

ANKARA ÜNİVERSİTESİ
EĞİTİM BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
ÖZEL EĞİTİM ANABİLİMDALI
KAYNAŞTIRMA YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

VANDERBILT DİKKAT EKSİKLİĞİ ve HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU
AİLE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ
TÜRKÇE UYARLAMA ÇALIŞMASI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tüba KÜÇÜK DOĞAROĞLU

ANKARA
Ocak, 2012

ANKARA ÜNİVERSİTESİ
EĞİTİM BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
ÖZEL EĞİTİM ANABİLİM DALI
KAYNAŞTIRMA YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

VANDERBILT DİKKAT EKSİKLİĞİ ve HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU
AİLE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ
TÜRKÇE UYARLAMA ÇALIŞMASI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tuba KÜÇÜK DOĞAROĞLU

Danışman: Prof. Dr. Funda ACARLAR

Ankara
Ocak, 2012

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
KAPAK	i
İÇİNDEKİLER	ii
JÜRİ ÜYELERİNİN İMZA SAYFASI	iii
ÖNSÖZ	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ	viii
TABLolar LİSTESİ	ix
1. BÖLÜM	
1.Problem	1
Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu' nun Tanımı	4
Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu' nun Yaygınlığı	12
Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ve Öğrenme Güçlüğü	13
Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu' na Eşlik Eden Durumlar	15
Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu' nu Değerlendirme ve Tanılama	22
Derecelendirme Ölçekleri	24
Türkiye' de DEHB' nun Değerlendirilmesinde Kullanılan Değerlendirme Ölçekleri	25
Vanderbilt Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Aile Değerlendirme Ölçeği	26
Vanderbilt Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Aile Değerlendirme Ölçeği' nin Kullanıldığı Çalışmalar	27
Araştırmanın Amacı	30
Araştırmanın Önemi	30
Araştırmanın Sınırlılıkları	32

2.YÖNTEM

Araştırma Modeli	33
Çalışma Grubu	33
Veri Toplama Araçları	
Bilgi Formu	36
Vanderbilt Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Aile Değerlendirme Ölçeği	36
Ölçeğin Türkçe' ye Uyarlanması	40
Verilerin Analizi	41

3.BULGULAR

Vanderbilt Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Aile Değerlendirme Ölçeği' nin Geçerliliğine İlişkin Bulgular	43
Vanderbilt Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Aile Değerlendirme Ölçeği' nin Güvenirliliğine İlişkin Bulgular	53
Çalışma Grubunda Yer Alan Çocukların Yaşları ve Cinsiyetleri ile Ölçek Yanıtlarının İlişkisine Ait Bulgular	54

4.TARTIŞMA	60
------------	----

6.SONUÇ	72
---------	----

7.ÖNERİLER	73
------------	----

KAYNAKÇA	74
----------	----

EKLER	91
-------	----

JÜRİ ÜYELERİNİN İMZA SAYFASI

Eğitim Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü' ne,

Bu çalışma jürimiz tarafından Özel Eğitim Anabilim Dalında yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan

Prof. Dr. Funda ACARLAR

Üye

Prof. Dr. Tevhide KARGIN

Üye

Doç. Dr. Figen Turan

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylıyorum.

Prof.Dr. Nejla Kurul
Eğitim Bilimleri Enstitüsü
Müdürü

ÖNSÖZ

Bu tez çalışmasının başlangıcından tamamlanma sürecine kadar pek çok kişinin emeği geçmiştir.

Öncelikle çalışmanın her aşamasında değerli fikirleri ile çalışmayı yönlendiren, içtenlikle her zaman yardım ve desteğini sunan değerli hocam ve tez danışmanım, Prof. Dr. Funda ACARLAR' a,

Çalışmanın ölçek çeviri aşamasında destek veren Yrd. Doç. Dr. Cevriye ERGÜL' e, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Uzmanı Gonca GÜL ÇELİK' e, Çocuk Gelişim Uzmanı Gökçe BAYKAL ALTUNKAYA' ya ve Araş. Gör. Bora DOĞAROĞLU' na,

Tez çalışmasının veri toplama aşamasında benimle birlikte emek veren, desteklerini esirgemeyen Çocuk Gelişim Uzmanı Gökçe BAYKAL ALTUNKAYA' ya, Çocuk Gelişimcisi Seçil DEMİRHAN ŞEN' e ve Çocuk Gelişimcisi Rüya ÖZTÜRK' e,

Verilerin analizi aşamasında içtenlikle yardımlarını sunan Araş. Gör. Duygu GÜNGÖR CULHA' ya,

Manevi destekleri ile bana her zaman yardımcı olmaya çalışan sevgili aileme,

Tüm çalışma boyunca sabır ve anlayış ile yanımda olan sevgili eşim Bora' ya

Ve çalışmaya katılan tüm annelere

İçtenlikle teşekkür ederim.

ÖZET

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

KÜÇÜK DOĞAROĞLU, Tüba

Yüksek Lisans, Özel Eğitim Ana Bilim Dalı, Kaynaştırma Programı

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Funda Acarlar

Aralık, 2011

Bu çalışmanın amacı Vanderbilt Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Aile Değerlendirme Ölçeği' nin Türkçe uyarlamasını yapmaktır. Araştırma Gaziantep' ten 82 (% 23.96), Mersin' den 73 (% 21.57), Kayseri' den 62 (% 18.07) ve İstanbul' dan 125 (% 36.44) olmak üzere toplam 343 katılımcı ile yapılmıştır. Katılımcı annelerin eğitim durumlarına bakıldığında 102' sinin (% 29.9) ilköğretim, 148' nin (% 43.1) ortaöğretim (lise) ve 93' ünün (% 27.1) üniversite mezunu olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan annelerin çocuklarının cinsiyet dağılımlarına bakıldığında 132' sinin (% 35.5) kız ve 211' nin (% 61.5) erkek olduğu görülmektedir. Çocukların yaş dağılımlarına bakıldığında ise, 7 yaşında 82 (%23.9), 8 yaşında 141 (% 41,1) ve 9 yaşında 120 (% 35) çocuk olduğu görülmektedir.

Çalışmada annelere ve çocuklara ait demografik bilgiler bilgi formu ile toplanmıştır. Katılımcı annelerden genel bilgi formu ile birlikte Vanderbilt DEHB Aile Değerlendirme Ölçeği' nin doldurulması istenmiştir. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirliğine ilişkin yapı, kavram ve dil eşitliği sağlanmış, yapı geçerliliğine açılımlayıcı faktör analizi ile güvenilirliğine ise Cronbach Alfa Katsayısı ile bakılmıştır.

Bulgular Vanderbilt DEHB Aile Değerlendirme Ölçeği' nin 45 maddesinin 4 alt faktörde toplandığını göstermektedir. Bu alt faktörler dikkat eksikliği, hiperaktivite bozukluğu, karşıt olma / gelme ve davranım bozukluğu ve depresyon / anksiyete bozukluğu alt ölçeklerinden oluşmaktadır. Alt ölçeklerin güvenilirliklerinin yüksek olduğu bulunmuştur.

Sonuç olarak, Vanderbilt DEHB Aile Değerlendirme Ölçeği' nin ülkemizde DEHB ve DEHB' ye eşlik edebilecek olan karşıt gelme / olma ve davranım bozukluğu ve depresyon / anksiyete bozukluğunu ailelerin değerlendirmelerinde kullanılabilecek, geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu görülmektedir.

ADAPTATION OF VANDERBILT ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY
DISORDER DIAGNOSTIC PARENT RATING SCALE IN TURKISH

MS, Department of Special Education, Inclusion Program

Advisor: Funda Acarlar

December, 2011

The purpose of this study is to adaptation of Vanderbilt Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD) Diagnostic Parent Rating Scale to Turkish.

The sample of this research consists of 343 participants. Distribution of participants according to cities are 82 (% 23.96) from Gaziantep, 73 (% 21.57) from Mersin, 62 (% 18.07) Kayseri and 125 (% 36.44) from İstanbul. Education levels of mothers are consist of 102 (% 29.7) primary school graduated, 148 (% 43.1) elementary school graduated and 93 (% 27.1) university graduated. Distribution of gender of mothers' children is 132 (% 35.5) girls and 211 (% 61.5) boys. Distribution of age of children is that 82 (%23.9) children are 7 years old, 141 (% 41,1) children are 8 years old and 120 (% 35) children are 9 years old.

Demographic information regarding mothers and children was gathered via the information form developed by the researcher. Participating mothers filled Vanderbilt ADHD Diagnostic Parent Rating Scale with data form. Validity and reliability of scale was examined by exploring content validity (construct, concept and language validity), construct validity (exploratory factor analysis) and Cronbach Alpha. The sex and age groups of the children were examined with variance analysis.

Results reveal that adaptation of Vanderbilt ADHD Diagnostic Parent Rating Scale in Turkish included 45 items which had 4 factors. This sub – factors consist of sub scales which are attention deficit, hyperactivity disorder, oppositional defiant / conduct disorder and depression / anxiety disorder. High reliability results were also reported for all sub - scales. Result of variance analysis for seven years old group for all sub – scales are meaningful results ($p < 0.05$). In eight years old group for hyperactivity and oppositional defiant / conduct disorder sub – scales are meaningful results ($p < 0.05$). In nine years old group for inattention, hyperactivity and depression / anxiety disorder sub – scales are meaningful results ($p < 0.05$).

Overall result indicated that adaptation of Vanderbilt ADHD Diagnostic Parent Rating Scale in Turkish is valid and reliable scale and can be used by parents to evaluate their children with ADHD and ADHD comorbid disorder.

ŒEKİLLER LİSTESİ

Œekil 1. Faktör Yapısına İliŒkin Çizgi Grafiği

SAYFA

51

TABLolar LİSTESİ

	SAYFA
Tablo 1. Çalışma Grubundaki Annelerin İllere Göre Dağılımı	34
Tablo 2. Çocukların Cinsiyet ve Yaşa Göre Dağılımı	35
Tablo 3. Annelerin Eğitim Düzeylerine Göre Dağılımı	35
Tablo 4. Kaiser – Meyer – Olkin ve Barlett Testi Sonuçları	45
Tablo 5. Ortak Varyans Analiz Sonuçları	47
Tablo 6. Açıklanan Toplam Varyans	49
Tablo 7. Döndürülmüş Bileşenler Matrisi	53
Tablo 8: Vanderbilt DEHB – ADÖ Alt Ölçeklerinin Standart Puanlarının Aritmetik Ortalama, Standart Sapma Değerlerinin ve Minimum ve Maksimum Puanların Yaş Grupları ve Cinsiyete Göre Dağılımı	56
Tablo 9: DEHB – ADÖ Alt Ölçeklerinin Çalışma Grubunu Oluşturan Çocukların Cinsiyetlerine Göre Yaş Grupları Arasındaki Tek Yönlü Varyans Analizinde İncelenmesi	57
Tablo 10: Vanderbilt DEHB – ADÖ' nün Cinsiyete Ait Puanlarının t Testine Göre Karşılaştırılması	58

BÖLÜM I

GİRİŞ

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu uzun yıllar öğrenme güçlüğü şemsiye başlığı altında yer almıştır (Mastropieri ve Scrugas, 2000). Öğrenme güçlüğü olan çocukların dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu özellikleri gösterdikleri sık sık vurgulanırken, ilerleyen dönemde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ayrı bir bozukluk olarak DSM IV tanı sisteminde yıkıcı davranış bozuklukları altında yer almıştır (American Psychiatric Association [APA], 2000).

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) 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). Bahsedilen bu belirtilerin okul ve ev gibi iki ve ya daha fazla ortamda görülmesi gerekmektedir (Kaplan ve Sadock, 2004). Okul dönemi çocuklarında görülme sıklığı % 3 – 5 arasında olup erkek çocuklarda daha sık görülen bu durum psikiyatrist, pediatrist ve eğitimcilerin gündeminde önemli bir yer tutmaktadır (Coot 1995). Bazı çalışmalarda DEHB yaygınlığının % 2 ile % 18 arasında değiştiği belirtilmektedir (Benjasuwantep, Ruangdaraganon, Visudhiphan, 2002; Ersan, Doğan, Sumer, 2004) . DEHB dikkatsizliğin baskın olduğu tip, hiperaktivitenin baskın olduğu tip ve birleşik tip olmak üzere toplam üç temel tip altında incelenmektedir (APA, 2000). DEHB' nin ortaya çıkışı gözlemlendiğinde öncelikle hiperaktiviteye yönelik davranışlar göze çarpmaktadır. Dikkatsizliğe yönelik belirtiler ikinci sırada dikkati çekmektedir. Ancak bazı vakalarda hiperaktivite olmadan tek başına dikkatsizlik belirtileri de görülebilmektedir.

Genellikle ailelerin, çocukların ev ortamındaki aşırı hareketlilik davranışları sebebiyle ya da çocukların öğretmenlerinin şikâyetleri doğrultusunda hastanelerin çocuk ve ergen ruh sağlığı bölümlerine müracaat ettikleri görülmektedir. Bozukluğun başlangıcı genellikle üç yaş civarında olurken DEHB tanısının öğrenim süreci için gerekli olan dikkat ve bunu

yoğunlaştırmanın beklendiği ilköğretim yıllarında konulmasının daha uygun olduğu belirtilmektedir (Arnold ve Jensen, 1995; Soysal ve Özdemir, 2004). Ailelerin müracaatları sırasında ailelerden çocuğa ilişkin genel bilgiler alınmakta ve çocuğun klinik gözlemine dayalı bilgiler not edilmektedir. Ancak DEHB olan çocuk hakkında daha fazla bilgi sahibi olunmasını sağlayacak araçlara ihtiyaç duyulmaktadır. Çocukluk çağı bozukluğu olarak bilinen DEHB gelişimsel bir nitelik taşımakta, çocukluk ve ergenlik döneminden sonra yetişkinlikte de devam edebilmektedir (Barkley, Fischer, Edelbrock ve Samllish, 1990; Erdoğan- Bakar, Soysal, Kiriş, Şahin ve Karakaş, 2005; Öncü, 2008; Soykan-Aysev ve Erdoğan-Bakar, 2008). Bu haliyle düşünüldüğünde DEHB' na yönelik değerlendirme ve müdahale çalışmaları daha fazla önem kazanmaktadır. DEHB' nun değerlendirilmesinde çocuğun gelişimsel değerlendirmesi, ev ve okul ortamında gözlemlenmesi, aile ve öğretmen görüşmelerinin yapılması ve zekâ değerlendirmesi gibi farklı değerlendirme yöntemleri kullanılmaktadır (Krol, 1993). Bu nedenle geçerliği ve güvenilirliği test edilmiş araçlardan yararlanılması hem DEHB tanısına karar verilmesinde hem de bu gruptaki çocuklara uygulanan tedavinin ve verilen eğitimin etkililiğinin değerlendirilmesinde işlevsel olacaktır. Son yıllarda kısa ve uygulanması daha kolay olan derecelendirme ölçekleri kullanılmaya başlanmıştır (Becker, Hagenberg ve Roessner, 2004). Günümüzde DEHB ile ilgili kullanılan araçlara bakıldığında aile ve öğretmen derecelendirme ölçeklerinin sıklıkla kullanıldığı dikkat çekmektedir (Dean, Agboatwalla ve Dallimore, 1995). Türkiye' de DEHB' nu değerlendirmeye yönelik kullanılan ölçekler araştırıldığında sınırlı sayıda ölçek ile karşılaşılmaktadır. Bu ölçekler hem DEHB' nu hem de DEHB' na eşlik edebilecek diğer bozuklukları değerlendirebilme açısından incelenmiştir. DEHB' na genel olarak % 50 oranında bir başka bozukluk eşlik edebilmektedir (Toros ve Tataroğlu, 2002). DEHB ile sık olarak görülen bozukluklar karşıt olma / gelme bozukluğu, davranım bozukluğu, depresyon ve anksiyete bozukluğu olarak sıralanmaktadır (Öktem, 1993). Bu haliyle düşünüldüğünde DEHB' nu değerlendirmesinde kullanılan aracın sadece bozukluğa ilişkin değerlendirme sağlamasının yanında eş tanıları da değerlendirebilmesi önem kazanmaktadır. Türkiye' de DEHB ile eşlik eden diğer tanıları değerlendirebilen ölçekler bulunmaktadır. Ancak sıralanan tüm tanıların aynı ölçekte değerlendirilebildiği bir ölçek bulunmamaktadır. Durumun bu şekilde olmasının hem değerlendirme

sürecinin uzamasına, hem de eşlik edebilecek diğer bozuklukların gözden kaçmasına neden olacağı düşünülmektedir.

DEHB tanısında ebeveynlerin değerlendirmelerine olanak sağlayan ölçeklerden biri de Vanderbilt Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanı Aile Değerlendirme Ölçeği'dir (Vanderbilt ADHD Diagnostic Parent Rating Scale) (Wolraich, Lambert, Doffing, Bickman, Simmons ve Worley, 2003). Ölçek incelendiğinde DEHB ve DEHB' na en sık eşlik eden karşıt olma / gelme bozukluğu, davranım bozukluğu, depresyon ve anksiyete bozukluğu tanılarının değerlendirilebildiği görülmektedir. Ölçek ile hedef çocuğa ilişkin çeşitli sonuçların birlikte ve hızlı şekilde elde edilebileceği düşünülmektedir. Bu da çocuğa ilişkin hazırlanacak müdahale programının hızlıca oluşturulmasını sağlayacaktır. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmamıştır. Bu nedenle bu çalışmada Vanderbilt Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Aile Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının yapılması amaçlanmıştır.

Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanmasıyla ülkemiz çocuklarında da sık rastlanan bir bozukluk olan DEHB değerlendirilebilecektir. Bununla birlikte önemli ve tekrar vurgulanması gereken bir diğer durumda ülkemizde bir sınırlılığı olan eşlik eden bozuklukların aynı araç ile değerlendirilmesi sağlanmış olacaktır.

DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU'NUN TANIMI

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 çağıının en sık görülen nöropsikiyatrik rahatsızlığıdır (Biederman, 2005; Biederman ve Faraone, 2005; Soysal ve Özdemir, 2004; Soysal ve Karakaş, 2008). Kaplan ve Sadock (2004) tanımında 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. Özellikle “hiperaktif” ve bununla birlikte “dikkat eksikliği” terimleri gerek tıp alanında, gerekse eğitim alanında profesyonel, uzman, öğretmen ve ailelerin oldukça sık kullandıkları terimler haline gelmiştir. Bilimsel yazında, görsel ve yazılı iletişim araçlarında da sık sık DEHB’den bahsedilmektedir. DEHB’ nu daha iyi tanımak için DEHB’nun tarihsel gelişimini ve araştırmacıların bu kavramı açıklamaya yönelik yaptıkları çalışmaları incelemek gerekmektedir.

DEHB’ nun dünyadaki tarihsel gelişimine bakıldığında ilk olarak 18. yüzyılın ikinci yarısından itibaren “kötü çocuklar”, “çılgın budalalar”, “fevri delilik” ve “yetersiz inhibasyon” gibi adlandırmaların yapıldığı görülmektedir (Lewis ve Miller, 1990). DEHB’ na yönelik ilk çalışmanın 1902 yılında Still tarafından yapıldığı belirtilmektedir (Ross,1982). Still’in konuya yönelik yaptığı çalışmada DEHB’ na “beyin hasarı” adı verildiği belirtilmektedir (Ross,1982). Bir başka çalışmada, Doktor George Still’in çalışmasında DEHB’ nu bilinmeyen bir nörolojik probleme bağlı olarak ortaya çıkan ama zihinsel yetersizlikten kaynaklanmayan bir bozukluk olarak tanımladığı vurgulanmaktadır (Rafalovich, 2001). Ross (1982) Still’in bu çocukları yoğun duygusal ve davranışsal sorunları olan huzursuz, dürtüsel ve dikkatsiz çocuklar olarak tanımladığını ve bu belirtileri organik ve çevresel nedenlere bağladığını bildirmektedir. Bilindiği üzere Still’in çalışmasının etkilerinin devam ettiği yıllarda 1.Dünya Savaşı (1914 – 1918) yaşanmaktadır. Savaş sonrasında ortaya çıkan grip salgınlarında Still’in tanımladığına benzer tablolar görüldüğü belirtilmektedir (Önal, 2007). Bu durum

sebebiyle bu alanla ilgilenen araştırmacılar arasında organik nedenlerle hiperaktivite, dikkat ve dürtü kontrolü arasında bir bağ olduğuna yönelik inançlar olduğu düşünölmektedir. Bununla birlikte Still çocuklarda bu belirtilerin ortaya çıkmasında çevresel sebeplerin etkisini de vurgulayarak, çocuklardaki davranış bozukluğu ve diğer belirtilerin aile tutumlarından kaynaklandığını ileri sürmektedir (Işıtan, 2010). Buna ek olarak çocuklarda ahlaki kontrolün olmadığını ve çocuklarda çıkan belirtilerin alkol kullanımı yüksek olan ailelerde daha sık gözlemlendiğini de ayrıca belirtmektedir (Işıtan, 2010). Cantwell ve Hanna (1995) 1.Dünya Savaşı döneminde görölen bu olgular için “beyin hasarı sendromu” ve “beyin hasarı davranış sendromu” ifadelerinin kullanıldığını bildirmektedirler.

Bu dönemde dikkat çeken bir başka çalışma Kramer ve Pollnow’un 1921 – 1931 yıllarını kapsayan 45 çocukla yaptıkları çalışmalarıdır. (Sergeant ve Steinhausen, 1990). Çalışmada yer alan çocuklarda 3 - 4 yaşlarında başlayan, amaca yönelmede yetersizlik, motor huzursuzluk ve sınır koyulmasına tahammülsüzlük belirtileri bulunmaktadır. Sergeant ve Steinhausen (1990) çocuklarda görölen bu belirtilere araştırmacıların çalışma sonunda “hiperkinetik sendrom” adını verdiklerini belirtmektedirler.

