektedir. İyisoy (2006) ise bu grupta yer alan çocukların hem uyanıkken hem de uykudayken hareketli olduklarını, hareketlerinin niteliğinin genellikle amaçsız ve bozucu olabildiğini belirtmiştir. Aynı araştırmacı tarafından dürtüsellik ile ilgili olarak çocukların, fiziksel olarak tehlikeli aktivitelere girişme, sırasını bekleyememe, olayların sonucunu beklemeden davranma gibi özellikleri sıralanıp, son sayılan özellik nedeni ile çocukların sık sık aile içinde ve arkadaş çevresinde tartışmalar yaşadıkları belirtilmiştir. Bu nedenle çalışmada karşıt gelme / olma ve davranım bozukluğu maddelerinden bir kısmının ikinci faktör altında "hiperaktivite – dürtüsellik" boyutundan faktör yükü almasının anlamlı olduğu düşünölmektedir.

Ölçeğin karşıt olma ve davranım bozukluğu maddelerine bakıldığında 37.maddenin (geceyi dışarıda geçirdiği olmuştur) yük almadığı görülmektedir. Bunun nedeni olarak çalışma grubundaki annelerin çocuklarının yaşları (7 - 9 yaş) düşünölmektedir.

Depresyon ve anksiyete bozukluğu maddelerinin tamamının aynı faktörde yer almakla birlikte bu maddelerden "kendini yalnız, sevilmeyen biri olarak hissetme" maddesinin karşıt olma ve davranım bozukluğu maddelerinin bulunduğu birinci faktörden de yük aldığı görölmüştür. Ölçeğin depresyon / anksiyete bozukluğu boyutunda .62 faktör yükü ile yer alan bu maddenin karşıt gelme / olma bozukluğu faktöründen .38 değerinde faktör yükü almış olması karşıt olma bozukluğunun DSM - IV tanı kriterlerine bakıldığında ilişkili olabilecekleri düşünölmektedir. Karşıt gelme / olma bozukluğu DSM - IV

kriterlerinden biri olan "(7)Genellikle içerlemiş, kızgın ve güceniktir." maddesinin ölçeğin "kendini yalnız, sevilmeyen biri olarak hissetme" maddesi ile neden – sonuç ilişkisi içinde örtüşebilecekleri düşünülmektedir. Ancak yine de maddenin her iki faktörden aldığı yükler karşılaştırıldığında maddenin yer almasını beklediğimiz depresyon ve anksiyete bozukluğu boyutunda mutlak değerce daha yüksek bir değer ile (.62) yer alması, bu maddenin bu faktör altında yer almasının daha anlamlı olduğunu düşündürmektedir.

Ölçeğin başka dillere (Almanca ve İspanyolca) ait uyarlama çalışmalarına yönelik çalışmalar bulunmaktadır (Ruth, 2006), ancak bu çalışmalara İngilizce dilinde yayınlanmamış olmaları nedeniyle ulaşılamamıştır.

Ölçeğe ilişkin bir diğer uyarlama çalışması Arabistan'da yapılmıştır (Alqahtani, 2010). Bu çalışma incelendiğinde Vanderbilt DEHB ADÖ' nün sadece dikkat eksikliği ve hiperaktivite maddelerinin bulunduğu ilk 18 maddesinin güvenilirlik çalışması yapıldığı görülmektedir. İlgili çalışmada her iki alt ölçek için alfa güvenilirlik katsayısının .80 olduğu görülmektedir (Alqahtani, 2010). Bu çalışma ile Türkçe uyarlaması yapılan çalışmanın güvenilirlik sonuçları benzerlik göstermektedir.

Vanderbilt DEHB ADÖ' nün farklı dillere ait uyarlama çalışmaları belirtilenler ile sınırlıdır. Bunun sebebi olarak orijinal ölçeğin henüz 2003 yılında yapılmış olduğu düşünülmektedir.

Çalışmada uyarlaması yapılan ölçeğin dikkat eksikliği ve hiperaktivite maddeleri DSM - IV kriterlerine dayalıdır. Ancak yine de DEHB ile ilgili yapılan çalışmaların bu maddeleri destekler nitelikte olup olmadığı araştırılmıştır.