1930’ lu yıllara gelindiğinde dikkat eksikliğini ve davranışlardaki diğer bozuklukları kontrol etmek amacı ile ilaç kullanımına başlanıldığını belirtmektedir (Ergöl, 2010). İlaç kullanımı ile birlikte tek başına ilaç kullanımın yeterli olup olamayacağı ve ilaç ile birlikte aile eğitimin, psiko - sosyal eğitimin ve bilişsel davranışsal düzenlemelerin etkisi tartışılmaya başlanmıştır (Mastropieri ve Scruggs, 2000). Bu tartışmaların günümüzde de etkisini sürdürdüğu bilinmektedir. Bozukluğun tedavisinde en etkili yaklaşımın ne olduğu, ilaç tedavisinin aşırı kullanımı ve kötüye kullanım olasılığı (National Institutes of Mental Health, [NIH], 2000), DEHB’nun yanlış tanısı, yeterli değerlendirme yapılmadan tanı konulması ve bazen farklı seçenekler varken ilaç kullanımın önerilmesi (Goldman, Meltzer, Maughan ve Rowe, 1998), davranış ve ders alanındaki her türlü sorunun ilaç ile tedavi edilmeye çalışılması (Jensen ve Breiger, 1999) tartışılan konular arasındadır.

1947 yılına gelindiğinde Strauss ve Lehtinen’in daha önce kullanılan “beyin hasarı sendromu”, “beyin hasarı davranış sendromu” ve “hiperkinetik sendrom” a ek olarak “minimal beyin hasarı sendromu” ifadesini geliştirdikleri

belirlenmektedir (Ross,1982). Ross (1982) araştırmacıların dikkatsizlik, huzursuzluk ve davranış bozukluğu gibi belirtiler gösteren çocuklarda geleneksel ölçümler sonucunda beyin hasarına rastlamadıklarından dolayı bu ifadeyi seçtiklerini belirtmektedir.

1950 ve 1960' lı yılların ortalarına kadar olan dönemde DEHB için kullanılan yeni bir ifade ile karşılaşılmaktadır. Bu dönemde "minimal beyin hasarı" ifadesi yerine "minimal beyin fonksiyon bozukluğu" ifadesinin kullanıldığı görülmektedir (Sergeant ve Steinhausen, 1990). Bu ifadeden bozukluğun beyindeki yapısal bir bozukluktan değil fonksiyonel bir bozukluktan kaynaklandığının düşünöldüğü anlaşılmaktadır. Bu dönemde DEHB'nun psikiyatride de yer aldığı "Hiperaktif Çocuk Sendromu" olarak adlandırıldığı ve çocukların özellikle hareketliliğine vurgu yapıldığı görülmektedir. 1968 yılında Amerikan Psikiyatri Birliği' nin oluşturduğu DSM - II'de (Diagnostic and Statical Manuel of Mental Disorders) DEHB "çocukluktaki hiperkinetik sendrom" olarak isimlendirilmiştir (APA, 1968).

1980' li yıllara geldiğinde yapılan çalışmalarda önceki dönemin tersine dikkat eksikliği üzerinde durulduğu dikkati çekmektedir (Lewis ve Miller, 1990). DSM - III' te dikkat eksikliği bozukluğu; hiperaktifiteli ya da hiperaktivesiz ayırımına gidilerek, temel belirtilerin dikkatsizlik/ dürtüsellik ve huzursuzluk olduğu belirtilmiştir (APA, 1980).

Devam eden süreçte DSM – III - R' de Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu olarak tanımlanan bu bozukluk, hiperaktivite olmadan görölen dikkat eksikliği alt tipinden ayrılmıştır. Dikkat eksikliği alt tipi "Özgöl Gelişim Bozuklukları" grubunda yer almıştır (APA, 1987).

Son olarak DSM - IV'te bozukluk, Dikkat Eksikliği / Hiperaktivite Bozukluğu olarak tanımlanmış ve aşağıda sunulan üç belirti kümesinde sınıflandırılmıştır (APA, 2000).

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu için DSM-IV Tanı Kriterleri

A. Aşağıdakilerden (1) ya da (2)'si vardır.

(1) Aşağıdaki dikkatsizlik belirtilerinden altısı (ya da daha fazlası) en az altı ay uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyine göre aykırı bir derecede sürmüştür:

Dikkatsizlik

(a) Çoğu zaman dikkatini ayrıntılara veremez ya da okul ödevlerinde, işlerinde ya da diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapar.

(b) Çoğu zaman üzerine aldığı görevlerde ya da oynadığı etkinliklerde dikkati dağınık.

(c) Doğrudan kendisine konuşulduğunda çoğu zaman dinlemiyormuş gibi görünür.

(d) Çoğu zaman yönergeleri izlemez ve okul ödevlerini, ufak tefek işleri ya da iş yerindeki görevlerini tamamlayamaz (karşıt olma bozukluğuna ya da yönergeleri anlayamamaya bağlı değildir).

(e) Çoğu zaman üzerine aldığı görevi ve etkinlikleri düzenlemekte zorluk çeker.

(f) Çoğu zaman sürekli mental aktivite gerektiren görevlerden kaçınır, bunları sevmez ya da bunlarda yer almaya karşı isteksizdir.

(g) Çoğu zaman üzerine aldığı görev ya da etkinlikler için gerekli olan şeyleri kaybeder (örneğin oyuncaklar, okul ödevleri, kalemler, kitaplar ya da araç gereçler).

(h) Çoğu zaman dikkati dış uyaranlarla kolayca dağınık.

(i) Günlük etkinliklerinde çoğu zaman unutkanlıktır.

(2) Aşağıdaki hiperaktivite-impulsivite belirtilerinden altısı (ya da daha fazlası) en az altı ay süreyle uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyine göre aykırı bir derecede sürmüştür:

Hiperaktivite

(a) Çoğu zaman elleri, ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanıp durur.

(b) Çoğu zaman sınıfta ya da oturması beklenen diğer durumlarda oturduğu yerden kalkar.

(c) Çoğu zaman uygunsuz olan durumlarda koşturup durur ya da tırmanır (ergenlerde ya da erişkinlerde öznel huzursuzluk duyguları ile sınırlı olabilir).

(d) Çoğu zaman sakin bir biçimde boş zamanları geçirme etkinliklerine katılma ya da oyun oynama zorluğu vardır.

(e) Çoğu zaman hareket halindedir ya da bir motor tarafından sürülüyormuş gibi davranır.

(f) Çoğu zaman çok konuşur.

Dürtüsellik

(g) Çoğu zaman sorulan soru tamamlanmadan cevabını yapıştırır.

(h) Çoğu zaman sırasını beklemede güçlüğü vardır.

(i) Çoğu zaman başkalarının sözünü keser ya da başkalarının yaptıklarının arasına girer (örneğin başkalarının konuşmalarına ya da oyunlarına burnunu sokar).

B. Bozulmaya yol açmış olan bazı hiperaktif - impulsif belirtiler ya da dikkatsizlik belirtiler 7 yaşından önce de vardır.

C. İki ya da daha fazla ortamda belirtilerden kaynaklanan bir bozulma vardır (örneğin evde, işte ya da okulda).

D. Toplumsal, okuldaki ya da mesleki işlevsellikte klinik açıdan belirgin bozulma olduğunun açık kanıtları olmalıdır.

E. Bu belirtiler sadece bir Yaygın Gelişimsel Bozukluk, Şizofreni ya da diğer bir Psikotik Bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örneğin Anksiyete Bozukluğu, Dissosiatif Bozukluk ya da bir kişilik bozukluğu) (APA, 2000).

DEHB'nin 20. yüzyılın başından bu yana tarihsel gelişimi incelendiğinde araştırmacıların konuya yoğun ilgi gösterdikleri ve bu ilginin genellikle var olan belirtilerin kaynağını bulmaya yönelik olduğu görülmektedir. Bu durum DEHB belirtileri görülen çocuklara araştırmacıların verdikleri isimlendirmelerden anlaşılabilir. İlk dönemlerde daha fark edilebilir durumda olan hareketlilik – dürtüsellik belirtileri üzerinde yoğunlaşan araştırmacılar, zamanla dikkat eksikliği belirtilerinin de fark edilmesi ile bozukluğun bu özelliği ile de ilgilenmişlerdir. Bu durumun alanla ilgili yapılan çalışmaların sayısının artması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Günümüzde kabul edilen DEHB tanımı Amerikan Psikiyatri Birliği 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 açıklanmaktadır (APA, 2000). Ayrıca yine APA (2000) tarafından bahsedilen bu özelliklerin gelişimsel gerilik, mental bozukluk veya

fiziksel yetersizlikten 'kaynaklanmaması' gerektiği belirtilmektedir. DEHB DSM - IV tanı ölçütleri doğrultusunda

- Dikkat eksikliğinin baskın olduğu tip
- Hareketlilik ve dürtüsellüğün baskın olduğu tip
- Birleşik tip olmak üzere üç temel tipten oluşmaktadır.

Dikkat Eksikliğinin Baskın Olduğu Tip

Bu grupta yer alan çocuklar DSM-IV DEHB tanı ölçütlerinin 'dikkatsizlik' belirtilerini taşımaktadırlar. Bu çocuklarda görülen 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.

Ergül (2010) bu gruptaki çocukların içe dönük olduklarını, sık sık düşüncelere daldıklarını ve buldukların ortamlarda çevreyi rahatsız edecek davranışlarda bulunmadıklarını ifade etmektedir. Bazı araştırmacılar bu gruptaki çocukların genellikle tembel ve isteksiz olarak tanımlandıklarını belirtmektedirler (Wood ve Lazari, 1997). Kanay (2006) bu gruptaki çocukların dikkatin sağlanması ve sürdürülmesi gibi sorunlar yaşadıklarını belirtirken, bu sorunların ev ortamında; aile ve sosyal ilişkilere yönelik problemlere neden olduğunu ancak temel problemin okul ortamında yaşandığını belirtmektedir. Öğretmenlerin bu gruptaki çocukları; geç kalma alışkanlıkları olan, unutkan olan, ödev tamamlamada zorluk çeken ve sistemli olamayan çocuklar olarak nitelendirdikleri açıklanmaktadır (Kanay, 2006).

Soykan ve Erdoğan ise çocuklarda kaygı, depresyon veya başka bir özel durumun çocuğun dikkatinin dağılmasına neden olabileceğini vurgulayarak, var olan dikkatsizlik belirtisinin süregelen ve kalıcılığına dikkat edilmesi gerektiğini belirtmektedir (Soykan ve Erdoğan, 2008).

Hareketlilik ve Dürtüsellüğün Baskın Olduğu Tip

Bu grupta yer alan çocuklar DSM-IV tanı ölçütlerinden dikkatsizlik ve dürtüsellik belirtilerini taşımaktadır. Bu belirtilere göre bu gruptaki çocukların; sürekli kıpır kıpır hareket halinde oldukları, çok fazla konuştukları, sessizce yapılması gereken aktiviteleri yerine getiremedikleri, sınıfta ve ya 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 görülmektedir.

Bu gruptaki çocuklarda 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.

Ergül (2010) bu bilgilere ek olarak bu çocukların alt ıslatma, uyku ve inatçılık problemleri olduğunu ve sık sık öfke nöbetleri geçirdiklerini belirtmektedir. Ayrıca yapılan gözlemlerden anlaşılacağı üzere bu çocuklar aşırı hareketli olduklarından kaza ve yaralanma riskinin de daha fazla olabileceği düşünülmektedir.

İyisoy (2006) hareketliliğe ilişkin olarak, bu çocukların hem uyanıkken hem de uykuda iken hareketli olduklarını, hareketlerinin niteliğinin genellikle amaçsız ve bozucu olabildiğini, el yazılarının genellikle kötü olduğunu ve sürekli uyarıcı ortam arama ihtiyacı duyduklarını belirtmiştir. Dürtüsellik ile ilgili özellikleri ise; fiziksel olarak tehlikeli aktivitelere girişme, sırasını bekleyememe, olayların sonucunu beklemeden davranma şeklinde sıralanmıştır. Son sayılan özellik nedeni ile çocuklar sık sık aile içinde ve arkadaş çevresinde tartışmalar yaşamaktadırlar.

Birleşik Tip

DEHB'nun bu tipinde yer alan çocuklar yukarıda verilen iki grubun da özelliklerini göstermektedirler. Ancak bir çocuğa DEHB tanısının koyulabilmesi için DSM-IV tanı ölçütlerini belirtildiği şekilde karşılaması gerektiği unutulmamalıdır. Bu ölçütlere göre DEHB' u olan bir çocuğun dikkat eksikliği belirtilerinden 6 ve daha fazlasını, hareketlilik ve dürtüsellik belirtilerinden de 6 ve daha fazlasını 6 ayı geçen yaygın bir sürede göstermesi gerekmektedir. Bahsedilen bu belirtilerin 7 yaşından önce ortaya çıkmış olması, ev ve okul gibi iki ayrı ortamda görülerek diğer bozukluklardan kaynaklı olmaması gerekmektedir. Soykan ve Erdoğan (2008) çocukları tanımlarken DSM-IV tanı ölçütlerine ek olarak çocuğun bulunduğu ortamda, aynı yaş, gelişimsel ve zekâ

düzeyindeki çocuklar ile karşılaştırarak değerlendirilmesinin uygun olacağını vurgulamaktadır.

DEHB olan çocukların özellikleri yukarıda farklı tipteki gruplar içinde o grubun özelliklerini açıklayabilecek şekilde incelenmiştir. Birleşik tip grubunda yer alan çocuklar yukarıdaki özellikleri taşımakla birlikte farklı araştırmalardan DEHB olan çocukların özellikleri ek olarak incelenmiştir. Bu araştırmalarda DEHB olan çocukların genel olarak sosyal alanda yaşadıkları problemlere değinilmektedir.

DEHB Olan Çocuklarda Sosyal Problemler

DEHB olan çocukların çeşitli özellikleri buraya kadar olan bölümde anlatılmıştır. Bu bilgilere ek olarak DEHB olan çocukların bunların dışında yaşadıkları problemler araştırıldığında sosyal alanla ilgili de çeşitli problemler yaşadıkları bilgisine ulaşılmıştır.

Arı (2006) DEHB olan çocukların kişiler arası ilişkilerde yaşıtlarından değişik özellikler gösterdiklerini ve sorunlar yaşadıklarını belirtmiştir. Frederick ve Olmi (1994) bu gruptaki 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. Mevcut özellikleri nedeni ile birçok sosyal problemi olan DEHB olan çocukların toplumda kabul ve beğeni görmek istekleri, ancak bu isteklerine rağmen kendilerinin dışlanıp, itilmesine yol açacak davranışlarda buldukları açıklanmaktadır (Şenel, 1996). Bu bilgiyi destekler şekilde, Dolgun (2003) DEHB'li çocukların arkadaşları tarafından reddedilme ve özgüven eksikliği gibi sorunlar yaşadıklarını belirtmektedir. Önal (2007) ise, DEHB'li çocukların sosyal olarak, yaşıtlarıyla, öğretmenleriyle ve anne - babalarıyla olan ilişkilerinin yetersiz olduğunu bildirmektedir. Arkadaşları, anne-baba ve öğretmenleriyle sorunlar yaşayan bu çocuklar sosyal ipuçlarını anlamada güçlük çekmekte ve sosyal durumları sıklıkla yanlış yorumlayıp, uygun olmayan tepkilerde bulunmaktadırlar (Baş Yılmaz, 2009).

DEHB olan çocukların genel özelliklerinin yanı sıra bu çocukların sosyal alanda yaşadıkları problemler yukarıda belirtildiği gibi sıralanmaktadır. Klinik

ortamda ve genel çevresel gözlemlerde çocuklarda genellikle DEHB' nin birleşik tipinin görüldüğü düşünülmektedir. Yapılan araştırmalar incelendiğinde bu gözlemi kanıtlar sonuca ulaşılmaktadır. Şenol ve İşeri (2004) en sık karşılaşılan tipin bileşik tip olduğunu vurgulamaktadır. Yine benzer olarak, Barkley (1998) DEHB olan çocukların %85'inin birleşik tip özellikler gösterdiğini bildirmektedir.

DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU' NUN YAYGINLIĞI

DEHB çocuklar arasında en yaygın görülen bozukluk olarak değerlendirilmektedir (Gureasko – Moore, DuPaul ve Power, 2005). APA (2000) okul çağı çocuklarının % 3 – 7'sinde DEHB görüldüğünü açıklamaktadır. Farklı bir çalışmada bu oran % 5 – 10 şeklinde ifade edilmektedir (Semrud-Clikeman ve Biederman,1992). Amerika'da genel eğitim sınıflarında 2,5 – 4 milyon çocuğun DEHB tanısı aldığı gözlemlenmiştir (Bender, 2008). Yine Amerika'da yapılmış bir başka çalışmada 6 - 12 yaş nüfusunda yaygınlığın % 4 - 12 olduğu bulunmuştur (Brown, Freeman ve Perrin, 2001). Salend ve Rohena (2003) genel eğitim öğretmenlerinin her yıl sınıflarında yer alan öğrencilerin 1 ya da 2 tanesini DEHB şüphesi ile ilgili birimlere yönlendirdiklerini bildirmektedir.

Yaygınlık oranına ilişkin bilgi için ülkemizde yapılan araştırmalara bakıldığında DEHB sebebiyle çocuk psikiyatri servislerine başvuruların 7.sırada yer aldığı, 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 sonucuna ulaşılmaktadır (Şenol ve İşeri, 2004). Yine Türkiye'de yapılan bir başka çalışmada kentsel kesimdeki yaygınlığın % 5 olduğu belirlenmiştir (Güçlü, 2002).

Cinsiyete göre yaygınlığı incelendiğinde, DEHB'nun kızlara oranla erkek çocuklarda üç kat daha fazla olduğu görülmektedir (Barkley, 1998). Bununla birlikte Barkley (2003) bir başka çalışmasında, aslında kızların erkeklerle benzer oranlarda DEHB'na sahip olduklarını ancak kızlarda belirtilerin şiddetinin erkeklere göre daha az olduğu için fark edilmediklerini ve daha az sıklıkta tanı aldıklarını belirtmiştir. Bir başka kaynakta bu durum, kızlarda DEHB'nun daha çok bilişsel zorluklar ve dikkatsizlik şeklinde seyretmesi ve dürtüselliğin daha az rastlanması nedeniyle gözden kaçırıldığı şeklinde açıklanmaktadır (Clark ve Amiot, 1999).

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Öğrenme Güçlüğü

Çalışmanın buraya kadar olan bölümünde DEHB'nun tanımı, tarihsel süreci, özellikleri ve yaygınlıkları ayrı ayrı incelenmiştir. İzleyen bölümde DEHB ve öğrenme güçlüğü durum birlikte ele alınarak karşılaştırmalı olarak incelenecektir.

Öncelikle öğrenme güçlüğüne kısaca tanımlamanın yararlı olacağı düşünülmektedir. Öğrenme güçlüğü; dil kazanımı ve kullanımı, konuşma, okuma, yazma, neden-sonuç ilişkisi kurma, matematiksel hesaplamalar, bellek ve dikkat alanlarında heterojen bir bozukluk grubu olarak tanımlanmaktadır (Hammill,1990; İşeri ve Akın - Sarı, 2008; Kirk, Gallagher, Anastasiow ve Coleman, 2006; Mastropieri ve Scrugas, 2000; National Joint Committee for Learning Disabilities, 1991; Tirosh, Cohen, Berger, Davidovitch ve Cohen – Opir, 2001). Görsel ve motor bozukluklar, zihinsel yetersizlik, duygusal bozukluk ve çevresel, kültürel ve ekonomik olumsuzluklardan kaynaklanan öğrenme güçlükleri, öğrenme güçlüğü kapsamında incelenmemektedir (Ergül, 2010). Öğrenme güçlüğü olan öğrencilerin ortalama ya da ortalamanın üstünde bir zekaya sahipken bazı alanlarda yetersiz performans gösterdikleri vurgusu yapılmaktadır (Ardila, 1997; Bredley, 2002; Erman, 1997; Silver ve ark., 2007). Silver ve arkadaşları (2007) öğrenme güçlüğü için bir veya daha fazla alanın işlevselliğinde bozulmaya yol açan, çocukluk çağının sık görülen gelişimsel ve nörobiyolojik rahatsızlığı ifadesini kullanmaktadırlar.

Öğrenme güçlüğü olan bireylerin dil, okuma, yazma, matematik, sosyal – duygusal, bellek ve dikkat problemleri, düşünme, muhakeme ve yürütücü işlevlerde ve genellemede sorunlardan birini ya da bir kaçını birlikte yaşadıkları bilinmektedir.

Öğrenme güçlüğü olan çocuklarda aşağıda sunulan üç tip dikkat probleminden bahsedilmektedir (Bender, 2008).

- Sınıfta önemli aktivitelere yönlendirilememe,
- Belirli bir süre dikkatin sürdürülememesi,
- En önemli materyale seçici olarak dikkatini verememe.

Öğrenme güçlüğü olan çocuklarda görülen dikkatsizliğin özelliklerine bakıldığında aynı özelliklerin DEHB çocuklarda da aynı şekilde olduğu fark

edilmektedir. Bu duruma kanıt olarak önceki bölümlerde yer alan DEHB DSM – IV tanı kriterlerinden “dikkatsizlik” kriteri gösterilebilmektedir.

Barkley (2003) DEHB olan çocukların % 19 – 25’ inde okuma ve matematik problemi gibi öğrenme güçlüklerinin bulunduğunu açıklamaktadır. Araştırmacılar DEHB olan çocuklardaki bu akademik problemlere ilişkin iki nedene vurgu yapmaktadırlar (Rapport, Scanlan ve Denney, 1999). Bunlardan ilki; DEHB olan çocuklarda görülen davranım problemlerinin düşük akademik başarıya neden olduğudur. Bu çocukların sınıflarında yıkıcı ve dikkatsizce davranarak sıklıkla işlenen konuyu kaçırdıkları düşünülmektedir. Bir diğer neden ise; DEHB olan çocuklarda bilişsel yetersizliklerin olduğudur. Bu gruptaki çocuklarda organizasyon becerilerinin yetersizliği, yaptıkları işe dikkatlerini verememeleri, problemleri izleyebilme ve davranışlarını kontrol edebilmedeki yetersizliklerinin akademik başarısızlığa neden olduğu söylenmektedir. DEHB olan çocuklardaki akademik başarısızlığın benzer şekilde öğrenme güçlüğü olan çocuklarda da görüldüğü sıklıkla ifade edilmiştir.

Öğrenme güçlüğü ve DEHB olan çocukların okuma ve yazma problemleri benzerlik göstermektedir. Her iki grupta da harfleri ayna görüntüleri ile karıştırma görülmektedir (Düzen, 1996; Erdoğan-Bakar, 2007; Öktem, 1996). DEHB olan çocukların görsel algılamadaki bozulmaları “p,d,b” gibi yazılımları birbirine benzeyen harfleri içeren kelimeleri yazarken ve okurken kendini göstermektedir (Düzen, 1996; Erdoğan-Bakar, 2007; Öktem, 1996).

Yine benzer olarak her iki gruptaki çocuklarda biçimleri tanımada ve kopyalamada güçlük yaşanmaktadır (Erman, 1997). Görsel algıya ilişkin yaşanan problemlerden biri de derinlik algısına ilişkindir. Hem öğrenme güçlüğü olan hem de DEHB olan çocuklar derinlik algısı ile ilgili sorunlar yaşamakta, bunun sonucu olarak mesafeleri yanlış tahmin ederek sıklıkla kazalar yaşamaktadırlar (Öktem ve Sonuvar, 1993).

Öğrenme güçlüğü olan çocukların akran ilişkilerinde problem yaşayabildikleri belirtilmektedir (Ergül, 2010). Wood ve Lazari (1997) ise DEHB olan çocukların sosyal becerilerde problem yaşadıklarını belirtmektedirler. Sosyal becerilerde yaşanacak olan problemin, akran ilişkilerini etkileyeceği varsayımıyla her iki durumun bu konuda da örtüşme gösterdiğinin ifade edilebileceği düşünülmektedir.

Yukarıda sıralanan örtüşen ve benzerlik gösteren özellikleri olmakla birlikte her iki durum farklı özellikleri ile birbirinden ayrılarak Özgül Öğrenme Güçlüğü ve Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu olarak ele alınmaktadır.

DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU' NA EŞLİK EDEN DİĞER DURUMLAR

DEHB ve eşlik eden durumlar incelendiğinde farklı kaynaklarda DEHB'ye 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 belirtmektedir. Özellikle karşıt olma – gelme bozukluğu, davranım bozukluğu, depresyon ve anksiyete bozukluğuna DEHB ile birlikte rastlanmaktadır (Herreeias 2001, Öktem 1993). Genel olarak karşıt olma – gelme ve davranım bozukluğu erkeklerde daha yaygın olarak DEHB' na eşlik ederken, anksiyete bozukluğu, depresyon ve düşük akademik başarının kızlarda yaygın olduğu vurgulanmaktadır (Dulcan 1997, Greene, Biederman ve Farone, 2001; Miller ve Castellanos 1998). Çeşitli çalışmalarda DEHB ve eşlik eden durumlara ilişkin DEHB olan çocukların genellikle ergenlik ve erişkinlik dönemlerinde davranım problemleri, aile sorunları, sosyal uyum problemleri ve duygusal problemler gösterdikleri açıklanmaktadır (Gittelman, Mannuzza, Shenka ve Bonagura, 1985; Toros ve Tataroğlu, 2002). DEHB' na sıklıkla eşlik eden durumlar ve iki durumun birlikte görülme yaygınlığına ilişkin bilgiler aşağıda sunulmaktadır.

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

Karşıt Olma Karşı 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.

DSM-IV'e Göre KOKGB Tanısı İçin Gerekli Tanı Ölçütleri

A. En az 6 ay süren, bu sırada aşağıdakilerden en az 4'ünün bulunduğu bir negativistik (inatçı) , hostile (düşmanca) ve karşı gelme davranış örüntüsü:

- (1) Sık sık hiddetlenir.
- (2) Sık sık büyükleriyle tartışmaya girer.
- (3) Büyüklerinin isteklerine veya kurallarına uymaya çoğu zaman etkin bir biçimde karşı gelir veya bunları reddeder.
- (4) İsteyerek, başkalarını kızdıran şeyler yapar.
- (5) Kendi yaramazlıkları için çoğu zaman başkalarını suçlar.
- (6) Alıngandır, çabuk darılır veya başkalarınca kolay kızdırılır.
- (7) Genellikle içerlemiş, kızgın ve güceniktir.
- (8) Genellikle kincidir ve intikam almak ister.

B. Bu davranış bozukluğu toplumsal, okuldaki ya da mesleki işlevsellikte klinik açıdan önemli derecede bozulmaya neden olur.

C. Bu davranışlar sadece bir psikotik bozukluk ya da duygudurum bozukluğunun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır.

D. Davranım bozukluğu için tanı ölçütlerini karşılamamaktadır. Kişi, 18 yaşında veya daha ileri bir yaşta ise antisosyal kişilik bozukluğu için tanı ölçütlerini karşılamamaktadır (APA, 2000).

DEHB ve KOKGB birlikteliğinin incelendiği araştırmalar bulunmaktadır. Tahiroğlu ve Avcı (2005) KOKGB' nin genel toplumda görülme oranını % 2 – 16 olarak belirtirken, DEHB' u olanlarda bu oranın % 60 – 65'e çıkabildiğini vurgulamaktadırlar. Bir başka çalışmada DEHB ve KOKGB birlikteliğinin % 40 – 95 olduğu belirtilmektedir (Turgay, Gordon ve Vigdor, 1994). Biederman, Munir ve Knee (1987) DEHB'si olan 22 çocuk ile yaptıkları araştırmalarında ise çocukların % 64'ünde DEHB'ye ek olarak KOKGB'nin eşlik ettiği bulunurken, başka bir çalışmada bu oranın % 40 olduğu ile karşılaşılmaktadır (Agust ve Garfinkel, 1990). DEHB ve KOKGB birlikteliğine ilişkin bir başka çalışma da Türkbay, Erman ve Söhmen tarafından DEHB olan 7 -16 yaş arasındaki 53 çocuk ile yapılmıştır. Bu çalışmada DEHB ve KOKGB birlikteliğine % 56,6 oranında rastlanmıştır. DEHB tanısı olan 137 çocuk ve ergen ile yapılan bir başka araştırmada DEHB ve KOKGB' nin kızlarda; % 54,8 ve erkeklerde % 62.3 oranında olduğu bulunmuştur (Erman,1997).

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). Bu çocuklarda empati becerilerinin sınırlı olduğu, sık sık yalan söyleme davranışının görüldüğü, başkalarının eşyalarını izinsiz alma ya da para çalma davranışlarının olduğu, evden ve okuldan kaçma alışkanlıkları geliştirdikleri, kavgaya çabuk karıştıkları ve sıklıkla kavga başlattıkları belirtilmektedir (Tahiroğlu ve Avcı, 2005).

DSM-IV'e Göre DB Tanısı İçin Gerekli Tanı Ölçütleri

A. 15 belirtinin en az üçünün son bir yıldır devam ediyor olması ve bu davranışlardan dolayı evde, okulda, sosyal ortamda önemli aksamalara neden olan davranış örüntüsü:

İnsanlara ve hayvanlara karşı gösterilen davranışlar

- (1) çoğu zaman başkalarına kabadayılık eder, gözdağı verir ya da gözünü korkutur
- (2) çoğu zaman kavga-dövüş başlatır
- (3) başkalarının ciddi bir biçimde fiziksel olarak yaralanmasına neden olacak bir silah kullanmıştır (örn. Bir değnek, taş, kırık şişe, bıçak, tabanca)
- (4) insanlara karşı fiziksel olarak acımasız davranmıştır
- (5) hayvanlara karşı fiziksel olarak acımasız davranmıştır
- (6) başkasının göz önünde çalmıştır (örn. Saldırıp soyma, çanta kapıp kaçma, göz korkutularak alma, silahlı soygun)
- (7) birisini cinsel etkinlikte bulunması için zorlamıştır

Eşyalara zarar verme

- (8) ciddi hasar vermek amacıyla isteyerek yangın çıkarmıştır.
- (9) İsteyerek başkalarının malına mülküne zarar vermiştir (yangın çıkarma dışında).

Dolandırıcılık ya da hırsızlık

- (10) bir başkasının evine, binasına ya da arabasına zorla girmiştir
- (11) bir şey elde etmek, bir çıkar sağlamak ya da yükümlülüklerinden kaçınmak için çoğu zaman yalan söyler (yani başkalarını "atlatır")

(12) hiç kimse görmeden değerli şeyler çalmıştır (örn. Kırmadan ve içeri girmeden mağazalardan mal çalma, sahtekarlık).

Kuralları ciddi bir biçimde bozma (ihlal etme)

(13) 13 yaşından önce başlayarak, ailenin yasaklarına karşın çoğu zaman geceyi dışarıda geçirmektir.

(14) ana - babasının ya da onların yerini tutan kişilerin evinde yaşarken en az iki kez geceleyin evden kaçmıştır (ya da uzun bir süre geri dönmemişse bir kez)

(15) 13 yaşından önce başlayarak çoğu zaman okuldan kaçmıştır (DSM IV)

B. Bu davranış bozukluğu toplumsal, okuldaki ya da mesleki işlevsellikte klinik açıdan önemli derecede bozulmaya neden olur.

C. Davranış bozukluğu tanısı 18 yaşından büyük bireyler için de geçerlidir, ancak bu durumda Anti Sosyal Kişilik bozukluğu tanı ölçütlerinin karşılanmamış olması gerekir (APA, 2000).

Davranış bozukluğunun toplumdaki yaygınlığının erkeklerde; % 6 -16, kızlarda ise; % 2 – 9 olduğu belirtilmektedir (APA,1994). Arkan ve Üstün (2009) yaygınlıkla ilgili oranı kız erkek ayrımı yapmadan, çocuklarda % 11 şeklinde vermişlerdir. Davranış Bozukluğu ve DEHB birlikte araştırıldığında her iki bozukluğun birlikteliğine ilişkin bilgilere çeşitli araştırmalarda rastlanmıştır. Biederman (2005) DEHB' u olan 6 - 17 yaş arasındaki çocuklarla yaptığı çalışmasında araştırmaya katılan çocukların % 25' ine DB' nin eşlik ettiği sonucuna ulaşmıştır. Benzer şekilde yapılan bir başka çalışmada her iki bozukluğun birlikteliğinden söz edilmektedir (Kaptan ve Sadock, 1996). Türkbay, Erman ve Söhmen (2000) 7 – 16 yaş arasındaki DEHB' u olan çocuklar ile yaptıkları DEHB ve diğer bozuklukların birlikteliğini araştırdıkları çalışmalarında DEHB ve DB birlikteliğine % 15.1 oranında rastlanmıştır. DEHB tanısı olan 137 çocuk ve ergen ile yapılan başka bir araştırmada DEHB ve DB birlikteliğinin kızlarda % 22,6, erkeklerde ise; % 30.2 oranında olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Erman, 1997).

DEHB, KOKGB ve DB arasındaki ilişkilerin incelenmesine ilişkin yapılan araştırmalarda davranım bozukluğunun hafiften ağıra doğru gelişimsel bir ilerleme gösterdiği varsayılarak, KOKGB olan DEHB çocuklarında davranım

bozukluğu gelişebileceği ileri sürülmektedir (Lahey, Pelham ve Schaughency, 1998). Burada vurgulanmak istenen KOKGB'nin DB'nun öncülü olarak düşünülmesidir. Bazı araştırmacılar bu özelliğin göz önünde bulundurulmasını, KOKGB'nin DB gelişimine haberci olarak görülmesini, sağlık personelinin bunu yararlanması gereken bir ipucu olarak düşünmelerini belirtmektedirler (Taylor, 1986; Yavaş, 1995). DEHB olan birçok çocukta bu iki olgunun gelişmesi bu gruptaki çocukların aileleri ile olan ilişkilerinde ve aile işlevselliğinde bozukluklar yaşanmasında önemli bir etken olmaktadır (Cantwell ve Hanna, 1996).

DEHB, Depresyon ve Anksiyete (Kaygı) Bozukluğu

Depresyon ve Anksiyete (Kaygı) Bozukluğu, DEHB ile birlikte karşılaşılan durumlardandır.

Depresyon; üzüntü, ağlama, mutsuzluk, kendine olumsuz bakış açısı, kendini suçlama / eleştirme, şimdiki veya gelecekteki olaylar için olumsuz beklentiler, iştah azalması, uyku bozulması gibi özellikleri içeren bir durum olarak özetlenmektedir (Tüzün, 1993).

DSM IV'e Göre Depresyon Tanı Kriterleri

A. İki haftalık dönem içinde, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki belirtilerden beşi ya da daha azlasının bulunmuş olması; en az birinin (1) depresif duygudurum ya da (2) ilgi kaybı ya da zevk alamama olması gerekir.

(1) Hastanın kendisinin bildiri mi ya da başkalarının gözlemlemesiyle belirli, hemen hergün, gün boyu süren depresif duygudurum (çocuk ve ergenlerde iritabl duygudurum olabilir)

(2) Hemen hergün gün boyu süren, tüm etkinliklere ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı belirgin bir ilgi azalması ya da eskisi gibi zevk alamama

(3) Diyet yapmadığı halde önemli derecede kilo değişikliği (azalma ya da artma), örneğin bir ayda vücut ağırlığının %5'inden fazlası kadar değişiklik; ya da iştahın azalmış veya artmış olması

(4) Hemen hergün uykusuzluk ya da aşırı uyuma

(5) Hemen hergün başkalarınca da gözlenebilir bir psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun varlığı

(6) Hemen hergün yorgunluk, bitkinlik ya da enerjisizliğin varlığı

(7) Hemen hergün değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duyguları (hezeyan düzeyinde olabilir)

(8) Hemen hergün düşüncelerini bir konuya yoğunlaştırma yetisinde azalma, kararsızlık

(9) Yineleyici ölüm ya da intihar düşünceleri, intihar tasarısı ya da girişimi

B. Bu belirtiler karma bir episodun tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

C. Bu belirtiler klinik açıdan belli bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki ve önemli diğer işlevsel alanlarda bozulmaya neden olmaktadır.

D. Bu belirtiler bir madde kullanımının ya da genel tıbbi bir durumun etkilerine bağlı değildir.

E. Bu belirtiler yas ile daha iyi açıklanamaz. Yani sevilen birinin kaybından sonra ise, iki aydan daha uzun sürmekte ya da belirgin işlevsel bozulma, değersizlik düşünceleriyle hastalık düzeyinde uğraşma, intihar düşünceleri, psikotik belirtiler ya da psikomotor retardasyon bulunmaktadır (APA, 1994).

Anksiyete (kaygı) Bozukluğu, gerçek sorunlarla orantısız bir biçimde yaşam koşulları hakkında gerçekçi olmayan aşırı endişe ile karakterize olduğu belirtilmektedir (Ersoy ve ark.,2003).

DSM IV' e Göre Anksiyete Bozukluğu Tanı Kriterleri

A. En az altı aydır süren okul ya da iş performansı gibi çeşitli aktivitelerle ilgili aşırı anksiyete, endişe ve korku dolu bekleyiş hali

B. Kişinin bu korku ve endişeyi kontrol etmekte güçlük çektiğini belirtmesi

C. Anksiyete ve endişeye aşağıdaki altı belirtiden en az üçünün eşlik etmesi (en azından bazı belirtilerin son yedi aydan daha önce de bazı günler sürmüş olması) Not: Çocuklarda bu belirtilerin bir tanesinin bulunması yeterlidir:

(1)Yorgunluk, dinlenememişlik, sinirlilik ya da gerginlik hissi,

(2) Çabuk yorulma

(3) Konsantrasyon güçlüğü ya da zihninin boşaldığını hissetme,

(4) İrritabilite,

(5) Kas gerginliği,

(6) Uyku bozukluğu (uykuya dalmada, uykuda kalmada ya da dinlenmiş ve uykusunu almış olarak uyanmada güçlük),

D. Anksiyete ve endişe, panik atak, sosyal fobi, obsesif kompulsif bozukluk, ayrılık anksiyetesi, anoreksiya nervoza, somatizasyon bozukluğu ve posttravmatik stres bozukluğu gibi bir eksen I bozukluğu bulgusu olarak tanımlanmamış olması,

E. Anksiyete, endişe, korku ve fiziksel belirtilerin, sosyal, mesleki ve diğer önemli fonksiyonların yerine getirilmesinde belirgin güçlük ya da bozulmaya yol açması,

F. Bozukluğun; bir madde, ilaç ya da tedavinin doğrudan fizyolojik etkileri ile, hipertiroidi gibi başka bir hastalığa bağlı olarak ya da bir duygu-durum bozukluğu, psikotik bozukluk ya da yaygın gelişimsel bozukluk sırasında ortaya çıkmamış olması (APA, 2000).

Depresyon ve Anksiyete Bozukluğu'nun genel toplumdaki yaygınlığı incelendiğinde, depresyon yaygınlığının % 4,8 - 17,1 (Kessler, 1994), anksiyete yaygınlığının ise % 4 – 6,6 olduğu görülmüştür (Saatçioğlu, 2001).

Tahiroğlu ve Avcı (2005) DEHB olan çocukların ergenlik döneminde 1/3 oranında depresyon ile karşılaştıklarını belirtirken, anksiyete bozukluğu için bir oran bildirmeyip DEHB olan çocuklardaki yaygınlığının genel toplumda görülmesinden daha çok olduğunu söylemektedirler. DEHB ve anksiyete bozukluğu birlikteliğine ilişkin yapılan bir çalışmada (Güçlü ve Erkıran, 2004) DEHB olan bireylerin % 25' inde anksiyete bozukluğu olduğuna, farklı çalışmalarda hiperkinetik çocuklarda % 23 oranında depresyonun eşlik ettiğine rastlanmıştır (Goldstein ve Ellison 2002; McCraeken, 2000; Wender 2000). Shekim, Asarnow ve Hess (1990) DEHB olan çocuklarla yaptıkları çalışmada % 10' unda depresyon belirtilerine rastlandığı, % 32'sinde ise anksiyete bozukluğu bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır. Milstein, Wilens ve Biederman (1997) erişkin DEHB olan bireylerle yaptıkları çalışmanın sonucuna göre bu bireylerde % 63 oranında depresyon belirtilerine rastlandığı, başka bir çalışmada DEHB olan bireylerin % 33'ünde depresyon, % 62'sinde ise geçirilmiş anksiyete öyküsüne rastlandığı belirtilmektedir.

DEHB' na sıklıkla eşlik eden diğer durumlar belirtildiği gibidir. Eşlik eden durumların olabileceğinin bilinmesinin DEHB değerlendirmesinde yararlı olacağı düşünülmektedir. DEHB olan çocuklardaki görülen tüm özelliklerin tanımlanarak incelenmesinin bu çocuklara uygulanması planlanan müdahale programının

özelliklerini değiştirebileceği ve müdahalenin daha etkili olabileceği düşünülmektedir.

DIKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU' NDA DEĞERLENDİRME VE TANILAMA

DEHB olan çocukları değerlendirme ve tanılama sürecinin başlaması yaygın olarak okul dönemine denk gelmektedir. Bununla birlikte erken çocukluk döneminde ailelerin çocuklarının aşırı hareketli olmaları nedeniyle baş edememe şikayetiyle çocuk psikiyatri kliniklerine başvurdukları ya da yönlendirildikleri gözlenmektedir.

Okul döneminde değerlendirme ve tanılama sürecinin, genellikle çocuğun okula başlamasının ardından, öğretmenin çocuğun sınıf içi davranışlarına yönelik yaptığı yorumlarla başladığı görülmektedir. Okul ortamında artan beklentiler ve kurallar bu çocukların problemlerinin daha belirgin hale gelmesine ve akademik öğrenimin ve öğretim ortamlarının olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır (Kos, Richdale ve Hay, 2006). Daha öncede belirtildiği gibi bu durum sebebi ile öğretmenler bu sürecin çoğunlukla başlatıcısı olmaktadır. Ancak gerek sınıf öğretmenin gerekse okul ortamında çalışan bir başka personelin (psikolog v.b.) sadece okul gözlemlerine dayanarak aileye tanılmal bir karar bildirmemeleri özellikle vurgulanmaktadır (Bender, 2008). Bender (2008) bir tıp uzmanının, psikoloğun, öğretmenin, alandan başka bir profesyonelin ve çocuğun ailesinin hep birlikte görüşleri toplanarak çocukla ilgili karar verilebileceğini ve uygun müdahale programının ve / veya tıbbi müdahalenin ancak bu koşullarda kararlaştırılabileceğini vurgulamaktadır.

Birçok bozukluğun ya da güçlüğün olduğu gibi, DEHB' nun belirtileri de değerlendirilirken, bu belirtilere neden olabilecek herhangi bir bedensel veya zihinsel bir yetersizlik durumunun olup olmadığının araştırılması gerekmektedir (Ergül, 2010). Bu değerlendirme sırasında çocuğun görsel, işitsel ve fiziksel bir yetersizlikten etkilenip etkilenmediği, zihinsel yeterliliğinin akranları ile uyumlu olup olmadığı gibi hususlara dikkat edilmelidir. Ayrıca daha önceki bölümlerde aktarıldığı üzere DEHB' na eşlik edebilecek herhangi başka bir problemin varlığının araştırılıp değerlendirilmesi uygun olmaktadır. Bu değerlendirme sonrasında çocukta var olan birincil problemin kaynağı belirlenerek daha başka müdahale programları için düzenleme yapılması mümkün olmaktadır.