Soykan (1991) DEHB olan çocukları ruhsal ve organik yönden araştırdığı çalışmasında uygulama için seçilen DEHB olan ve olmayan çocukların ailelerine ve öğretmenlerine Rutter Anne – Baba ve Öğretmen formlarını doldurmalarını istemiştir. Bu çalışma sonucunda DEHB olan çocukların, olmayan çocuklara göre dikkatlerini toplamada daha çok zorlandıkları, daha hareketli oldukları, sınıfta öğretmenler için problemlilikli çocuk olarak yorumlandıkları belirtilmiştir.

Bir başka çalışmada öğretmenlerin DEHB olan çocukları geç kalma alışkanlıkları olan, unutkan, ödev tamamlamada zorluk çeken ve sistemli olmayan çocuklar olarak nitelendirdikleri açıklanmaktadır (Kanay, 2006).

Yulaf' ın (2010) DEHB olan çocuk ve ergenlerde yürütücü işlevleri davranışsal ve nörokognitif yöntemlerle incelediği çalışmasında DEHB olan ve olmayan kontrol grubu çocuklarına Winconsin Kart Eşleme Testi uygulanmıştır. Bu test sonucunda DEHB olan çocukların bilişsel esneklik alanında eksikliklerinin olması ve değişen koşullara zor adapte olabilmeleri, engeller, yeni bilgiler ve hatalarla karşılaşınca zorluklar yaşadıkları belirtilmiştir. Bu zorluklar nedeniyle DEHB olan çocukların günlük yaşamlarında ve ödevlerini yaparken bir problemi çözmek için uygun kaynak bulamamalarına veya ödevlerindeki bir sorun ile baş etmedeki zorluk nedeniyle ders başından kalkıyor olabilecekleri yorumu yapılmaktadır. Bu çalışmanın sonucu ile ölçekte yer alan "dikkatini vermede güçlük, zihinsel çaba gerektiren işlere başlamaktan kaçınma, işleri organize etmede güçlük, bir işi bitirmede başarısız olma" maddelerinin ilişkili olduğu görülmektedir. Alan yazındaki çalışmalarla Vanderbilt DEHB ADÖ'nün dikkat

eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu maddeleri birlikte düşünöldüğünde bu çalışmaların sonuçları ile ölçek maddelerinin ilişkili olduğu, DEHB olan çocukların bu maddeler ile değerdendirilebileceği düşünölmektedir.

Ölçeğin karşıt olma ve davranım bozukluğu maddelerine bakıldığında alan yazında DEHB olan çocukların bu tip davranışlar sergileyebileceği çeşitli araştırmalara rastlanmaktadır.

Erol (1988) tarafından çocukluk korkularının araştırıldığı bir çalışmada öğretmenlerden Rutter Öğretmen Formu' nu doldurmaları istenmiştir. Bu çalışmanın sonucunda DEHB tanısı olan çocukların okuldan kaçma, okula gelmek istememe ve okula ağlayarak gelme davranışlarını sergiledikleri bulunmuştur. Ölçekte yer alan "İzin almadan okula devamsızlık yapar." maddesinin Erol' un (1988) yaptığı çalışma ile örtüştüğu görölmektedir.

Okul devamsızlığını DEHB olan ve olmayan çocukların karşılaştırılarak araştırıldığı bir başka çalışmada DEHB grubunda olan çocukların okula daha fazla devamsızlık yaptıkları bulunmuştur (Kandemir, 2009). Yine Kandemir'in (2009) çalışmasında ADÖ Problem Çözme ve İletişim alt ölçeklerinde DEHB olan grubun sonuçları kontrol grubunun sonuçlarına göre daha düşük çıktığı bulunmuştur. Bu sonuç uyarılama çalışması yapılan ölçekte yer alan karşıt olma ve davranım bozukluğu maddelerinin DEHB olan çocukların değerdendirilmesinde kullanımının uygun olduğunu desteklemektedir.