Bilindiği üzere yine birçok tanısal olguda olduğu gibi DEHB' da da DSM – IV tanı kriterlerine başvurulmaktadır. Ancak DSM – IV kriterleri standardize edilmiş olmasına rağmen, gözlemciden gözlemciye değişerek farklı yorumlanabilmektedir (APA, 2000). DSM IV tanı kriterleri incelendiğinde “çoğu zaman” ifadenin sıklıkla yer aldığı görülmektedir. “Çoğu zaman” ifadesinin belirsizliğinin farklı sonuçların ortaya çıkmasına neden olabileceği düşünülmektedir. Çocuğun davranışları ile baş etmekte zorlanan bir annenin “çoğu zaman” kararı ile yakın çevreden bir başka gözlemcinin “çoğu zaman” fikrinin birbirinden farklı olabilmesi mümkündür. 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 çocuğun davranışlarına yönelik bilgi toplamak için çoklu ölçümler, çoklu yöntemler ve çocuk ile ilgili farklı ortam ve kaynaklardan bilgi toplanması gerekmektedir. Burada sözü geçen çoklu yöntemler; aile ve öğretmen görüşmelerini, aile ve öğretmenlerin ev / sınıf / oyun ortamlarını düşünerek doldurabileceği davranış değerlendirme ölçeklerini, akademik işlevselliğin değerlendirilmesini içermektedir (DuPaul, 2004). Ayrıca çocuğun okul kayıtları ve tıbbi öyküsünün de ek olarak incelenmesinin yararlı olacağı belirtilmektedir (Official of Special Educational Program [OSEP], 2003). Friend (2008) buna benzer olarak aile ile görüşme yapılırken, çocuğun sözü geçen problemleri ilk ne zaman sergilemeye başladığı, ailede başka birinde DEHB olup olmadığı, hangi ortamlarda problemin sergilendiği, kardeşlerle veya arkadaşlarla ilişkilerinin nasıl olduğu, neleri yapmaktan hoşlandığı ve neleri yapmaktan kaçındığı gibi çocuğun tanınmasında yönlendirici olabilecek soruların sorulmasını önermektedir.

DEHB'nun değerlendirilmesinde yapılması önerilenlerden biri de derecelendirme ölçeklerinin kullanılmasıdır. Derecelendirme ölçeklerinin anne – babaya veya öğretmene yönelik formlarının olması mevcut problemin farklı ortamlarda değerlendirilmesini mümkün kılmaktadır. Bu ölçeklerde yer alan maddeler gözden kaçabilecek ve akla gelmeyen soruları hatırlatmaktadır. Şüphesiz hiç bir derecelendirme ölçeği tek başına karar verici etken olmamalıdır. Sıklıkla belirtildiği üzere değerlendirmenin birçok elemanı bulunmaktadır. Bu değerlendirmede aileye veya öğretmene sunulan bir

derecelendirme ölçeği ilgili probleme ilişkin detayların saptanması için gerekli olmaktadır.

Türkiye’ de ki hastanelerde DEHB yönelik değerlendirmede izlenen yol ayrıca araştırılmıştır. Çocukların DEHB tanısı almaları ilk olarak ailelerin çocuklarının aşırı hareketli ve dürtüsel davranışları ile dikkatsizlik problemleri şikayetiyle hastanelerin çocuk ve ergen ruh sağlığı bölümlerine başvurmalarıyla başlamaktadır. Çocuk ve ergen ruh sağlığı birimlerinde öncelikle uzman doktor aile ile yaptığı görüşme ve çocuğun klinik gözlemine ait notlar almaktadır. Buna ek olarak Türkiye’ de sıklıkla kullanılan Conner’s Aile ve Öğretmen Değerlendirme ölçekleri aileye ve çocuğun öğretmenine doldurması için verilmektedir. Aile bu formları tamamlayınca tekrar çocuk ve ergen ruh sağlığı bölümüne başvurmaktadır. Bu aşamada uzman doktor ölçeğin her iki formunu inceleyip, çocukla ilgili daha önceki notlarını gözden geçirip, tanı ile ilgili karar vermektedir.

Derecelendirme Ölçekleri

Derecelendirme ölçeklerinde, değerlendirmeyi yapan kişiden, bireyde bir davranış ya da bir özelliğin ne kadar olduğunu sıfat, zarf ve bunlara karşılık gelen sayısal değerlere göre derecelendirmesi beklenmektedir. Bu sayede birey aynı durumdaki diğer bireylerle ve tüm toplum ile karşılaştırılabilmektedir (Myers ve Winters, 2002). Derecelendirme ölçeklerinin, denek seçimi ve durum ölçümleri için 1960’lardan beri kullanıldığı ve bu tür araçlara olan talebin giderek arttığı belirtilmektedir (Moskal, 2000). Bu ölçekler yoluyla çocuğun kendisi, ailesi ve öğretmenleri gibi farklı bilgi kaynaklarından veri elde edilebilmekte ve çocuğun ev, okul gibi farklı ortamlardaki davranışlarıyla ilgili olarak farklı kaynaklardan bilgilere ulaşılabilir. Bu bilgiler ışığında çocuğun tanılanması süreci hızlanmakta bu hız ise uygulanacak müdahale programının bir an önce planlanmasına olanak sağlamaktadır.

Moskal (2000), derecelendirme ölçeklerini belirli kategoriler altında gruplandırılmış özel davranışların gösterilme sıklığını tanımlamak ya da belirlemek için kullanılan araçlar olarak tanımlamış ve bu ölçeklerin çocukların sorun davranışlarını ölçmede hızlı, maliyetine göre etkin ve standart bir yaklaşım sağladığını belirtmektedir.

Çeşitli alanlardan uzmanlar gerek araştırmalarında gerekse uygulamalarında derecelendirme ölçeklerinin hızlı ve güvenilir sonuç vermesi nedeniyle bu araçları sıklıkla kullanmaktadırlar. Derecelendirme ölçekleri söz konusu olan özelliğin şiddetini belirlemenin yanı sıra ikinci bir değerlendirmeyi yaparken kullanıldığında değişen özelliklerin değerlendirilmesinde de kolaylıklar sağlamaktadır. Bu özelliği ile çocuğun mevcut durumunu geçmişe yönelik değerlendirmeye ilişkin bir veri görevi gördükleri düşünülmektedir.

Türkiye’ de DEHB’ ye Yönelik Kullanılan Değerlendirme Ölçekleri

Ülkemizde derecelendirme ölçeklerine sıklıkla başvurulmakla birlikte, DEHB olan çocukların değerlendirilmelerine yönelik ölçek sayısı oldukça sınırlıdır. Kullanılan ölçekler araştırıldığında,

1. DEHB Tanı Ölçeği – Okul Derecelendirme Ölçeği (Scales for Diagnosing Attention – Deficit / Hyperactivity Disorder) (Aksu ve Turan, 2005),
2. Turgay Yıkıcı Davranım Bozuklukları Tarama Ölçeği (Turgay, 1995),
3. Conners Öğretmen Değerlendirme Ölçeği (Conners’ Teacher Rating Scales) (Şener, Dereboy, Dereboy ve Sertcan, 1995),
4. Conners Aile Değerlendirme Ölçeği (Conners’ Parent Rating Scales) olmak üzere toplam dört ölçeğe rastlanmıştır (Şener, Dereboy, Dereboy ve Sertcan, 1995) .

DEHB – Tanı Ölçeği – Okul Derecelendirme Ölçeği (Aksu ve Turan, 2005) DEHB’nin öğretmen tarafından değerlendirilmesine olanak sağlayan bir ölçektir.

Turgay Yıkıcı Davranım Bozukluğu Tarama Ölçeği ise, DEHB ve KOKGB’ ye ilişkin ailelere sunulan bir ölçektir (Turgay, 1995).

Conners Aile ve Conners Öğretmen Değerlendirme Ölçekleri ise; DEHB’nun hem aile hem de öğretmenler tarafından değerlendirilmesini sağlayan ölçeklerdir (Şener, Dereboy, Dereboy ve Sertcan, 1995) .

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

Turgay’ ın (1995) yaptığı ölçek incelendiğinde, DEHB ve KOKGB maddelerinin DSM IV’ e dayalı olduğu gözlenmiştir. Ancak DEHB’ na sıklıkla

eşlik eden KOKGB dışında diğer tanıların (davranım bozukluğu, anksiyete bozukluğu, depresyon) değerlendirilmesine olanak sağlamamaktadır.

Conners Aile Değerlendirme Ölçeği ve bu çalışmada Türkçe uyarlaması planlanan ölçek benzer amaçlar taşımaktadırlar. Bununla birlikte Conners Değerlendirme Ölçeklerinin DSM – IV kriterlerinden farklı olduğu belirtilmektedir (Wolraich, 2003). Bu farklılıklar şu şekilde sıralanmıştır;

- Bu ölçekler tanı koyabilmek için spesifik DSM - IV kriterlerini içermemektedirler,
- Daha geniş tabanlıdırlar,
- Normlardan sapmalara dayalı kategorilerden elde edilmişlerdir.

Conners Aile Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe uyarlama çalışması incelendiğinde yüksek Cronbach alpha ve madde – toplam korelasyonları ölçeğin güvenilirliğinin yüksek olduğunu ortaya koymaktadır (Dereboy ve ark., 1995). Ancak alt ölçeklerden Öğrenme Sorunu Alt Ölçeği için yeterli güvenilirlik katsayısına ulaşamadığı belirtilmektedir (Dereboy, Şener ve Dereboy, 1997). Aksu ve Turan (2005) bu ölçekle ilgili olarak gözlenen faktörlerin orijinal alt-ölçeklerin madde içeriğiyle ne oranda uygunluk gösterdiği, alt-ölçeklerin ülkemiz koşullarına uyarlanması gerekip gerekmediği ve sosyo - demografik değişkenlerin değerlendirmeler üzerindeki etkisi konularının tekrar araştırılması gereğinden bahsetmektedirler. Ek olarak verilerin tüm orijinal alt-ölçekler üzerinde ülkemiz koşulları göz önüne alınarak kimi uyarlamalara gidilmesinin zorunlu olduğunu düşündüğünü açıklamaktadırlar (Aksu ve Turan, 2005).

VANDERBİLT DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU AİLE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Vanderbilt DEHB Aile Değerlendirme Ölçeği, Wolraich, Lambert ve Doffing (2003) tarafından 6 – 12 yaş arasındaki çocukların ailelerinin çocukları DEHB' na ve DEHB' na eşlik eden diğer bozukluklara yönelik değerlendirmelerini sağlamak amacı ile geliştirilmiştir. Ölçek ile ilgili çalışmalar, Oklohama Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Merkezi, Çocuk Sağlığı Merkezi ve Vanderbilt Üniversitesi, Ruhsal Sağlık Politikaları Merkezi'nde yürütülmüştür. Ölçeğe yönelik veri toplama aşaması toplam 4 yıl süren boylamsal çalışmanın 2 yılını kapsamıştır. Bu iki yıl süresince, ilköğretim 1 - 4 sınıflarına devam eden toplam 6171 çocuk için daha önce geliştirilmiş olan Vanderbilt DEHB Tanı

Öğretmen Değerlendirme Ölçeği doldurularak ölçekler incelenmeye alınmıştır. Öğretmenlerin tarama işlemleri tamamlandığında bu ölçeklerden DEHB tanı ve DEHB değerlendirme ölçeği kriterlerini karşılayan 1,536 çocuğa ulaşılmıştır. Karşılaşılan DEHB oranının (%23) oldukça yüksek olduğu düşünülmüştür (Wolraich, Lambert ve Doffing, 2003). Bu çocukların ailelerine ulaşıp görüşüldüğünde ölçek uygulanan çocukların bir kısmında bu belirtilerin sürekliliğinin olmadığı ve 7 yaşından önce bu tarz belirtiler göstermedikleri sonucuna ulaşılmıştır (Wolraich, Lambert ve Doffing, 2003). Sonuç olarak DEHB tanı kriterlerini karşılayan toplam 288 çocuğa ilişkin veri elde edilmiştir. Bu çocukların ailelerine çocuk ve ergen ruh sağlığı taranmasında kullanılan Bilgisayarlı Tanı Görüşme Programı (C-DISC-IV; National Institute of Mental Health, 1997) uygulanmıştır. 288 katılımcıdan 259' u ile tarama anketleri tamamlanabilmiştir.

Altı ay sonra aynı aileler "Vanderbilt DEHB Aile Değerlendirme Ölçeği" uygulanmak üzere davet edilmiştir. Ancak toplamda 243 aileye ulaşılmıştır. Bu uygulamadan sonra ölçeğin analiz çalışmaları yapılmıştır.

Wolraich, Lambert ve Doffing' in (2003) yaptığı geçerlik güvenirlik çalışmaları; iç tutarlık güvenirliği, madde analizi, faktör yapısı, eş zamanlı geçerlik, ek ölçekler için faktör yapısı ile geçerlik ve güvenirlik olmak üzere toplam beş başlık altında toplanmıştır.

VANDERBİLT DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE AİLE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ'NİN KULLANILDIĞI ÇALIŞMALAR

Alan yazında Vanderbilt Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Aile Değerlendirme Ölçeği'nin araştırmalarda sıklıkla kullanıldığı belirlenmiştir. Bu araştırmaların bazılarında ölçek DEHB yaygınlığını belirlemek amacı ile bazılarında DEHB ve eşlik eden bozuklukların varlığını belirlemek ve / ve ya bu bozukluklar arasındaki ilişkiyi bulmak amacı ile, bazılarında ise çalışma başında ve sonunda kullanılarak semptomlardaki değişimi gözlemek amacıyla kullanılmıştır. DEHB' na yönelik var olan ölçeklerin değerlendirilmesinin amaçlandığı bazı araştırmalarda ise ölçek, değerlendirmeye alınan araçlar arasında yer almıştır.

DEHB yaygınlığının belirlenmesi amacı ile yapılan çeşitli çalışmalar bulunmaktadır. Araştırmacılar bu çalışmalarda yaygın olarak değerlendirme ölçeklerden yararlanmaktadır.

Adewuya ve Famuyiwa (2006) Nijerya' daki 7 – 12 yaşları arasındaki 1112 çocukta DEHB' nu belirlemek amacı ile yaptıkları çalışmada Yoruba diline uyarlama çalışması yapılan Vanderbilt DEHB Aile Değerlendirme Ölçeği veri toplama aracı olarak kullanılmıştır. Bu çalışma sonucunda DEHB' nun yaygınlığı % 8.7, dikkatsizliğin baskın olduğu alt tipinin yaygınlığı; % 4.9 ve hiperaktivite / dürtüsellik baskın olduğu alt tipinin yaygınlığı ise % 1.2 olarak bulunmuştur. Araştırmacılar (Adewuya ve Famuyiwa, 2007) bu sonuçların diğer kültürlerde yapılan yaygınlık çalışmalarının bulgularını desteklediğini belirtmişlerdir.

DEHB' nun yaygınlığına ilişkin yapılan bir başka çalışmada Kaliforniya' da birincil sağlık hizmetlerine başvuran ailelerin çocuklarında DEHB' nu tarama amaçlı yaptıkları araştırmadır. Vanderbilt DEHB Aile Değerlendirme Ölçeği bu çalışmada veri toplama aracı olarak kullanılmıştır (Leslie, Weckerly, Plemmons, Landsverk ve Eastman, 2006). Üç yıl süren çalışmada kliniğe başvuran hastaların % 43' ünde DEHB' na rastlanmıştır.

Vanderbilt DEHB Aile Değerlendirme Ölçeği'nin yaygınlık çalışmalarının yanı sıra DEHB' na eşlik eden diğer bozuklukları ya da bu bozukluklar arasındaki ilişkiyi anlamaya yönelik yapılan çalışmalarda da kullanıldığı görülmektedir.

Malhi, Singhi ve Sidnu (2008) DEHB ve diğer eşlik eden bozukluklar için öğretmen ve ailelerin değerlendirmelerini karşılaştırmayı amaçladıkları çalışmalarına 119 çocuk katılmıştır. Bu çalışmada ailelere DEHB değerlendirme aracı; Vanderbilt DEHB Aile Değerlendirme Ölçeği verilmiştir. Çalışma sonucunda aileler ve öğretmenler arasında % 52 oranında fikir birliği olduğu ortaya çıkmıştır. Araştırmacılar bu oranın düşük olduğunu, bu nedenle tanı kararı vermede farklı bilgi sağlayıcılardan yararlanılması gerektiği vurgulamışlardır.

DEHB ve eşlik eden semptomların aralarındaki ilişkiyi açıklamak amacı ile yapılan bir çalışmada da Vanderbilt DEHB Aile Değerlendirme Ölçeği kullanılmıştır. Çalışmanın sonucunda anksiyete bozukluğu ve depresyon ile DEHB' nun dikkatsizlik alt tipi ve birleşik tipi arasında; davranım bozukluğu ile birleşik tip arasında; karşıt gelme bozukluğu ile davranım bozukluğu ve

anksiyete / depresyon arasında güçlü bir ilişki olduğu belirtilmiştir (Maria, Maurico ve Muenke, 2009).

William, Gregory ve Greta (2004) Kuzey Carolina' da 47 çocuk doktorunun katıldığı ve çeşitli ölçekler ve formların kullanıldığı çalışmada Vanderbilt DEHB Aile Değerlendirme Ölçeği de kullanılan ölçekler arasında yer almıştır. Bu çalışmada birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan çocuk doktorlarına başvuran hastalar arasında davranış problemi olan çocukların belirlenmesi amaçlanmıştır. Çalışmanın sonucunda görüşme yapılan çocukların % 15' inde davranışsal problemler olduğu ve bunlar arasında DEHB' nun en yaygın görülen bozukluk olarak birinci sırada yer aldığı belirtilmiştir.

Vanderbilt DEHB Aile Değerlendirme Ölçeği'nin çalışma başında ve sonunda kullanılarak ilk ve son durum değerlendirmesinin yapıldığı çalışmalarda da sıklıkla da kullanıldığı görülmektedir. Bu çalışmalardan biri, 37 DEHB olan çocuğa ve ailelerine yönelik planladıkları 8 haftalık organizasyon becerileri müdahale programının etkililiği ölçülen çalışmadır (Langberg, Brinkman ve Jeffery, 2010). Bu çalışmanın başında, DEHB tanısı alan çocukların annelerinden Çocuklarını bir de Vanderbilt DEHB Aile Değerlendirme Ölçeği ile değerlendirmeleri istenmiştir. Ölçek puanlamasında DEHB ölçütü karşılayan çocuklar çalışmaya katılmışlardır. Çalışma sonucunda yapılan müdahalenin etkili olduğu ve bu tarz çalışmaların daha çok yapılması gerektiği vurgulanmıştır.

Jeffery ve arkadaşlarının (2010) 7 – 11 yaşları arasında DEHB olan 785 çocuğa 1 yıl boyunca, üçer aylık dönemlerde kontrol edilerek birincil sağlık merkezlerinde çalışan doktorların önerdikleri ilaç tedavisinin etkililiğini ölçme amacıyla yaptıkları çalışmada Vanderbilt DEHB Aile Değerlendirme Ölçeği çalışmanın başında ve sonunda kullanılarak DEHB semptomlarındaki değişimin izlenmesi planlanmıştır. Araştırmanın sonucu incelendiğinde bu çocukların DEHB semptomlarında iyileşmeler olduğu açıklanmıştır.

Bu çalışmalara ek olarak bazı araştırmalarda DEHB' nu ölçen çeşitli ölçekler incelenmiştir. Vanderbilt DEHB Aile Değerlendirme Ölçeği' nin bu çalışmalarda incelenen ve kullanımı önerilen ölçekler arasında yer aldığı görülmüştür.

Collett, Ohan ve Myers (2003) yaptıkları araştırmada DEHB' yi ölçen çeşitli ölçekler seçilerek bu ölçeklerin psikometrik özellikleri karşılaştırılmıştır.

Vanderbilt DEHB Aile Değerlendirme Ölçeği karşılaştırmaya alınan ölçekler arasındadır. Araştırmanın sonucunda bazı ölçeklerin güçlü psikometrik özelliklere ve normatif veriye sahip oldukları belirtilmiştir (Collett, Ohan ve Myers, 2003). Vanderbilt Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Tanı Aile Değerlendirme Ölçeği'nin de bu gruptaki ölçekler arasında olduğu görülmektedir.

Jessica, Kettle ve Roper (2006) yaptıkları bir başka çalışmada da ruhsal sağlık problemlerinin sağlık merkezlerine gelmeden okullarda taranabilmesi amacıyla kullanılabilir değerlendirme araçları araştırılmıştır. Bu değerlendirme araçlarının geçerlik güvenirlik çalışmalarını ve diğer özelliklerini inceleyerek kullanılması yararlı olabilecek ölçekleri belirlemişlerdir. Çalışmanın sonunda Vanderbilt DEHB Aile Değerlendirme Ölçeği öğretmenlerin ailelere sunabilecekleri ölçekler arasında yer almıştır.

Madaan ve arkadaşlarının (2008) yaptıkları çalışmada da DEHB' na yönelik kullanılan ölçek ve anketler incelenmiştir. Vanderbilt DEHB Aile Değerlendirme Ölçeği de incelen ölçeklerdendir. Araştırmacılar (2008) sadece aile değerlendirme ölçekleri ile DEHB tanısı koyulamayacağını, bu tarz araçların tanı koymada yönlendirici ve kolaylaştırıcı etkenler olduğunu ifade etmişlerdir.

Bu bölümde sunulduğu gibi Vanderbilt DEHB Aile Değerlendirme Ölçeği farklı çalışmalarda çeşitli amaçlar ile kullanılmıştır.

PROBLEM

Çocukluk çağı bozukluğu olarak bilinen DEHB gelişimsel bir nitelik taşımakta, çocukluk ve ergenlik döneminden sonra yetişkinlikte de devam edebilmektedir (Barkley, Fischer, Edelbrock ve Samllish, 1990; Erdoğan- Bakar, Soysal, Kiriş, Şahin ve Karakaş, 2005; Öncü, 2008; Soykan-Aysev ve Erdoğan-Bakar, 2008). Bu haliyle düşünüldüğünde DEHB' na yönelik değerlendirme ve müdahale çalışmaları daha fazla önem kazanmaktadır. DEHB' nun değerlendirilmesinde kullanılan çeşitli yöntemlerden biri de geçerliliği ve güvenilirliği test edilmiş araçlardan yararlanmaktır. Bununla birlikte DEHB değerlendirmesinde DEHB' na eşlik edebilecek diğer bozuklukların (karşıt gelme / olma ve davranım bozukluğu, depresyon – anksiyete bozukluğu) birlikte değerlendirilmesi önem taşımaktadır. Ülkemiz için ailelerin değerlendirmelerine olanak sağlayan DEHB' na yönelik araçlar incelendiğinde sınırlı sayıda araca rastlanmaktadır. Hem sınırlı sayıda araca rastlanması hem de var olan araçların DEHB ile sıkça birlikte görülen bozukluk gruplarının tamamının değerlendirilmesine olanak sağlamamasının ülkemiz için bir sınırlılık yarattığı düşünülmektedir.

Bu nedenle yapılan bu araştırmanın yararlı olacağı kanaatine varılmıştır.

Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın genel amacı, Wolraich, Lambert ve Doffing (2003) tarafından geliştirilen Vanderbilt DEHB Tanı Aile Değerlendirme Ölçeği'nin (Vanderbilt ADHD Diagnostic Parent Rating Scale) Türkçe uyarlama çalışmasını yapmaktır.

Araştırmanın amacı doğrultusunda aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır;

1. Vanderbilt DEHB Tanı Aile Değerlendirme Ölçeği Türkçe uyarlaması geçerli ve güvenilir bir ölçek midir?
2. Vanderbilt DEHB Tanı Aile Değerlendirme Ölçeği Türkçe uyarlamasının çocukların farklı yaş ve cinsiyet grupları üzerinde tanımlayıcı özellikleri var mıdır?

Araştırmanın Önemi

Çocuklarda var olabilecek herhangi bir problem durumun olabildiğince erken fark edilmesi ilgili problemin çözüme ulaşmasında oldukça önemlidir.

Erken değerlendirmelerin erken müdahale planının hazırlanmasına temel oluşturduğu bilinmektedir.

Aileler sıklıkla çocuklarının aşırı hareketlilik ve dikkatsizlik davranışları sebebiyle hastanelerin ocuk ve ergen ruh sağlığı bölümlerine müracaat etmektedirler. Bu görüşmelerde karşılaşılan durumlara yönelik uygun kararın verilmesinde çoklu değerlendirmeler yapılmaktadır. Bu değerlendirmelerin önemli bir basamağını da geçerliği ve güvenirliği test edilmiş araçlar sağlamaktadır. Bu leklerin kullanımı var olan durumun özelliklerinin değerlendirilmesine imkan vermektedir. Kullanılan ölçeklerden bir kısmı tarama niteliğinde daha kısa olurken, bazı ölçekler var olan problemin olabilecek tüm özelliklerini incelenmesini sağlamak amacı ile daha uzun olabilmektedir. Bu tarz ölçekler problem durumun ayrıntılı incelenmesine olanak sağlamaktadır.

Ülkemizde DEHB tanısına karar verilirken DSM - IV tanı kriterleri, ailelerin ifadeleri, çocuğun klinik gözleminden edinilen bilgiler ve bazı ölçeklerden yararlanılmaktadır. Ancak var olan ölçekler daha önceki bölümlerde bahsedildiği üzere yetersiz kalabilmektedir. DEHB' nu tüm boyutları ve eşlik eden durumları (karşıt olma gelme bozukluğu, davranım bozukluğu, anksiyete bozukluğu ve depresyon) DSM – IV tanı kriterlerine uygun şekilde ve ayrıca performans bölümü ile çocuğun akademik başarisının da değerlendirilmesini sağlayan Vanderbilt Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanı Aile Değerlendirme leği' nin bu özellikleri ile ülkemizde kullanılmasının oldukça yararlı olacağı düşünülmektedir.

Ölçeğin kullanımının çeşitli alanlardan (tıp, eğitim, akademik) alışanlara kolaylıklar sağlayacağı düşünülmektedir. ocukla ilgili aileden öykü alınması en belirleyici özelliklerdendir. Aileden alınan öyküye ek olarak geçerliği ve güvenirliği test edilmiş bir araçtan yararlanılması problem durumun özelliklerinin daha iyi değerlendirilmesini sağlamaktadır. Bu anlamda ölçek tıp alanından bir uzman tarafından kullanıldığında uzmanın tanısal kararına kolaylıklar sağlayacaktır. Uzman lek ile hem DEHB' na ilişkin özelliklerin var olup olmadığını, hem de DEHB' na eşlik eden diğer durumların varlığını değerlendirme imkanı bulacaktır. Ayrıca tüm bu belirtilerin çocuğun okul performansı üzerinde ki etkilerinin değerlendirebileceği ayrı bir bölümün olması müdahale planındaki uygulamanın özelliklerini etkileyecektir. Bununla birlikte okul ortamında bir öğretmenin öğrencisinde fark ettiği problem durumlar

karşısında benzer problemlerin ev ortamında olup olmadığını araştırmak üzere ailelere verebileceği bu ölçek ile üzerinde durduğu problem durumu daha iyi değerlendirmesi sağlanabilecektir. Böyle bir ortamda kullanılması ile var olan problemin erken fark edilmesine ve müdahalesine olanak sağlayacaktır. Elindeki kayıtlı bu bilgi ile ilgili uzmanlara başvuran aileler müdahalenin hazırlanmasında daha hızlı yol alabileceklerdir. Ayrıca konu ile ilgili araştırma yapacak akademisyenlerin ve ya öğrencilerin araştırmalarında kimi zaman geçerliği güvenilirliği sağlanmış araçlara ihtiyaç duydukları bilinmektedir. Uyarlaması yapılan bu ölçeğin çalışmalarda veri toplama aracı olarak da kullanılabileceği düşünülmektedir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma Gaziantep, Mersin, Kayseri, İstanbul illerinde bulunan devlet ve araştırma hastanelerinin çocuk ve ergen ruh sağlığı bölümlerine başvuran çocukları DEHB tanısı almış ailelerle sınırlandırılmıştır.

Araştırmaya katılan çocuklar 7 – 9 yaş aralığında sınırlandırılmıştır.

Araştırma 343 katılımcı ile sınırlıdır.

BÖLÜM II

YÖNTEM

Vanderbilt Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Aile Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlama, geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının amaçladığı çalışmanın bu bölümünde sırasıyla araştırmanın modeli, çalışma grubu ve veri toplama araçlarına ilişkin bilgiler yer almaktadır.

Araştırma Modeli

Bu araştırma Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı almış çocukların aileleri tarafından değerlendirilmelerini sağlayan Vanderbilt Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Aile Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe uyarlama çalışmasıdır.

Çalışma Grubu

Araştırmanın çalışma grubu Gaziantep ilinde bulunan Gaziantep Av. Cengiz Gökçek Devlet Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Bölümü'ne, Mersin ilinde bulunan Mersin Devlet Hastanesi Çocuk Gelişimi Birimi'ne, Kayseri ilinde bulunan Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Gelişimi Birimi' ne ve İstanbul ilinde bulunan Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Bölümü'ne, başvuran, çocukları dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı almış ilköğretim birinci, ikinci ve üçüncü sınıf öğrencisi olan 343 anneden oluşmaktadır. Tablo 1' de görüldüğü gibi 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 tanısı olan anne katılmıştır.

Çalışma grubunda yer alan ailelerin çocuklarında aranan özellikler:

- Daha önce bir çocuk ve ergen ruh sağlığı uzmanından Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanısı almış olması,
- Ek tanı almamış olmasıdır (zihinsel ve fiziksel yetersizlikten etkilenmiş olma, otizm, epilepsi v.b.).

Tablo 1: Çalışma Grubundaki Annelerin İllere Göre Dağılımı

İller	n	%
Gaziantep	82	23.96
Mersin	74	21.57
Kayseri	62	18.07
İstanbul	125	36.44
Toplam	343	100

Tablo 2' de çalışmaya katılan annelerin çocuklarının cinsiyete ve yaşa göre dağılımı yer almaktadır. DEHB tanısı almış çocukların cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde 132' sinin (% 38,5) kız ve 211' in (% 61,5) erkek çocuk görülmektedir. DEHB olan 7 – 9 yaş arasındaki çocukların yaşa göre dağılımı incelendiğinde 7 yaşında 82 (% 23,9), 8 yaşında 141 (%41,1) ve 9 yaşında 120 (% 35,0) çocuk olduğu görülmektedir (Tablo 2).

Tablo 2: Çocukların Cinsiyet ve Yaşa Göre Dağılımı

	n	%
Cinsiyet		
Kız	132	38,5
Erkek	211	61,5
Toplam	343	100,0
Yaş		
7 Yaşında	82	23,9
8 Yaşında	141	41,1
9 Yaşında	120	35,0
Toplam	343	100,0

Çalışma grubundaki annelerin eğitim düzeylerine göre dağılımın incelendiğinde ilköğretim mezunu olan 102 (% 29,7) , ortaöğretim (lise) mezunu olan 148 (% 43,1) ve üniversite mezunu olan 93 (27,1) anne bulunduğu görülmektedir (Tablo 3).

Tablo 3: Annelerin Eğitim Düzeylerine Göre Dağılımı

	n	%
İlköğretim	102	29,7
Ortaöğretim (Lise)	148	43,1
Üniversite	93	27,1
Toplam	343	100,0

Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada anne ve çocukların demografik bilgilerinin kaydedildiği bir bilgi formu ile Türkçe çevirisi yapılan Vanderbilt Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Aile Değerlendirme Ölçeği kullanılmıştır.

Bilgi Formu

Çalışmada anneler ile çocuklarının demografik bilgilerini içeren bilgi formu araştırmacı tarafından geliştirilmiştir (Ek - 1).

Bilgi formunda çocuğun yaşı, cinsiyeti, devam ettiği sınıf, tanı alma yaşı ve bu tanının kim tarafından nerede konulduğu, ek tanısının olup olmadığı, tanıyla ilgili bir ilaç kullanıp kullanmadığı, destek eğitim alıp almadığı ve alıyorsa ne kadar süredir aldığına ilişkin sorular yer almıştır.

Ölçek anne ya da babalar tarafından doldurulabileceği için bilgi formunda hem anne hem de babaya ilişkin demografik bilgiler yer almıştır. Formu dolduran (anne / baba) kişinin yaşı, öğrenim düzeyi ve mesleği gibi değişkenlere ilişkin bilgiler bu formda kaydedilmiştir. Ayrıca ailedeki diğer çocuklara ilişkin bilgi alma amacıyla çocuk sayısı, bu çocukta / çocuklarda aynı tanı olup olmadığı, farklı bir tanı olup olmadığı, destek eğitim alıp almadığı ve alıyorsa ne kadar süredir aldığını öğrenmeyi amaçlayan sorular da formda yer almıştır.

Çalışmaya katılmayı kabul eden ailelere araştırmacı tarafından uygulama yapılan hastanelerin çocuk gelişimi biriminde formun nasıl doldurulacağına ilişkin bilgi verilmiştir. Aileler formu doldururken ailenin yanında yer alınmış ve yardıma ihtiyaç duydukları durumlarda gerekli açıklamalar yapılmıştır.

Vanderbilt Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Aile Değerlendirme Ölçeği

Vanderbilt Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Aile Değerlendirme Ölçeği okul dönemi çocuklarına Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanısı koymak için ailelerin çocukları hakkında değerlendirme yapmalarını sağlamak amacıyla geliştirilmiştir (Wolraich, Lambert ve Doffing, 2003).

Vanderbilt Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Aile Değerlendirme Ölçeği' nin güvenilirlik ve geçerlik çalışmaları beş başlık altında toplanmaktadır.

İç Tutarlık Güvenirliği

Ölçeğin iç tutarlılık için Cronbach alfa katsayısı ölçeğin dikkatsizlik boyutu için 0.94, hiperaktivite ve dürtüsellik boyutu için 0.95 bulunmuştur. Cronbach alfa katsayısı 0 ile 1 arasında bir dağılım göstermektedir. Genel olarak ölçüt değerleri 0.40 -0.60 arası değerlerde ise ölçek düşük güvenilirlikte, 0.60-0.80 arası değerlerde ise ölçek oldukça güvenilir, 0.80 den büyük değerlerde ise ölçek yüksek derecede güvenilir olarak kabul edilmektedir (Baydur ve Eser, 2006). Buradan yola çıkarak hedef ölçekte iç tutarlılık için Cronbach alfa katsayısı 0.94 olduğundan yüksek derecede güvenilir olduğu söylenebilmektedir.

Madde analizi

Bu aşamada bazı maddelerin güvenilir olup olmadığını kanıtlamak amacı ile madde korelasyonları analiz edilmiştir. Madde analizine bakıldığında parça - bütün korelasyon kullanıldığı görülmektedir. Parça - bütün korelasyon; verilen maddenin korelasyonu ile diğer bütün maddelerin toplam korelasyonudur (Wolraich, Lambert ve Doffing 2003). Bilgisayarlı tanı görüşme programı olan C-DISC – IV, Vanderbilt DEHB Aile ve Öğretmen Değerlendirme Ölçeği karşılaştırıldığında aile değerlendirme ölçeğinin diğer iki ölçeğe oranla daha iyi parça – bütün korelasyonuna sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Buna ek olarak diğer DEHB semptomları ile en iyi ve en kötü korelasyon gösteren maddeler sıralandığında en iyi korelasyonu (0.80) “.... koşturur, tırmanır / dikkati kolayca dağılır” maddeleri, en kötü korelasyonu (0.55) “... aşırı konuşur / ... beklemeden cevap verir” maddelerinin aldığı açıklanmıştır.

Faktör Yapısı

Ölçeğin DEHB ölçeğinin faktör analizi doğrulayıcı faktör analizi tekniği ile yapılmıştır. Faktör analizi sonuçlarına bakıldığında ölçeğin dikkatsizlik, hiperaktivite, karşıt gelme / olma ve davranım bozukluğu ile depresyon ve anksiyete bozukluğu olmak üzere toplam dört faktörlü bir ölçek olduğu görülmektedir. Ölçeğin faktörlerini oluşturan maddeler incelendiğinde madde yüklerinin 0.55 ile 0.83 arasında değiştii görülmektedir.

Eşzamanlı geçerlik

Eşzamanlı geçerlik için ölçek ile C-DISC-4 arasındaki korelasyonun 0.79 olduğu görülmektedir.

Ek Ölçekler İçin; Faktör Yapıları, Geçerlik ve Güvenirlikleri

Ölçek örnekleminin % 8' inde anksiyete bozukluğu ve depresyon eş tanıları, % 23'ünde KOKGB ve DB eş tanıları görülmüştür.

KOKGB ve DB eş tanıları için Cronbach alfa katsayısı; 0.91, anksiyete ve depresyon için ise 0.79 bulunmuştur.

Tüm bu çalışmaların sonucu olarak Vanderbilt Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Aile Değerlendirme Ölçeği' nin DSM – IV kriterleri ile tutarlı ve DEHB için kabul edilebilir bir ölçüm aracı olduğu yorumu yapılmaktadır (Wolraich ve ark., 2003). Buna ek olarak kolay tamamlanabilir olduğu, DSM IV kriterlerine uygun şekilde kolay puanlandırılabilirdiği, performans değerlendirmesine olanak verdiği ve eşlik edebilecek tanılarının değerlendirilmesini sağladığı açıklanmaktadır (Wolraich, Lambert ve Doffing 2003).

Vanderbilt Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Anne Baba Değerlendirme Ölçeği' nde yer alan 18 madde DSM IV DEHB tanı kriterlerinde yer alan özellikleri içermektedir (Wolraich, Lambert ve Doffing, 2003). Ölçekte bu maddelere ek olarak karşıt 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. Eğer bir davranış hiç gözlenmiyorsa asla (0), bazen gözleniyorsa; ara sıra (1), sıklıkla gözleniyorsa; sık sık (2), sürekli şekilde gözleniyorsa; çok sık (3) seçeneği işaretlenmektedir.

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. Eğer buradaki sorulara çok iyi cevabı verilmesi uygun ise; mükemmel (1), çok iyi değil ancak ortalamaya göre iyi cevabı uygun ise ortalamanın üstünde (2), sınıf içerisinde ve ya akranları arasında ki performansı ortalarda yer alıyorsa ortalama (3), sorulan soru ile ilgili alanda bazen problemler yaşanıyorsa biraz problemlili (4) ve son olarak ilgili soruya ilişkin cevap bu alanda problemlili olmasını belirtmek ise problemlili (5) işaretlenmektedir.

Ailelerden her bir maddeyi okuyup çocukları için uygun gördükleri puanları işaretlemeleri istenmektedir. Ailelerin cevaplarına göre dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun, dikkat eksikliğinin baskın olduğu alt tipi için, 1 – 9 arasındaki sorulardan en az altı tanesini 2 – 3 ve performans bölümünde ki maddelerden herhangi birini 4 – 5 ile puanlandırmış olmaları gerekmektedir.

Hiperaktivite / dürtüselliliğin baskın olduğu alt tipi için 10 – 18 arasındaki sorulardan en az altı tanesini 2 – 3 ve performans bölümünde herhangi bir maddenin 4 – 5 ile puanlandırılmış olmaları gerekmektedir.

Her iki tipi içeren birleşik tip için ailelerin 1 – 9 arasındaki sorulardan en az altısı ve 10 – 18 arasındaki sorulardan en az altısı olmak üzere toplam 12 maddede 2 – 3'ü işaretlemeleri ve performans bölümünde yer alan maddelerden her hangi birini 4 – 5 olarak işaretlemiş olmaları gerekmektedir.

Karşıt olma – karşıt gelme bozukluğu (oppositional defiant disorder) için 19 – 26 arasında yer alan 8 maddenin 4'ünün 2 – 3 ile puanlandırılmış olması gerekmektedir.

Davranım bozukluğu (conduct disorder) için 27 – 38 arasındaki 12 maddeden 3'ünün 2 – 3 ile kaygı bozukluğu ve depresyon için 39 – 45 arasındaki 7 maddeden 3'ünün 2 – 3 olarak puanlandırılmış olması gerekmektedir.

Ölçeğin Uygulanması

Ölçeğin giriş kısmında her bir değerlendirmenin çocuğun yaşına uygun bağlamda ve son 6 ay içindeki davranışlarını yansıtacak şekilde düşünülmesi gerektiğine ilişkin bir bilgi yer almaktadır. Ölçeğin giriş kısmında belirtilen bu açıklama ailelere ölçek sunulurken bir kez daha açıklanmıştır. Buna ek olarak ölçekte yer alan maddeler ve derecelenmeler ölçek üzerinde anlatılarak ölçeğin tanıtımı yapılmıştır.

Aileler ölçeği doldururken ailelerin yanlarında yer alınarak anlamakta zorlandıkları maddeleri sormalarına olanak sağlanmıştır. Genel olarak ailelerin maddelere ilişkin bireysel görüş bildirdikleri, bunun yanı sıra bazı ailelerin hangi maddede hangi puanlamayı işaretlemenin doğru olacağına karar veremediklerine rastlanmıştır. Böyle bir durumla karşılaşıldığında çocuğun son altı ay içindeki davranışlarını düşünerek, uygun olacak dereceleme yapmaları gerektiği yönergesi verilip, başka herhangi bir yönlendirme yapılmadan ailenin karar verip uygun gördüğü işaretlemeyi yapması sağlanmıştır.

Ölçeğin Türkçe' ye Uyarlanması

Çeviri Çalışması

Bu araştırmada ölçek çevirilerinde yaygın olarak kullanılan geleneksel yaklaşımdan yararlanılmıştır. Bu yaklaşım üç aşamada gerçekleşmektedir: a) ölçeğin orijinal dilinden hedef kitlenin diline çevrilmesi, b) çevrilen ölçeğin tekrar orijinal dile çevrilmesi, c) iki çeviri arasındaki eşitliğin her iki dili de konuşan örneklem üzerinde denenmesi ve sınanmasıdır (Hançer, 2003).

a) Ölçeğin orijinal dilinden hedef kitlenin diline çevrilmesi:

Araştırmada Türkçe uyarlaması ve geçerlik – güvenirlik çalışması hedeflenen Vanderbilt Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Anne Baba Değerlendirme Ölçeği alandan her iki dile hakim olan 5 kişi tarafından ayrı ayrı Türkçe' ye çevrilmiştir. Bu kişilerden ikisi özel eğitim alanında akademisyen, ikisi çocuk gelişimci – özel eğitim anabilim dalı yüksek lisans öğrencisi ve biri çocuk ve ergen ruh sağlığı uzmanıdır. Kişilerin çevirileri ortak bir tabloda bir araya getirilerek incelenmiştir. Ölçekte yer alan açıklamalar ve maddeler tek tek tartışılarak her bir madde için karar verilen Türkçe çevirisi oluşturulmuştur. Fikir birliği olan maddelerin aynı şekilde bırakılıp forma aktarılması planlanmıştır. Fikir birliğinin olmadığı maddeler işaretlenerek araştırmacı tarafından herkes tarafından aynı şekilde anlaşılabilmesi göz önünde bulundurularak düzenlenmiştir. Bu düzenlemeler kontrol edildikten sonra tüm maddeler ölçek düzeninde bir araya getirilerek Türkçe form oluşturulmuştur.

b) Çevrilen ölçeğin tekrar orijinal dile çevrilmesi:

Türkçe formu düzenlenen ölçek iki dili iyi derecede bilen konu ile ilgili uzmanlığı olmayan bir kişi tarafından ölçeğin orijinal dili olan İngilizce' ye

çevrilmiştir. Bu çeviri ile ölçeğin orijinal formundaki maddeler tek tek karşılaştırılarak benzerliği, aynı anlamı yansıtıp yansıtmadığı incelenmiştir. Bu inceleme sonucunda bire bir uyuşan maddeler ile birlikte aynı anlamı yansıtan cümleler olduğu kanısına varılmıştır. Daha sonra bu çevirinin kullanılacağı bir sonraki aşamaya geçilmiştir.

c) İki çeviri arasındaki eşitliğin her iki dili de konuşan örneklem üzerinde denenmesi ve sınanması:

Çalışmada geleneksel yöntemin tüm aşamalarının yerine getirilmesi planlansa da son aşaması olan “iki çeviri arasındaki eşitliğin her iki dili de konuşan örneklem üzerinde denenmesi ve sınanması ” işlemi pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısının hesaplanması için yeterli sayıya ulaşamadığından bu aşama yerine getirilememiştir. Bunun yerine uzman görüşlerinden yararlanılmıştır. Tarafılığı ortadan kaldırmak amacı ile buraya kadar olan bölümde çalışan uzmanlar dışında iki ayrı uzmanın görüşüne başvurulmuştur. Bu iki uzmandan biri alandan her iki dile hakim bir uzmandan, bir diğeri yine her iki dile hakim ancak alan dışından bir uzmandır.