Lahey, Pelham ve Schaughency (1998) DEHB olan çocukların dikkatsizlik ve hiperaktivite alt tiplerinin özelliklerini araştırdıkları çalışmalarında aşırı hareketli olan çocukların diğer alt gruba göre daha sorumsuz davrandıklarını ve dikkatsizlik alt grubunda yer alan çocukların ise daha çok yalan söyleme davranışını sergilediklerini belirtmişlerdir. Bu sonuçların ölçek maddelerinden "İzin almadan okula devamsızlık yapar." , "Problemlili bir durumdan kurtulmak ya da bir işten kaçmak için yalan söyler." maddeleri ile birlikte düşünöldüğünde birbirini destekler görünmektedir.

Frederick ve Olmi (1994) DEHB olan çocukların sosyal beceriler yönünden problemleri olduğunu, genellikle çocukça, kendinin farkında olmayan, başkalarının duygu ve düşüncelerine duyarsız, aşırı tepkisel davranan, kolay incinebilen, duygu ve davranışlarının sorumluluğunu almada güçlükleri olan, kavgacı, düşünmeden davranan ve dikkat çekmeye çalışan çocuklar olduklarını belirtmektedirler.

Ölçeğin depresyon ve anksiyete bozukluğu maddeleri için Soykan'ın (1991) çalışmasına bakıldığında DEHB olan çocukların motor algı güçlüğü ve sosyal uyumla ilgili problemler yaşadıklarını ve bu problemlerin çocuklarda düşük kendilik değeri, kaygı hali ve her hangi bir işi başaramama korkusuna neden olduğunun belirtildiği görölmektedir. DEHB' nin neden olduğu akademik ve sosyal problemlerin aile, okul ve arkadaş ilişkilerinde sorunlara, bu durumun da çocukta benlik saygısındaki düşmeyle birlikte depresyon gelişmesine neden olabileceği vurgulanmaktadır (Kayaalp, 2008).

Sonuç

Bu çalışmada, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunu ve DEHB' na eşlik edebilecek olan karşıt gelme / olma ve davranım bozukluğu, depresyon ve

anksiyete bozukluğu gibi eş tanıların ailelerin değerlendirmelerine olanak sağlayan Wolraich, Lambert ve Doffing (2003) tarafından geliştirilen Vanderbilt DEHB ADÖ' nün Türkçe uyarlama çalışması yapılmıştır. Çalışmaya 7-9 yaş aralığında, DEHB tanısı olan 343 çocuğun annesi katılmıştır.

Çalışmaya ilişkin bulgulara dayanarak Vanderbilt DEHB ADÖ' nün geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu ortaya konmuştur. Bu bağlamda ölçeğin ülkemizde hem ön değerlendirme, hem müdahale programı hazırlama, hem de programın etkililiğini ölçme amacı ile sonraki değerlendirmelerde kullanılabilmesi, aynı zamanda yapılacak araştırmalarda ölçekten yararlanabileceği düşünülmektedir. Bu çalışmanın bir sınırlılığı geçerlik çalışmalarında kullanılan analizlerden biri olan ölçütlere dayalı geçerlik analizinin yapılamamış olmasıdır.