Bu aşamayı yürütecek ilgili kişiler ölçeğin orijinal formu ile mevcut olan İngilizce’ ye çevrilmiş formu karşılaştırmayı planlamışlardır. Buna ek olarak sonradan İngilizce’ ye çevrilen formu Türkçe’ ye çevirerek, ilk oluşturulan Türkçe form ve ek olarak ikinci Türkçe form elde edilmiştir. Sonuç olarak toplamda iki ayrı İngilizce form ve iki ayrı Türkçe form elde edilmiştir. Tüm maddeler her bir form üzerinde;

- a) anlaşılabilirlik,
- b) anlam kaybı olup olmadığı ve
- c) anlam farklılaşması olup olmadığı yönünden incelenmiştir.

Bu işlemler sonucunda her bir maddenin son haline karar verilerek ölçeğin Türkçe formu oluşturulmuş ve uygulanmasına karar verilmiştir.

Verilerin Analizi

Ailelerden toplanan verilerin geçerlik ve güvenilirlik analizleri SPSS 15 paket programı kullanılarak incelenmiştir. Bu doğrultuda ölçeğin yapı geçerliğini incelemek için açımlayıcı faktör analizi yapılmıştır. Güvenirlik analizi için iç tutarlık Cronbach alfa güvenirlik katsayısı hesaplanmıştır. Analizler ve

analizlere ilişkin bulgular çalışmanın üçüncü bölümü olan bulgular kısmında ayrıntılı bir biçimde sunulmaktadır.

BÖLÜM III

BULGULAR

Çalışmanın bu bölümünde Vanderbilt Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Anne Baba Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlama, geçerlik ve güvenirlik bulgularına ilişkin bilgiler yer almaktadır.

Vanderbilt Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu Anne Baba Değerlendirme Ölçeği 'nin Geçerliliğine İlişkin Bulgular

1. İçerik - Kapsam Geçerliliği

İçerik – kapsam geçerliliği, test içindeki soruların testin neyi ölçmeyi amaçladığını, konuları ve bu kapsamın davranışsal olarak hedeflerini dengeli şekilde ifade derecesi olarak ifade edilmektedir (Özgüven, 2008). Kapsam geçerliliğine ilişkin çalışmaların ölçme aracının henüz hazırlanma, tanımlanma, çerçevesinin çizilme ve örnekleme aşamasıyla ilgili olduğu belirtilmektedir (Erkuş, 2006). Bu nedenle bu çalışmada kullanılan ölçeğin içerik – kapsam geçerliliğine ilişkin analiz süreci ölçek geliştirilirken yapılmıştır. Bu analiz sürecine ilişkin sonuçlar ölçeğin tanıtıldığı bölümde yer verilmiştir.

Yabancı dilden Türkçe'ye uyarlanan ölçekler için kullanılan yapı, kavram ve dil eşitliğinin sağlanması yöntemi bu çalışmanın ilk basamağı olarak uygulanmıştır. Yine ilgili çalışma ölçeğin çeviri işleminin anlatıldığı bölümde ayrıntılı olarak anlatılmıştır.

Yapı Geçerliliği

Yapı geçerliliği, bir testin ve ondan elde edilen puanın, gerçekten ne anlama geldiğini araştırma süreci olarak tanımlanmaktadır (Özgüven, 1999). Bu süreç, testin ölçtüğü faktörleri incelemek veya geçerliliği araştırılan testin diğer test ve ölçütlerle olan ilişkisini araştırarak yapılmaktadır.

Ölçeğin yapı geçerliliğine Açımlayıcı Faktör Analizi, faktörleşme tekniği ise Temel Bileşenler Analizi ile incelenmiştir.

Veri Setinin Faktör Analizine Uygunluğunun Değerlendirilmesi

Veri Setinin Büyüklüğü

Bu çalışmada Açımlayıcı Faktör Analizi' ne başlamadan önce hedef ölçeğin faktör analizine uygunluğunu sağlamak amacı ile önce veri sayısı gözden geçirilmiştir. Alan yazında faktör analizine ilişkin katılımcı sayısı ile çeşitli öneriler bulunmaktadır. Howitt ve Cramer (1997) faktör analizi için 100 katılımcının yeterli olduğunu belirtmektedirler. Field (1996) ölçekte bulunan her bir madde için 5 katılımcı gerektiğini vurgulamaktadır. Şencan (2005) alan yazında örneklem büyüklüğü için farklı önerilerin yer aldığını, bu önerilerden birinin her bir madde için 5 katılımcı ya da en az 100 veri toplanması şeklinde olduğunu belirtmektedir.

Bu çalışmada toplam 343 veri bulunmaktadır. Hem en az 100 veri olması gerektiği kuralını hem de her bir madde için 5 katılımcı kuralını ($45 \times 5 = 225$) karşılamaktadır.

Açımlayıcı Faktör Analizi yapmadan önce ölçeğin faktör yapılarının incelenmesi için korelasyon matrisinin faktör analizi için uygun olup olmadığına bakılmıştır. Ayrıca Barlett Testi ve Kaiser – Meyer – Olkin katsayısı ile verilerin uygunluğu incelenmiştir. İzleyen bölümde bu işlemlerin sonuçları yer almaktadır.

Analizde Kullanılan Tüm Değişkenler İçin Korelasyon Matrisinin Oluşturulması

Veri setinin faktör analizi için uygun olup olmadığının tespiti için yapılması gereken işlemlerden biri de değişkenler arasındaki korelasyon katsayılarının incelenmesidir. Değişkenler arası korelasyon katsayılarının yüksek olması, değişkenlerin ortak faktörlerin değişik biçimlerdeki ölçümleri olduğunu göstermektedir. Kalaycı (2010) değişkenler arasında korelasyon katsayıları .30' un üstündeyse, bu değişkenlerin yüksek olasılıkla faktörler oluşturabileceklerini, ancak değişken sayısının çok olması durumunda korelasyon matrisinin yorumlanmasının güç olduğunu belirtmektedir.

Çalışmaya ilişkin korelasyon matrisi incelendiğinde bir çok maddenin faktör yükünün .30' un üzerinde olduğu görülmektedir.

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

Barlett Testi; korelasyon matrisinde değişkenlerin en azından bir kısmı arasında yüksek oranlı korelasyonlar olduğu olasılığını test etmektedir. Faktör analizine devam edebilmek için “Korelasyon matrisi birim matristir.” sıfır hipotezinin reddedilmesi gerekmektedir (Kalaycı, 2010). Eğer sıfır hipotezi reddedilirse, korelasyonlar arasında yüksek korelasyon olduğu yani veri setinin faktör analizi için uygun olduğu söylenebilmektedir.

Kaiser – Meyer – Olkin (KMO) Örneklem Yeterliği Ölçütü ise, gözlenen korelasyon katsayıları büyüklüğü ile kısmi korelasyon sayılarının büyüklüğünü karşılaştıran bir indeks olarak tanımlanmaktadır (Kalaycı, 2010). Bir çalışmada faktör analizine devam edebilmek için KMO oranının 0.50 ' in üstünde olması gerekmektedir. Kalaycı' ya (2010) göre; KMO değerleri şu şekilde yorumlanmaktadır: 0.50' in altı kabul edilemez, 0.50 zayıf, 0.60 orta, 0.70 iyi, 0.80 çok iyi, 0.90 ise mükemmeldir.

Tablo 4' te bu çalışmaya ilişkin KMO ve Barlett Testi sonuçları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde KMO değerinin ,918, Barlett testi sonuçlarının da anlamlı olduğu görülmektedir (Ki-kare = 10571,045, df= 990 ve $p = ,000$, $p < .05$). Verilerin faktör analizinde değerlendirilebilmesi için madde yüklerinin en az .30, KMO değerinin .60 ve Barlett testinin .05' ten küçük olması yani anlamlı olması gerekmektedir. Bu sonuçlar verilerin faktör analizi yapmak için uygun olduğunu göstermektedir.

Tablo 4: 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

Daha öncede belirtildiği üzere ölçeğin yapı geçerliliğini ve faktör yapısını belirlemek amacı ile Açımlayıcı Faktör Analizi, faktörleşme tekniği için ise; Temel Bileşenler Analizi tekniği kullanılmıştır.

Tablo 5 incelendiğinde maddelere ilişkin ortak varyansın ,141 ile ,764 arasında değiştiği gözlenmektedir. Ölçeğin 37.maddesi olan “geceyi dışarıda geçirme” maddesi her hangi bir yük almamıştır. Bu madde dışında çıkarım sütununa bakıldığında yük değerleri diğerlerine göre düşük olan maddelerin sonraki aşama olan döndürülmüş bileşenler matrisinde kabul edilebilir yük değerine ulaştığı Tablo 7’ de görülecektir.

Tablo 5: Ortak Varyans (Communalities) Analiz Sonuçları

	Başlangıç (Initial)	Çıkarım (Extraction)
Dikkatsizlikten Hata	1,000	,599
Dikkat Güçlüğü	1,000	,596
Dinlemiyormuş Görünme	1,000	,324
Yönerge İzlememe	1,000	,655
Organize Güçlüğü	1,000	,569
İ. Başlamadan Kaçınma	1,000	,268
Eşya Kaybetme	1,000	,419
Gürültüden Dağılma	1,000	,324
Unutkan Olma	1,000	,394
Kıvrır Kıvrır Olma	1,000	,729
Yerinden Kalkma	1,000	,732
Koşturma Tırmanma	1,000	,691
Sessiz Oyunda Güçlük	1,000	,701
Sürekli Hareket	1,000	,735
Çok konuşma	1,000	,629
S. Bitmeden Cevap	1,000	,751
Sıra B. Güçlük	1,000	,766
Başkalarını Rahatsız E.	1,000	,654
Yetişkinle Tartışma	1,000	,578
Çabuk Sinirlenir	1,000	,563
Kural Reddetme	1,000	,576
Kasıtlı Rahatsız Etme	1,000	,591
Başkalarını Suçlama	1,000	,507
Alınan Olma	1,000	,351
Öfkeli-Acımasız Olma	1,000	,656
Kinci, Öç Alma	1,000	,564
Zorbalık-Tehdit Etme	1,000	,684
Kavga Başlatma	1,000	,724
Yalan Söyleme	1,000	,404
İzinsiz Devamsızlık	1,000	,525
Fiziksel Kabalık	1,000	,650
Çalma-Hırsızlık	1,000	,141
Eşyalara Zarar	1,000	,763
Hayvanlara Zarar	1,000	,578
Yangın Çıkarma	1,000	,244
Başkasının Evine İzinsiz	1,000	,518
Geceyi Dışarda Geçirme	1,000	9,053E-02
Gece Evden Kaçma	1,000	,318
Ürkek Kaygılı Endişeli	1,000	,615
Denemekten Korkma	1,000	,692
Yararsız-Önemsiz H.	1,000	,553
Kendini Suçlama	1,000	,386
Yalnız-Sevilmeyen H.	1,000	,525
Üzgün-Mutsuz-Depresif	1,000	,625
Utandırma-Farklı Hissetme	1,000	,513

Ölçeğin yapı geçerliliğini belirlemek için, Kaiser normalleştirmesine göre özdeğeri (eigenvalue) 1' den büyük olan faktörler anlamlı kabul edilmiştir (Kalaycı, 2010). Temel Bileşenler Analizi sonucu elde edilen toplam varyansın açıklandığı Tablo 6' da özdeğeri 1' in üstünde olan ve toplam varyansın % 53' ünü açıklayan 4 faktör elde edilmiştir.

Bulgulara bakıldığında, 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 görülmektedir.

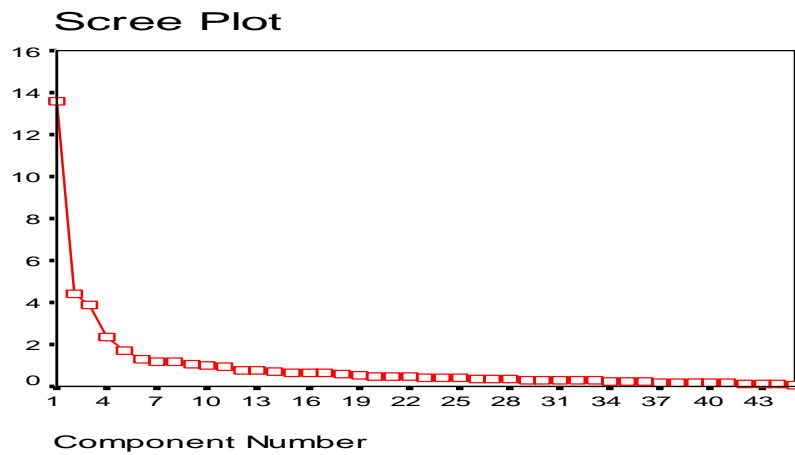
Tablo 6: Açıklanan Toplam Varyans

Faktörler	Açıklanan Toplam Varyans								
	Özdeğer (Eingvalue)			Yük Değerleri Karesi Çıkarım Toplamları (Extraction Sums of Squared Loadings)					
	Toplam	Varyan s%	Toplam %	Toplam	Varyans %	Toplam	Toplam	Toplam	Varyans
1	13,591	30,203	30,203	13,591	30,203	30,203	9,378	20,841	20,841
2	4,434	9,854	40,057	4,434	9,854	40,057	7,345	16,322	37,163
3	3,897	8,659	48,717	3,897	8,659	48,717	3,884	8,631	45,794
4	2,356	5,236	53,952	2,356	5,236	53,952	3,671	8,158	53,952
5	1,686	3,747	57,699						
6	1,271	2,824	60,523						
7	1,196	2,657	63,180						
8	1,162	2,581	65,761						
9	1,030	2,289	68,050						
10	,991	2,203	70,253						
11	,969	2,153	72,406						
12	,764	1,698	74,104						
13	,744	1,653	75,757						
14	,710	1,577	77,334						
15	,655	1,456	78,790						
16	,642	1,426	80,216						
17	,621	1,379	81,596						
18	,597	1,326	82,922						
19	,526	1,169	84,090						
20	,497	1,105	85,196						
21	,493	1,095	86,291						
22	,449	,997	87,288						
23	,440	,977	88,265						
24	,400	,890	89,154						
25	,385	,856	90,010						
26	,365	,812	90,822						
27	,348	,772	91,594						
28	,325	,721	92,315						
29	,312	,693	93,008						
30	,307	,682	93,690						
31	,279	,620	94,311						
32	,274	,609	94,920						
33	,268	,596	95,516						
34	,246	,547	96,063						
35	,241	,536	96,598						
36	,220	,489	97,087						
37	,203	,452	97,539						
38	,184	,409	97,949						
39	,164	,364	98,313						
40	,160	,356	98,668						
41	,154	,342	99,010						
42	,140	,310	99,320						
43	,135	,301	99,621						
44	,103	,228	99,850						
45	6,754E-02	,150	100,000						

Özdeğer ölçütünün yanında, faktör yapısına karar vermede bir diğer yol olarak çizgi grafiğinden (scree plot) yararlanılmıştır. Şekil 1 incelendiğinde kırılma

noktasının dördüncü faktörden sonra geldiği görülmüş yani 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. Bu nedenle dört faktörlü bir yapı ile faktör analizi çalışmasına devam edilmesine karar verilmiştir. Dört faktörün incelenmesi Varimax Rotasyonu ile yapılmıştır.

Şekil 1: Faktör Yapısına İlişkin Çizgi Grafiği



Faktör Sayısı

Döndürülmüş Bileşenler Matrisi' nde bir değişken hangi faktör altında mutlak değer olarak büyük ağırlığa sahipse o değişkenin o faktör ile yakın ilişki içinde şeklinde yorumlanmaktadır. Bu çalışmada dört faktörün incelendiği varimax rotasyonu için Tablo 7' de Döndürülmüş Bileşenler Matrisi sonuçları görülmektedir.

Bulgular incelendiğinde 1 – 9. maddelerin üçüncü faktörde yük değerlerinin

.36 ile .79 arasında değiştiği, 10 -18. maddelerin ikinci faktörde yük değerlerinin .75 ile .83 arasında değiştiği, 19 – 38. maddelerin birinci faktörde yük değerlerinin .36 ile .84 arasında değiştiği ve 39 – 45. maddelerin dördüncü faktörde yük değerlerinin .56 ile .75 arasında değiştiği görülmektedir. Ölçeğin dört alt boyutunda yer alan toplam kırk beş maddenin faktör yüklerinin kabul edilebilir (>.30) ve yüksek oranlarda olduğu görülmektedir.

Bunlara ek olarak yine Tablo 7' de döndürülmüş bileşenler matrisi sonuçları incelendiğinde ölçek içindeki bazı maddelerin farklı alt ölçeklere ilişkin

yük aldığı görülmektedir. Bu maddelerin (19., 20., 21., 23., 24., 28., 31. maddeler) birinci faktör altında yer alması gerekirken, ikinci faktörden de yük aldıkları görülmektedir. Bu faktörlerin yük değerlerinin .30 ve .39 arasında değiştiği gözlenmektedir. Yine dördüncü faktör altında yer alması gereken 43. madde 4. faktör altında .61 değeriyle yer alırken, aynı zamanda .38 değeri ile birinci faktör altında da yer almaktadır.

Tablo 7: Döndürülmüş Bileşenler Matrisi

Döndürülmüş Bileşenler Matrisi
Faktörler ve Yük Değerleri

	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			
Kavgı 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-				,740
Depresif				
Utanma-Farklı				,607
Hissetme				

Sonuç olarak ölçeğin yapı geçerliliğine ilişkin bulgulara bakıldığında ölçeğin toplam dört faktör altında incelenebileceği görülmektedir.

Ölçek maddeleri incelendiğinde, analiz sonrası üçüncü faktör altında sıralanan 1 – 9. maddeler, ölçekte dikkat eksikliğine yönelik yer alan maddeleri kapsamaktadır.

Ölçekte ikinci faktör altında sıralanan 10 – 18. maddeler, ölçekteki hiperaktivite ve dürtüsellik maddelerini kapsamaktadır.

Ölçeğin karşıt gelme / olma bozukluğu ve davranım bozukluğunu kapsayan 19 – 38. maddeleri beklendiği üzere grup halinde birinci faktör altında sıralanmıştır. Ancak yukarıda da belirtildiği gibi birinci faktör altında sıralanması beklenen maddeler, birinci faktörde yer almakla birlikte aynı zamanda hiperaktivite ve dürtüsellik maddelerinin bulunduğu ikinci faktörden de yük almışlardır. Buna ek olarak ortak varyans matrisinde ölçeğin 37. maddesinin yük almadığı gözlenmişti, bu maddenin döndürülmüş bileşenler matrisinde de yük almadığı gözlenmektedir.

Ölçeğin anksiyete ve depresyon maddelerini oluşturan 39 - 45. maddeler dördüncü faktör altında sıralanmışlardır. Ancak maddelerden “Kendini yalnız, sevilmeyen biri olarak hisseder.” maddesinin karşıt gelme / olma ve davranım bozukluğu maddelerinin yer aldığı birinci faktörden de yük aldığı görülmektedir.

Vanderbilt Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu Aile Değerlendirme Ölçeği' nin Güvenirliğine İlişkin Bulgular

Çalışmanın bu bölümünde ölçeğin güvenirliğine ilişkin bulgular sunulmaktadır.

Kişilik, ilgi ve tutum testleri gibi davranış ölçeklerinde cevaplar “derecelendirilmiş” ise Cronbach Alfa Katsayısı' nın kullanımı önerilmektedir (Özgüven, 1999). Bu çalışmada kullanılan ölçeğin her faktöründe yer alan maddelerin her faktördeki ölçmenin bütünüyle ne kadar tutarlı olduğu yani iç tutarlılığı Cronbach Alpha katsayısı ile hesaplanmıştır. Alfa sayısına bağlı olarak ölçeğin güvenirliği; alfa sayısı .00 ile .40 arasında bir değere sahip ise; ölçek güvenilir bir ölçek değil, alfa sayısı .40 ile .60 arasında bir değere sahipse ölçeğin güvenirliği düşük, alfa sayısı .60 ile .80 arasında bir değere sahip ise ölçek oldukça güvenilir ve alfa sayısı .80 ile 1.00 arasında bir değere sahipse ölçeğin yüksek derecede güvenilir bir ölçek olduğu şeklinde yorumlanmaktadır.

Bu çalışmada ölçekte 1 – 9. sorularını kapsayan ve ölçeğin üçüncü faktörünü oluşturan dikkat eksikliği boyutunun .79 alfa iç tutarlık katsayısına sahip olduğu görülmektedir

Çalışmanın 10 – 18. sorularını kapsayan ve ölçeğin ikinci faktörünü oluşturan hiperaktivite ve dürtüsellik boyutunun .95 alfa iç tutarlık katsayısına sahip olduğu gözlenmektedir.

Çalışmada 19 – 38. soruları kapsayan ve ölçeğin birinci faktörünü oluşturan karşıt gelme / olma ve davranım bozukluğu boyutunun .93 alfa iç tutarlık katsayısına sahip olduğu görülmektedir.

Çalışmanın son soru grubunu oluşturan 39 – 45. soruları kapsayan ve ölçeğin dördüncü faktörünü oluşturan depresyon ve anksiyete bozukluğu boyutunun .81 alfa iç tutarlık katsayısına sahip olduğu görülmektedir.

Sonuç olarak ölçeğin dört boyutunun alfa iç tutarlık katsayıları sırasıyla; .79, .95, .93 ve .81 şeklindedir. Yukarıda açıklanan alfa katsayısı yorumlamaları ile ölçeğe ait boyutların alfa katsayıları karşılaştırıldığında ölçeğin oldukça güvenilir ve yüksek derecede güvenilir alfa katsayılarına sahip olduğu görülmektedir.

Ölçeğin Çocukların Yaş Ve Cinsiyeti İle İlişkisine Ait Bulgular

Vanderbilt DEHB – ADÖ alt ölçeklerinden alınan standart puanların aritmetik ortalama, standart sapma, en yüksek ve en düşük puanlarının yaş grupları ve cinsiyete göre dağılımı Tablo 8’ de yer almaktadır.

Tablo 8’ de 7 yaş grubunda 28 kız, 54 erkek olmak üzere toplam 82 çocuk bulunduğu görülmektedir. Kızların dikkatsizlik alt ölçeğinden aldıkları ortalama puan 3,23, standart sapma 0,44, en düşük ve yüksek puan sırasıyla 2,11 ve 4,00’ dir. Erkeklerin dikkatsizlik alt ölçeğinden aldıkları ortalama puan 2,90, standart sapma 0,45, en düşük ve en yüksek puan 1,78 – 4,00’ dir. 7 yaş grubunda yer alan çocukların hiperaktivite alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanların kızlar için 2,41, standart sapmanın 0,76, en düşük ve yüksek puanların ise sırasıyla 1,11 ve 3,39 olduğu görülmektedir. Erkek çocukların hiperaktivite alt ölçeğinden aldıkları ortalama puan 3,08, standart sapma 0,56, en düşük puan 1,56 ve en yüksek puan 4,00’ dir. KOKGB – DB alt ölçeği için kızların aldıkları değerlere bakıldığında ortalamanın 1,48, standart sapmanın ,44, en düşük ve en büyük değerlerin ise sırasıyla 1,00 – 3,47 olduğu görülmektedir. Erkeklerin KOKGB – DB

alt ölçeğinden aldıkları ortalama puan 1,77, standart sapma 0,58, en düşük ve en yüksek puanlar ise sırasıyla 1,00 – 3,47’ dir. 7 yaş grubunda yer alan kızların son olarak depresyon ve anksiyete bozukluğu alt ölçeğinden aldıkları değerlere bakıldığında ortalamanın 1,99, standart sapmanın 0,95, en düşük puan 1,00 ve en yüksek puanın 3,12 olduğu görülmektedir. Depresyon ve anksiyete alt ölçeğinden erkeklerin aldıkları ortalama puan 1,70, standart sapma 0,46, en düşük ve en yüksek puanlar sırasıyla 1,00 ve 2,62’ dir.

Tablo 8’ de 8 yaş grubunda 48 kız, 93 erkek olmak üzere toplam 141 çocuk bulunduğu görülmektedir. Kızların dikkatsizlik alt ölçeğinden aldıkları değerlere bakıldığında ortalamanın 3,10, standart sapmanın 0,43, en düşük ve en yüksek puanların sırasıyla 2,22 ve 4,00 olduğu görülmektedir. Erkeklerin dikkatsizlik alt ölçeği ortalaması 3,00, standart sapma 0,43, en düşük ve en yüksek puan ise sırasıyla 1,89 ve 4,00’ tür. 8 yaş grubunda yer alan kızların hiperaktivite alt ölçeğinden aldıkları ortalama 2,53, standart sapma 0,64, en düşük ve en yüksek puanlar ise 1,11 ve 2,89’ dur. Hiperaktivite alt ölçeğinden erkeklerin aldıkları ortalama 3,18, standart sapma 0,59, en düşük ve en yüksek puan 1,22 ve 4,00’ dir. Tablo 8’ de yer alan 8 grubunun KOKGB – DB alt ölçeklerinden alınan değerlere bakıldığında kızların ortalama puanlarının 1,53, standart sapmanın 0,38, en düşük ve en yüksek puanların ise 1,05 ve 2,79 olduğu görülmektedir. KOKGB – DB alt ölçeğinden erkeklerin aldıkları puanlara bakıldığında ise ortalamanın 1,80, standart sapmanın 0,52, en düşük ve en yüksek puanların 1,00 ve 3,58 olduğu görülmektedir. 8 yaş grubu için son olarak depresyon ve anksiyete alt ölçeklerine bakıldığında kızların ortalamasının 1,82, standart sapmanın 0,57, en düşük ve en yüksek puanların sırasıyla 1,00 ve 3,00 olduğu görülmektedir. Depresyon ve anksiyete bozukluğu alt ölçeklerinden erkeklerin aldıkları ortalama 1,76, standart sapma 0,44, en düşük ve en yüksek puanlar ise sırasıyla 1,00 ve 3,00’ dir.

Tablo 8’ de 9 yaş grubunda 56 kız, 64 erkek olmak üzere toplam 120 çocuk yer aldığı görülmektedir. İlk olarak kızların dikkatsizlik alt ölçeğinden aldıkları değerlere bakıldığında ortalamanın 3,13, standart sapmanın 0,41, en düşük ve en yüksek puanın ise sırasıyla 2,44 ve 4,00 olduğu görülmektedir. 9 yaş grubunda yer alan erkeklerin dikkat eksikliği alt ölçeği ortalaması 2,88, standart sapma 0,39, en düşük ve en yüksek puanlar sırasıyla 1,78 ve 3,78’ dir. Hiperaktivite alt ölçeği için kızların aldıkları değerlere bakıldığında ortalamanın

Çalışma grubunu oluşturan çocuklar cinsiyet ve yaş grubuna göre tek yönlü varyans analizi ile (ANOVA) incelenmiştir.

Tablo 9' daki sonuçlara bakıldığında tüm alt ölçekler için, her iki cinsiyet grubunda da yaş ile anlamlı bir ilişki bulunmadığı görülmektedir.

Tablo 9: DEHB – ADÖ Alt Ölçeklerinin Çalışma Grubunu Oluşturan Çocukların Cinsiyetlerine Göre Yaş Grupları Arasındaki Tek Yönlü Varyans Analizinde İncelenmesi

DEHB – ADÖ Alt Ölçekler	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Ortalama Kare	F	p
Dikkatsizlik	Cinsiyet ve Yaş					
	Kız	24,012	2	,158	,862	,425
	Erkek	39,046	2	,318	1,72	,181
Hiperaktivite	Cinsiyet ve Yaş					
	Kız	68,169	2	,137	,260	,711
	Erkek	66,408	2	,590	1,88	,155
KOKGB – DB	Cinsiyet ve Yaş					
	Kız	23,883	2	,099	,537	,586
	Erkek	56,975	2	,346	1,27	,281
Depresyon – Anksiyete	Cinsiyet ve Yaş					
	Kız	42,047	2	,252	,782	,460
	Erkek	41,446	2	,164	,832	,437

Vanderbilt DEHB Aile Değerlendirme Ölçeği' ne ait alt ölçeklerinin cinsiyete ait puanları t – testi ile karşılaştırılmıştır.

Tablo 10' da 7 yaş grubunda tüm alt ölçekler için cinsiyetler arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmektedir. için (dikkatsizlik alt ölçeği $p = ,002$, hiperaktivite alt ölçeği $p = ,000$, KOKGB – DB alt ölçeği $p = ,023$ ve depresyon ve anksiyete bozukluğu alt ölçeği $p = ,026$).

8 yaş grubu için kız ve erkekler arasındaki farkın anlamlılık derecesine bakıldığında dikkatsizlik alt ölçeği ile depresyon ve anksiyete bozukluğu alt ölçeğinde cinsiyetler arasındaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur (Tablo 10). Hiperaktivite alt ölçeği ($p = ,000$) ve KOKGB – DB alt ölçeğinde ($p = ,003$) cinsiyete göre farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir.

9 yaş grubunda ise KOKGB – DB alt ölçeği dışındaki diğer alt ölçeklerde cinsiyete göre farkın anlamlı olduğu görülmektedir (dikkatsizlik alt ölçeği $p = ,001$, hiperaktivite alt ölçeği $p = ,000$, depresyon ve anksiyete bozukluğu alt ölçeği $p = ,007$) (Tablo 10).

Tablo 10: Vanderbilt DEHB – ADÖ' nün Cinsiyete Ait Puanlarının t Testine Göre Karşılaştırılması

Vanderbilt DEHB – ADÖ		N	p*
7 YAŞ			
Dikkatsizlik	Kız	28	,002*
	Erkek	54	
Hiperativite	Kız	28	,000*
	Erkek	54	
KOKGB – DB	Kız	28	.023*
	Erkek	54	
Depresyon – Anksiyete	Kız	28	,026 *
	Erkek	54	
8 YAŞ			
Dikkatsizlik	Kız	48	,192
	Erkek	93	
Hiperativite	Kız	48	,000*
	Erkek	93	
KOKGB – DB	Kız	48	,003*
	Erkek	93	
Depresyon – Anksiyete	Kız	48	,490
	Erkek	93	
9 YAŞ			
Dikkatsizlik	Kız	56	0,01*
	Erkek	64	
Hiperativite	Kız	56	,000*
	Erkek	64	
KOKGB – DB	Kız	56	,317
	Erkek	64	
Depresyon – Anksiyete	Kız	56	,000*
	Erkek	64	
*p < 0.05			

BÖLÜM IV

TARTIŞMA

Bu çalışmada Wolraich, Lambert ve Doffing tarafından (2003) geliştirilen Vanderbilt DEHB Aile Değerlendirme Ölçeği' nin Türkçe uyarlama çalışması amaçlanmıştır. Uyarlama çalışması için ilk olarak ölçeğin çeviri işlemleri yapıp ölçek veri toplamaya uygun hale getirilmiştir. Toplanan veriler doğrultusunda ölçeğin geçerlik ve güvenirlik analizleri yapılmış, Türkçe uyarlamasındaki yapılar ortaya konmuştur. Çalışmanın bu bölümünde Vanderbilt DEHB Aile Değerlendirme Ölçeği' nin geçerlik ve güvenirlik çalışmalarına ait bulgular alan yazın bağlamında tartışılacaktır.

Daha önce belirtildiği gibi Vanderbilt DEHB Aile Değerlendirme ölçeği ilk olarak Wolraich, Lambert ve Doffing (2003) tarafından ailelerin çocuklarını dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısını ve DEHB' na eşlik edebilecek eş tanıları (karşıt gelme / olma ve davranım bozukluğu, depresyon ve anksiyete bozukluğu) değerlendirebilmeleri amacıyla geliştirilmiştir.

Çalışmada 45 maddelik Vanderbilt Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Aile Değerlendirme Ölçeği 4 faktörde toplanmıştır (Tablo 6). Vanderbilt Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Aile Değerlendirme Ölçeği' nin Türkçe uyarlaması “dikkat eksikliği”, “hiperaktivite bozukluğu”, “karşıt gelme ve davranım bozukluğu” ve “depresyon ve anksiyete bozukluğu” olmak üzere toplam 4 alt ölçekten oluşmuştur. Orijinal Vanderbilt Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Aile Değerlendirme Ölçeği' nin geçerlik ve güvenirlik çalışması sonucunda da bu sonuca benzer olarak ölçeğin 4 faktörlü bir yapısının olduğu bulunmuştur (Wolraich, Lambert ve Doffing, 2003).

Döndürülmüş bileşenler matrisi sonucunda (Tablo 7) bu dört faktör ve buna ek olarak bu faktörler altında sıralanan maddeler ve faktör yükleri bulunmuştur.

Ölçeğin ilk dokuz maddesini dikkat eksikliği maddeleri oluşturmaktadır. Döndürülmüş bileşenler matrisi incelendiğinde bu dokuz maddenin üçüncü faktör altında, ölçekle uyumlu bir şekilde toplandığı görülmektedir. Faktör yüklerine bakıldığında tamamının kabul edilebilir madde yükü olan .30 değerinden yüksek bir değere sahip olduğu gözlenmektedir.

Bu çalışma orijinal çalışma ile karşılaştırıldığında her iki çalışmanın aynı maddeler için yakın faktör yük değerlerine sahip olduğu (“dikkatsizlikten kaynaklı hata yapma” bu çalışmada; .75, orijinal çalışmada; .77 madde yükü), bununla birlikte, birbirine mutlak değerce görece daha uzak olan maddeler (“zihinsel çaba gerektiren işe başlamaktan kaçınma”bu çalışmada; .49, orijinal çalışmada .73) bulunmaktadır. Bu farklılık iki ayrı kültürde bazı davranışların farklılık gösterebileceğini düşündürmektedir.

Ancak istatistiksel analiz sonuçları ile ele alındığında her iki çalışmadaki madde yüklerinin tamamının anlamlı değerlere sahip olduğu söylenebilmektedir.

Ölçeğin 10 – 18. soruları hiperaktivite ve dürtüsellik maddelerinden oluşmaktadır. Döndürülmüş bileşenler matrisi (Tablo 7) sonuçları incelendiğinde 10 – 18 maddeleri arasında olan dokuz maddenin ikinci faktör altında ölçekle uyumlu bir şekilde sıralandığı görülmektedir. Faktör yüklerinin tamamının kabul edilebilir faktör yükü değeri olan .30 değerinden oldukça yüksek faktör yükü değerlerine sahip oldukları görülmektedir.

Vanderbilt DEHB Aile Değerlendirme Ölçeği’ nin Türkçe uyarlaması yapılan bu çalışma ile orijinal çalışmanın faktör yükleri karşılaştırıldığında birbirine oldukça yakın değerlere ya da çok küçük farklılıklara sahip oldukları görülmektedir. Yapılan çalışmanın hiperaktivite ve dürtüsellik boyutu da hem istatistiksel olarak anlamlı sonuçlara sahiptir, hem de orijinal çalışma ile paralellik göstermektedir.

Bunlara ek olarak ikinci faktör ile ilgili söylenmesi gereken bir başka konu; karşıt gelme / olma ve davranım bozukluğu maddelerinden olan “yetişkinle tartışma (.39)”, “çabuk sinirlenme (.30)”, “kuralları reddetme (.38)”, “başkalarını suçlama (.35)”, “alınan olma (.30)”, “kavga başlatma (.37)” ve “fiziksel olarak kaba davranma (.31)” maddelerinin birinci faktör altında diğer madde grupları ile beraber yer aldığı ve bununla birlikte aynı

zamanda ölçeğin “hiperaktivite ve dürtüsellik” boyutunun yer aldığı ikinci faktörden de yük aldıkları görülmektedir. Bu maddelerin madde yüklerine bakıldığında .30 değeri sınırında oldukları veya bu sınırı aştıkları görülmektedir. Yani şu hali ile faktör yüklerine bakıldığında bu maddeler “hiperaktivite – dürtüsellik” boyutunda ele alınabilir özellikte görülmektedir. Ancak ileri paragraflarda açıklanacağı üzere bu maddeler ait olmaları beklenen birinci faktörden bu faktöre göre mutlak değerce oldukça yüksek faktör yüküne sahip oldukları açıklanacaktır. Yine de karşıt gelme/ olma ve davranım bozukluğu maddelerinden olan bu maddelerin “hiperaktivite – dürtüsellik” faktöründen yük almış olmasının ek açıklamalara ihtiyaç olduğunu düşündürmektedir. Bu maddeler tekrar sıralanacak olursa “yetişkinle tartışma”, “çabuk sinirlenme”, “kuralları reddetme”, “başkalarını suçlama”, “alınan olma”, “kavga başlatma” ve “fiziksel olarak kaba davranma” davranışlarından oluştuğu görülecektir. Alan yazında DEHB Hiperaktivitenin Baskın olduğu grupta yer alan çocukların inatçılık problemleri olduğu ve sık sık öfke nöbetleri geçirdikleri belirtilmektedir (Ergül, 2010). 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 düşünülmektedir.

Ölçeğin 19 – 38. maddeleri ölçeğin karşıt gelme / olma ve davranım bozukluğu maddelerini oluşturmaktadır. Döndürülmüş bileşenler matrisi (Tablo 7) sonuçları incelendiğinde 19 – 38. maddeler arasında olan yirmi maddenin birinci faktör altında ölçekle uyumlu bir şekilde sıralandığı görülmektedir. Faktör yüklerine bakıldığında tamamının kabul edilebilir faktör yükü değeri olan .30 değerinden yüksek faktör yükü değerlerine sahip oldukları görülmektedir. Ancak ölçeğin 37. maddesi olan “geceyi dışarıda

geçirdiği olmuştur” maddesinin yük almadığı gözlenmiştir. Çalışma grubundaki annelerin çocuklarının yaşları nedeniyle bu maddenin yük almadığı düşünülmektedir. Bu çalışmada annelerden değerlendirmeleri istenen çocuklarının yaş grupları 7 – 9 yaşları arasında değişmektedir. 7 – 9 yaş grubundaki çocukların “geceyi dışarıda geçirme” davranışını yaygın olarak göstermeyecekleri düşünülmektedir. Veri toplama aşamasında bu maddeyi asla (1), ara sıra (2), sık sık (3) ve her zaman puanlandırmalarından; ara sıra (2) maddesini işaretleyen annelere rastlansa da, yapılan istatistiksel analiz sonucunda anlamlı düzeye ulaşmadığı görülmüştür. Buradan hareketle ölçeğin Türkçe uyarlaması kullanılırken bu maddenin ölçekten çıkarılmasının uygun olacağı düşünülmektedir.

Ölçeğin 39 – 45. maddeleri depresyon ve anksiyete bozukluğu maddelerini oluşturmaktadır. Döndürülmüş bileşenler matrisi (Tablo 7) sonuçları incelendiğinde maddelerden yedisinin dördüncü faktör altında ölçekle uyumlu bir şekilde yer aldığı görülmektedir.

Ancak bu maddelerden “kendini yalnız, sevilmeyen biri olarak hissetme” maddesinin .38 faktör yükü ile karşıt gelme / olma ve davranım bozukluğu maddelerinin bulunduğu birinci faktörden de yük aldığı görülmektedir. 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 gelme / olma bozukluğunun DSM IV tanı kriterlerine bakıldığında ilişkili olabilecekleri düşünülmektedir. Karşıt gelme / olma bozukluğu DSM IV kriterlerinden biri olan “(7) Genellikle içermiş, 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.

Güvenirlilik analizine ilişkin sonuçlar incelendiğinde ölçeğin dikkat eksikliği ve hiperaktivite / dürtüsellik alt ölçekleri için güvenirlilik katsayılarının sırasıyla .79 ve .95 bulunduğu görülmektedir. Orijinal çalışmada bu iki alt ölçek için güvenirlilik katsayılarının .90’ dan büyük olduğu belirtilmektedir.

Çalışmanın güvenirlik analizine ilişkin sonuçların orijinal çalışmanın güvenirlik analizi sonuçlarıyla paralellik gösterdiği görülmektedir.

Karşıt gelme / olma ve davranım bozukluğu ile depresyon ve anksiyete bozukluğu alt ölçeklerinin güvenirlik katsayıları sırasıyla .93 ve .81 bulunmuştur. Orijinal çalışmanın bu alt ölçekler için belirtilen güvenirlik katsayıları bu çalışmadakine benzer olarak yine sırasıyla, .91 ve .79 olarak bulunmuştur.

Alan yazında ölçeğin başka dillere ait uyarlama çalışmalarına yönelik uyarlama çalışmalarının olduğu öğrenilmiştir (Ruth, 2006). Ancak bu çalışmalara yayınlanmamış olmaları nedeniyle ulaşılamamıştır. Ölçeğin bir diğer uyarlama çalışması Arabistan' da yapılmıştır (Alqahtani, 2010). Bu çalışma incelendiğinde 45 maddelik Vanderbilt Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Aile Değerlendirme Ölçeği' nin sadece hiperaktivite ve dikkat eksikliği / dürtüsellik maddelerinin bulunduğu ilk 18 maddesinin kullanıldığı ve ölçek uyarlama çalışmalarının ilk basamağı olan çeviri sürecinin geleneksel yöntemden yararlanılarak yapıldığı görülmektedir. İlgili çalışmada ölçeğin güvenirlik analizine bakıldığında, hem dikkatsizlik alt ölçeği için hem de hiperaktivite / dürtüsellik alt ölçeği için alfa güvenirlik katsayısının .80 olduğu görülmektedir (Alqahtani, 2010). Bu çalışmanın güvenirlik sonuçları ile Türkçe uyarlaması için bu çalışmada yapılan güvenirlik sonuçları (dikkatsizlik alt ölçeği; .79, hiperaktivite / dürsellik alt ölçeği; .95) benzerlik göstermektedir. Ölçeğin Arabistan' da yapılan uyarlama çalışması incelendiğinde geçerlik analizine ilişkin bilgiye rastlanmamaktadır. Bu çalışmada ölçek uyarlamaya ilişkin çeviri çalışmasının ve güvenirlik analizinin yapıp, ölçeğin DEHB yaygınlığını araştırmak amacı ile kullanıldığı görülmektedir (Alqahtani, 2010).

Vanderbilt DEHB Aile Değerlendirme Ölçeği' nin farklı dillere ait uyarlama çalışmaları yukarıda belirtilenler ile sınırlıdır. Bunun sebebi olarak orijinal ölçeğin henüz 2003 yılında yapılmış olduğu düşünülmektedir. Yapılan çalışmanın başka dillerde yapılan çalışmalar ile karşılaştırılamaması bir sınırlılık olarak kabul edilirken, çalışmaya ait analiz sonuçlarının anlamlı, kabul edilebilir değerlere sahip olması, orijinal çalışma ile paralellik göstermesi olumlu görünmektedir.