Kaynakça

- August, G. T. ve Garfinkel, B. D. (1990). Comorbidity of ADHD and Reading Disability Among Clinic-Referred Children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 8 (1), 29-45.
- Aksu E, Turan F. (2005). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanı Ölçeği - Okul Derecelendirme Ölçeği Türkçe Uyarlaması. *Fizyoterapi Rehabilitasyon Dergisi*, 16(1), 31-40.
- Alqahtani, M. (2010). Attention Deficit Hyperactivity in Disorder in School – Aged Children in Saudi Arabia. *European Journal of Pediatr*, 169, 1113 – 1117.
- American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (2.Ed). (DSM II). Washington: APA: Pres.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı*.(4.Baskı) (DSM-IV), (Çev. Ertuğrul Köroğlu). Ankara: Hekimler Birliği Yayınları
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (2. Ed.) (DSM IV) Washington: APA: Pres.
- Barkley, R. A., (1998). *Attention deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment*.(1st.Ed.) New York: Guilford Press.
- Barkley, R. (2003). Attention deficit /hyperactivity disorder. In Mash E. J., Barkley R. (Eds.), *Child Psychopathology* (2nd ed.). New York: Guilford.
- Biederman, J. (2005). Attention - Deficit / Hyperactivity Disorder: A Selective Overview. *Biological Psychiatry*, 57; 11, 1215-1220.
- Biederman, J. ve Faraone, S. V. (2005). Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 201, 168 - 195.
- Biederman, J., Munir, K., Knee, D. (1987). Conduct and Oppositional Disorder in Clinically Referred Children with ADD. *Journal of American Child Adolescent Psychiatry*, 26 (5), 722 -727.
- Ergül, C. (2010). *Erken Çocukluk Eğitimi, Öğrenme Güçlüğü, İ. Diken* (Ed.) *Erken Çocukluk Eğitimi* (ss. 248-275), Ankara: Pegem A Yayıncılık.
- Erman, Ö. (1997). *Öğrenme Bozukluğu Ve Dikkat Eksikliği Aşırı Hareketlilik Bozukluğu Olgularının Nörofizyolojik Ve Nöropsikolojik Yöntemlerle*

- İncelenmesi*. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara.
- Erol, N. (1988). Çocuk Psikiyatrisinde Demografik Özellikler ve Belirti Dağılımı. *Ankara Tıp Bülteni*, 10, 13 – 27.
- Field, A. (1996). *Discovering Statistics Using SPSS*. California: Sage Publication Inc.
- Frederick, B. P. ve Olmi, D. J. (1994). Children with Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder: A Review of the Literature on Social Skills Deficits. *Psychology in the Schools*. 31; 4, 288-296.
- Goldstein, S. (2002). *Contunuity of ADHD in Adulthood: Hypothesis and Theory Meet Realty*. In Goldstein, S., Ellison, A.T. (Eds.), *Clinican's to Adult ADHD Assesment and Intervention*. California: Academic Press.
- Greene, R. W., Biedermen J., Faraone S. V. (2001) Social Impairment In Girls With ADHD: Patterns, Gender Comparisons, and Correlately. *Journal of American Academia Child Adolescent Psychiatry* 4,; 704-10.
- Güçlü, O. ve Erkıran, M. (2004). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Tanısı Konmuş Çocukların Ebeveynlerinde Psikiyatrik Yüklülük. *Klinik Psikiyatri*, 7, 32 - 41.
- Gureasko – Moore, D., DuPaul, G. & Power, T. (2005). Stimulant Treatment for Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Medication Monitoring Practices of School Psychologists. *School Psycholagy Review*, 34 (2), 232 – 245.
- Herreeias, C. T. (2001). The Child with ADHD: Using The AAP Clinical Practice Guideline. *American Family Phsician* ,63: 300 – 316.
- Howitt, D. ve Cramer, D. (1997). *Introduction to Statistics in Psychlogy* Gosport: Prentice Hall.
- İyisoy, M. S. (2006). *Antisosyal Kişilik Bozukluğu Olan Bireylerde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Eştanısı Ve Yürütücü İşlevlerle İlişkisi*. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Komutanlığı Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Programı, İstanbul.
- Kanay, A. (2006). *Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan 9 – 13 Yaş Grubu İlköğretim Öğrencilerinin Uyumsal Davranışları, Benlik Kavramı ve Akademik Başarıları Arasındaki İlişkiler*. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir.
- Kandemir, H. (2009). *Hiperaktivite ve Dikkat Eksikliği Olan Çocuklar ve Ailelerinde Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi, Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara.
- Kaplan H. I., Sadock B. J. (2004). *Dikkat Eksikliği Bozuklukları*. (1.Baskı). İstanbul: Nobel Tıp Kitapları.
- Kayaalp, L. (2008). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu. *Türkiye' de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi*, 62 / 147 – 152.
- Lahey B. B., Pelham W. E. ve Schaughency E. A. (1998). Dimensions and Types Of Attention Deficit Disorder. *Journal of American Academia Child Adolescent Psychiatry*, 27, 330-335.

- McCraeken, A. (2000). *AttentionDeficit Disorder*. In Sadock B., Sadock V. A. (Eds.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. (7th. Edition). USA: Lippincott Williams&Wilkins.
- Milstein R. B., Wilens T. E. & Biederman J. (1997). Presenting ADHD Symptoms and Subtypes in Clinically Referred Adults. *Journal of Attention Disorder*, 2, 159-166.
- Öktem, F. (1993). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 4, 113-120.
- Özen, G. (2010). *Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu Olan Çocukların Ruhsal İşleyişlerinin Projektif Testlerle Değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Pary R., Lewis S. ve Matuschka P. R. (2002). Attention Deficit / Hyperactivity Disorder: An Update. *South Medicine Journal*, 95; 7, 743 - 749.
- Ruth, D. (2006). Evaluation and Assesment Issues In The Diagnosis of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Child Adolescent Psychiatry*, 12, 200 – 216.
- Shekim, W. O., Asarnow R. F. ve Hess E. (1990). A Clinical And Demographic Profile of a Sample of Adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder Residual State. *Comparemant Psychiatry*, 31, 416-442.
- Salend, S. ve Rohena, E. (2003). Students with Attention Deficits Disorders: An Overview. *Intervention in School and Clinic*, 38 (5), 259 – 266.
- Semrud - Clikeman, M., Biederman, J. & Sprich-Buckminster, S. (1992). Comorbidity Between ADHD and Learning Disability: A Review and Report in a Clinically Referred Sample. *Journal of American Academy Child Adolescent Psychiatry*. 31(3), 439-48.
- Soykan, A. A. (1991). *Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların Ruhsal ve Organik Yönden Araştırılması*. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara.
- Soysal, A. Ş. ve Özdemir, B. (2004). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğuna Genel Bir Bakış. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 13(3); 89-91.
- Soysal, A. Ş. ve Karakaş, S. (2008). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu:18.Yüzyıldan Günümüze. Karakaş S. (Ed.). Kognitif Nörobilimler. Ankara, Nobel Tıp Yayınları.
- Şener Ş., Dereboy Ç., Dereboy F. ve Sertcan D. (1995). Connors Öğretmen Derecelendirme Ölçeği Türkçe Uyarlaması-1. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 2, 131-141.
- Şenol, S. ve İşeri, E. (2004). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. *Güncel Psikoloji ve Psikiyatri Dergisi*, 4, 37-38.
- Tahiroğlu, A. ve Avcı, A. (2005). *Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu*. (1.Baskı). Ankara: Nobel Yayınları.
- Thomas, R. C. (2007) *Yıkıcı Davranım Bozukluğu*. Kaplan and Sadock's Comprehensive Text Book, Sadock B.J, Sadock V. A., (8.Ed.). 3205 – 3215.

- Toros, F. ve Tataroğlu, C. (2002). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu: Sosyodemografik Özellikler, Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 9; 1, 23 – 32.
- Turgay A., Gordon E., Vigdor M. (1994). "ADHD and Comorbidity in the Study Group." Abstract Published In The American Psychiatric Annual Meeting' s New Research Section. Washington: DC.
- Turgay, A. (1995). *Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği*. Integrative Therapy Institute, Toronto, Kanada.
- Türkbay, T., Erman, H. ve Söhmen, T. (2000). Çocuk ve Ergenlerde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Alt Tipleri ile Sürekli Performans Testi Değişkenleri Arasındaki İlişki. *Çocuk Ruh Sağlığı Dergisi*, 8, 37 – 49.
- Yulaf, Y. (2010). *Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Alan Çocuk ve Ergenlerin Yürütücü İşlevlerin Davranışsal ve Nörokognitif Yönden Değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Marmara Üniversitesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, İstanbul.
- Wolraich M., Lambert W. ve Doffing M. (2003). Psychometric roperties Of The Vanderbilt ADHD Diagnostic Parent Rating Scale In A Referred Population. *Journal of Peditr Psychology*, 28, 559 - 5.