Çalışmada Türkçe uyarlaması yapılan Vanderbilt DEHB Aile Değerlendirme Ölçeği' nin ilk on sekiz maddesini oluşturan dikkat eksikliği ve hiperaktivite / dürtüsellik maddelerine bakıldığında DEHB ile ilgili yapılan çalışmaların bu maddeleri destekler nitelikte olduğu görülmektedir. 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 vererek çocukların son bir yıl içerisindeki davranışlarını düşünerek formu doldurmalarını istemiştir. Bu çalışma sonucunda DEHB olan çocukların, olmayan çocuklara göre dikkatlerini toplamada daha çok zorlandıkları, daha hareketli oldukları, sınıfta öğretmenler için problemlili çocuk olarak yorumlandıkları belirtilmiştir.

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

Yulaf' in (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 sonucu kontrol grubu ile karşılaştırıldığında 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 Aile Değerlendirme Ölçeği' nin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu maddeleri birlikte düşünüldüğünde bu çalışmaların sonuçları ile ölçek maddelerinin ilişkili

olduğu, DEHB olan çocukların bu maddeler ile değerlendirilebileceği düşünölmektedir.

Çalışmada uyarlaması yapılan ölçeğin 19 – 38. maddeleri karşıt gelme / olma ve davranım bozukluğu maddelerini oluşturmaktadır. Alan yazında bu maddelerin DEHB olan çocukların bu tip davranışlar sergileyebileceği çeşitli araştırmalarda da belirtilmektedir. 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 örtüştüğü görölmektedir. Okul devamsızlığını DEHB olan ve olmayan çocukların karşılaştırılarak araştırıldığı bir başka çalışmada DEHB grubunda olan çocukların bir dönem boyunca ortalama 4.54 gün, DEHB olmayan grupta yer alan çocukların ise ortalama 2.32 gün okula devamsızlık yaptıkları bulunmuştur (Kandemir, 2009). Yine Kandemir' in (2009) çalışmasında ailelere verilen Aile Değerlendirme Ölçeği' nin sonuçları incelenmiştir. Bu çalışma sonucunda Problem Çözme ve İletişim alt ölçeklerinde DEHB olan grubun sonuçları kontrol grubunun sonuçlarına göre daha düşük çıktığı bulunmuştur. Bu sonuç uyarlama çalışması yapılan ölçekte yer alan karşıt gelme / olma ve davranım bozukluğu maddelerinin DEHB olan çocukların değerlendirilmesinde 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 nitelikte olduğu görönmektedir.

DEHB olan çocuklar ile yapılan bir başka çalışmada annelerin etkili olmayan disiplin yöntemleri kullanmaları sebebiyle DEHB olan çocukların

kendini kontrol etmeye ilişkin güçlük yaşadıkları ve bu güçlüğü karşıt gelme / olma ve davranım bozukluğu riskini artırdığı vurgulanmaktadır (Modesto – Lowe ve Danforth, 2008). Ölçekte yer alan “başkalarının eşyalarına zarar verme, değerli eşyaları çalma, hayvanlara fiziksel olarak kötü davranma, bilerek yangın çıkarma, başkalarının evine, arabasına izinsiz girme” maddelerinin bu araştırmada vurgulanan kendini kontrol edememe durumuna örnek olabilecek karşıt gelme / olma ve davranım bozukluğu davranışları olarak düşünülmektedir.

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. Önal (2007) ise, DEHB’li çocukların sosyal olarak, yaşlılarıyla, öğretmenleriyle ve anne - babalarıyla olan ilişkilerinin yetersiz olduğunu bildirmektedir.

Uyarılma çalışması yapılan ölçek maddelerinde yer alan davranış özelliklerinin başka çalışmalarda da vurgulandığı dikkati çekmektedir. Bu çalışmalardan biri Barkley, Fischer ve Smallish (2004) DEHB tanısı alan çocukların davranışlarını inceledikleri çalışmalarıdır. Çalışmada bu gruptaki çocukların antisosyal davranış örüntüleri sergiledikleri bulunmuştur. Bu davranış örüntüleri; hırsızlık, zorla mülke girme, genel ahlaka aykırı davranma, yumrukla saldırı, yangın çıkarmak ve evden kaçmak olarak sıralanmaktadır. Bu sıralanan davranışlar bu çalışmadaki ölçeğin karşıt gelme / olma ve davranım bozukluğu maddelerinde de benzer şekilde yer almaktadır.

Ölçeğin son madde grubunu depresyon ve anksiyete bozukluğu maddeleri oluşturmaktadır. Depresyon ve anksiyete bozukluğuna ilişkin temel özelliklerin sıralandığı bu maddelerin DEHB olan çocuklarla ilgili araştırmalarla karşılaştırıldığında anlamlı olduğu görünmektedir.

Soykan (1991) 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 olduğunu belirtmektedir. DEHB’ nun 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).

Dolgun ise (2003) DEHB olan çocukların arkadaşları tarafından reddedilme ve özgüven eksikliği gibi sorunlar yaşadıklarını belirtmektedir. “Ürkek, kaygılı, endişeli olma, kendini yararsız ve önemsiz hissetme, yanlış yapma korkusuyla yeni şeyler denememe, kendini suçlama, kendini sevilmeyen biri olarak hissetme, üzgün ve utangaç olma” gibi ölçek maddelerine bakıldığında Dolgun tarafından belirtilen sorunların bu maddelerde yer alan davranış ve duygulara sebep olabileceği düşünülmektedir.

Vanderbilt DEHB Aile Değerlendirme Ölçeği’ nin geçerlik ve güvenilirlik analizleriyle yapılmakla birlikte yaş ve cinsiyetle olan ilişkisine de bakılmıştır. Alt ölçeklerin tümünde yaş grupları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Cinsiyetler arasında ise 7 yaş grubunda tüm alt ölçeklerde anlamlı fark bulunmuştur. 8 yaş grubunda cinsiyetler arasında hiperaktivite ve KOKGB – DB alt ölçeklerinde anlamlı fark bulunurken, dikkatsizlik ve depresyon – anksiyete bozukluğu alt ölçeğinde anlamlı bir fark bulunmamıştır. 9 yaş grubuna bakıldığında dikkatsizlik, hiperaktivite ve depresyon – anksiyete alt ölçeklerinde anlamlı fark bulunurken, KOKGB – DB alt ölçeğinde anlamlı fark bulunmamıştır.

Vanderbilt DEHB Aile Değerlendirme Ölçeği alt ölçeklerinde yaşlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmayışının nedeni olarak çalışma gruplarında ki çocukların birbirine çok yakın olan 7 – 9 yaş aralığında olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Ölçeğin 7 yaş grubunda bulunan kız ve erkek çocuklar arasında tüm alt ölçeklerde anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur (Tablo 10). 8 yaş grubunda bulunan çocukların, 7 yaş grubundakilerle benzer olarak hiperaktivite ve KOKGB – DB alt ölçeklerinde, 9 yaş grubunda bulunan çocukların ise dikkatsizlik, hiperaktivite ve depresyon – anksiyete bozukluğu alt ölçeklerinde kız ve erkekler arasında anlamlı fark bulunmuştur.

7 yaş grubunda yer alan çocukların alt ölçeklerden aldıkları puanlara bakıldığında (Tablo 8) dikkatsizlik ve depresyon – anksiyete bozukluğu alt

ölçeğinde kızların, hiperaktivite ve KOKGB – DB alt ölçeklerinde ise erkeklerin daha yüksek puanlar aldıkları görülmektedir.

8 yaş grubunda iki ortalama arasında anlamlı fark çıkan alt ölçeklerden olan hiperaktivite ve KOKGB – DB alt ölçeklerinden çocukların aldıkları puanlara bakıldığında her iki alt ölçekte de erkeklerin daha yüksek puanlar aldıkları görülmektedir (Tablo 8).

9 yaş grubunda iki ortalama arasında anlamlı fark çıkan alt ölçekler dikkatsizlik, hiperaktivite ve depresyon – anksiyete bozukluğu alt ölçekleridir. Bu alt ölçeklerden alınan puanlara bakıldığında kızların dikkatsizlik ve depresyon – anksiyete bozukluğu alt ölçeklerinden, erkeklerin ise hiperaktivite alt ölçeğinden yüksek puan aldıkları görülmektedir (Tablo 8).

Çalışmadan ulaşılan DEHB' nin dikkatsizlik ve hiperaktivite alt ölçeklerine ait sonuçlar daha önce yapılan çalışmaların sonuçları ile karşılaştırıldığında benzerlik gösterdikleri görülmektedir. İyisoy (2006) kızlarda daha çok dikkatsizlik alt tipinin, erkeklerde ise hiperaktivite alt tipinin daha yaygın olduğunu belirtmektedir. Benzer olarak farklı çalışmalarda da kızlarda dikkatsizliğin, erkeklerde ise aşırı hareketliliğin baskın olduğu vurgulanmaktadır (Ercan ve Aydın, 2007). Bu çalışmada DEHB' na eşlik eden bozukluklar cinsiyetler arasında karşılaştırıldığında 7 yaş grubundaki kızların depresyon ve anksiyete alt ölçeğinden, erkeklerin ise KOKGB – DB alt ölçeğinden daha yüksek puan aldıkları sonucuna ulaşılmaktadır. Çalışmanın sonuçları alan yazında araştırıldığında farklı çalışmalarda benzer sonuçlara rastlanılmaktadır. Adewuya, Olab ve Adewumic (2007) 13 – 18 yaşlar arasındaki 1090 çocukla yaptıkları araştırmalarında çalışmaya katılan çocukların 163' ünde anksiyete bozukluğuna rastlanmıştır. Çalışmada anksiyete bozukluğu bulunan çocuklardan 93' ünü kızlar, 70' ini erkekler oluşturmaktadır. Yapılan analiz sonucuna göre kızlar ve erkekler arasında anlamlı bir fark bulunarak, anksiyete bozukluğuna kızlarda daha sık rastlanıldığı yorumu yapılmaktadır. Bir başka çalışmada da kızlarda depresyon ve anksiyete bozukluğu, erkeklerde ise KOKGB – DB bozukluklarının sıkça görüldüğü belirtilmektedir (Biederman, Mick ve Farone, 2002). Erman' ın (1997) yaptığı çalışmada erkekler de KOKGB – DB görülme sıklığının, kızlarda % 54.2, erkeklerde

ise % 62.3 olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Farklı araştırmacılar da (Dulcan 1997, Greene, Biederman ve Farone, 2001; Miller ve Castellanos, 1998) genel olarak karşıt olma – gelme ve davranım bozukluğu erkeklerde daha yaygın olarak DEHB’ na eşlik ederken, anksiyete bozukluğu ve depresyonun ise kızlarda yaygın olduğu vurgulamaktadırlar.

Çalışmada 8 yaş grubu için dikkatsizlik ve depresyon – anksiyete bozukluğu alt ölçeğinde, 9 yaş grubu için ise KOKGB – DB alt ölçeğinde cinsiyetler arasında anlamlı bir farka rastlanmamıştır.

İki ortalama arasında anlamlı farka rastlanılmayan bu sonuçlar alan yazından ulaşılan konu ile ilgili daha önceki çalışmalarla uyumlu görülmemektedir. Özellikle DEHB’ nin dikkatsizlik alt tipinde kendi kültürümüz ve diğer kültürlerde yapılan çalışmalara bakıldığında kızların erkeklere göre daha fazla dikkat eksikliği problemi yaşadıkları belirtilmektedir. Bu çalışmada da alan yazındaki bu bulguyu destekleyen sonuçlara ulaşılmıştır Ancak 8 yaş grubunda iki ortalama arasında anlamlı fark bulunmayışının nedeni olarak, bu grupta yer alan çocuk sayıları düşünülmektedir. 8 yaş grubunda 48 kız, 93 erkek bulunmaktadır. Kızlara ait daha fazla veri toplandıığında anlamlı farka ulaşılacağı düşünülmektedir. 8 yaş grubunda yer alan çocukların depresyon – anksiyete bozukluğu alt ölçeklerinde de anlamlı bir fark bulunmamıştır. Alan yazın incelendiğinde kızlarda erkeklere oranla depresyon ve anksiyete bozukluğuna daha sık rastlandığı belirtilmektedir. Ancak kızlar ve erkeklerin KOKGB – DB, depresyon ve anksiyete bozukluğu açısından karşılaştırıldığı bir çalışmada kızlarda depresyon ve anksiyete bozukluğunun % 6.5, erkeklerde ise % 6.6 olarak bulunmuştur (Erman, Turgay, Öncü ve Urdarivic, 1999). Yapılan bu çalışmanın sonucu 8 yaş grubunda rastlanan sonuçla benzerlik göstermektedir. 9 yaş grubu için bu çalışmadan elde edilen sonuca göre diğer yaş gruplarının aksine KOKGB – DB alt ölçeklerinde kız ve erkekler arasında anlamlı farka rastlanmamıştır. Bunun sebebi olarak ailelerin 7 yaşındaki kızlarının davranışlarından beklentileri ile 9 yaşındaki kızlarının davranışlarından beklentilerinin farklılaşması düşünülmektedir. Ölçekten KOKGB – DB maddeleri incelendiğinde “yetişkinin kurallarına karşı gelme, insanları kasıtlı olarak rahatsız etme, fiziksel kavga başlatma, kaba olma” v.b. gibi maddeler göze çarpmaktadır. Bu yaş grubundaki kız çocuğu olan

ailelerin çocuklarının bu tarz davranışları az da olsa sergilemelerini görmek ölçek formunda daha yüksek puanlı derecelendirmeyi seçmiş olabileceklerini düşündürmektedir. Aynı yaş grubundaki erkek çocuklar için bu davranışlar ise kültürümüzde daha kabul edilebilir veya normal düzeyde görülebilmektedir. Her iki cinsiyete farklı bakış açısından kaynaklı düşüncelerin iki ortalama arasındaki puanlandırmayı birbirine yakınlaştırdığı, yakınlaşan puanlar ise istatistiksel olarak analiz edildiğinde aralarında anlamlı farka ulaşılmadığı düşünülmektedir.

Bu çalışmanın amacı daha önce vurgulandığı gibi Vanderbilt DEHB Aile Değerlendirme Ölçeği' nin Türkçe uyarlamasını yapmaktır. Çalışma sonucunda tartışma bölümünde de belirtildiği gibi ölçeğin geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu ortaya konmaktadır.

Bu çalışmanın bir sınırlılığı geçerlik çalışmalarında kullanılan analizlerden biri olan ölçütlere dayalı geçerlik analizinin yapılamamış olmasıdır. Ölçütlere dayalı geçerlik çalışmalarında kullanılan ölçek ile birlikte daha önce kullanılmakta olan, geçerliği yüksek olarak bilinen bir ölçekten elde edilen puanlar arasındaki ilişkiye bakılmaktadır (Özgüven, 1999). Ancak bu çalışmada buna ilişkin ek ölçeklerden yararlanılmamıştır. Buna ek olarak daha öncede belirtildiği gibi bu çalışma Gaziantep, Mersin, Kayseri ve İstanbul illeri ve 343 katılımcı ile sınırlıdır.

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 Aile Değerlendirme Ölçeği' nin Türkçe uyarlama çalışması yapılmıştır. Çalışmaya 1., 2. ve 3. sınıfa devam eden, DEHB tanısı olan 343 çocuğun annesi katılmıştır.

Çalışmada öncelikle ölçeğin yapı, kavram ve dil eşitliği alanda uzman yedi yargıcının görüşüne dayanılarak alınmıştır. Ölçek çevirisi için kullanılan yöntemlerden biri olan geleneksel yöntemden yararlanılmıştır. Bu yöntemle ilgili olarak öncelikle ölçek alandan beş kişi tarafından Türkçe' ye çevrilmiştir. Çevrilen maddeler tek tek karşılaştırılarak Türkçe form oluşturulmuştur. Oluşturulan form alan dışından biri kişi tarafından tekrar İngilizce' ye çevrilmiştir. İngilizce çeviri ve orijinal ölçek karşılaştırılmıştır. Son olarak oluşturulan Türkçe form, orijinal çalışma ve İngilizce' ye çevrilen form anlaşılabilirlik, anlam kaybı olup olmadığı ve anlam farklılaşması olup olmadığı yönünden çalışmada buraya kadar yer alan kişiler dışında iki uzman tarafından karşılaştırılıp ölçeğin son haline karar verilmiştir.

Çeviri çalışmasından sonra ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik analizleri yapılmıştır. Geçerlik analizi ile ilgili ilk olarak ölçeğin faktör analizi için uygunluğuna bakılmıştır. Yapılan analizler sonucunda ölçeğin faktör analizi için uygun olduğu belirlenmiş ve faktör analizi için gerekli olan analizler sırasıyla yapıp incelenmiştir. Faktör analizi sonuçlarına göre ölçeğin orijinal çalışması ile paralellik gösteren dört faktörlü ölçek yapısına ulaşılmıştır. Güvenirlik analizi için Cronbach Alfa Katsayısı kullanılmıştır. Her bir alt ölçek için analiz edilen güvenilirlik analizi sonucunda güvenilirlik katsayılarının yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Bu sonuçlara dayanarak, Vanderbilt DEHB Aile Değerlendirme Ölçeği' nin 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 kullanılabileceği, aynı zamanda yapılacak araştırmalarda ölçekten yararlanabileceği düşünülmektedir.

ÖNERİLER

Bu bölümde çalışmada Türkçe uyarlaması yapılan ölçeğin ülkemizde kullanımına ilişkin öneriler bulunmaktadır.

1- DEHB tanısına karar verilmesinde bu ölçekten ailelerin çocuklarını değerlendirmeleri amacı ile yararlanılabilir.

2- DEHB tanısı ile birlikte yer alabilen eş tanıların varlığını araştırılmasında kullanılabilir.

3- DEHB tanısı olan çocuklara yönelik uygulanan müdahale programı sonrasında tanıya ilişkin değişimler ölçek ile takip edilebilir.

4- Ülkemizde DEHB yaygınlığını araştırılacağı çalışmalarda kullanılabilir.

5- DEHB yaygınlığı ve eşlik eden durumların birlikteliğini araştıran çalışmalarda kullanılabilir.

6- Bu çalışmada Türkçe uyarlaması yapılan ölçek, daha önce kullanılan başka ölçeklerle birlikte kullanılarak sonuçlar karşılaştırılabilir.

7- Bu çalışmada ölçek 7 – 9 yaş aralığında kullanılarak analiz edilmiştir. Orijinal çalışmada ölçeğin 6 – 12 yaş aralığında kullanılabildiği bildirilmektedir. İleri çalışmalarda 6 – 12 yaş aralığında çalışma yapılabilir.

8- Vanderbilt DEHB Aile Değerlendirme Ölçeği' nin öğretmen formu bulunmaktadır. Öğretmen formunun Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılabilir.

KAYNAKLAR

- Adewuya, A.O. ve Famuyiwa, O.O. (2007). Attention Deficit Hyperactivity Disorder Among Nigerian Primary School Children: Prevalence And Co-Morbid Conditions. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 16, 10–15.
- Adewuya, A. O., Olab, B. ve Adewumic, T. (2007). Brief Report The 12 – Month Prevalence Of DSM – IV Anxiety Disorder Among Nigerian Secondary School Adolescents Aged 13 – 18 Years. *Journal of Adolescents*, 30, 1071 – 1076.
- 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 Hyperactive in Disorder in School – Aged Children in Saudi Arabia. *European Journal of Pediatr*. 169, 1113 – 1117.
- American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders, Second Ed. (DSM II)*. Washington, APA Pres.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders, Third Ed. (DSM III)*. Washington, APA Press,
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders, Third Ed. Rev. (DSM III-R)*. Washington, APA Pres.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü baskı (DSM-IV)*, çev. Ertuğrul Köroğlu. Ankara, Hekimler Birliği Yayınları
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders. Second Ed. (DSM IV)* Washington, APA Pres.
- Ardila, A. (1997). Specific Learning Disabilities: A neuropsychological perspective. *International Journal of Neuroscience*, 89, 189-205.
- Arkan, B. ve Üstün, B. (2009). Davranım Bozukluğu Olan Çocuklara Psikiyatrik Yaklaşımında Anne-Baba Eğitim Programları: İki Örnek Bağlamında Bir Değerlendirme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Dergisi*, 1, 155-174.

- Arı, E. (2006). *Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) olan çocuğa sahip ailelerin yaşadıkları kaygı düzeyi, algıladıkları sosyal destek ve ana – babalık tutumlarının incelenmesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Gazi Üniversitesi, Ankara.
- Arnold, L. E. ve Jensen, P. S. (1995). Attention - Deficit Disorder. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. (6th.Ed.).Kaplan, H. I., Sadock, B. J. (Eds.). Baltimore: William and Wilkins.
- Baker, L. (1982). An Evaluation of the Role of Mate. *Cognitive Deficits in Learning Disabilities*, 2, 27 – 35.
- Barkley, R. A., (1998). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment*. 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.
- Barkley R. A., Fischer M., Smallish L. (2004). Young adult follow up of hyperactive children: antisocial activities and drug use. *J Child Psychol Psychiatry*, 45, 195- 211.
- Barkley, R. A., Fischer, M., Edelbrock, C. S. Ve Samllish, L. (1990). The Adolescent Outcome Of Hyperactive Children Diagnosed By Research Criteria: 8-Year Prospective Follow Up Study. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29 (4), 546-557.
- Barkley R. A., Fischer M., Smallish L. (2006) Young Adult Follow Up Of Hyperactive Children: Adaptive Functioning In Major Life Activities. *Journal of Child Adolesence Psychiatry*, 45,192- 202.
- Bryan, T., Sullivan, K., Mathur, S. (1998). The Influence of Affect on Social-Information Processing. *Learning Disabilities*. 31 / 418 – 426.
- Baş Yılmaz, G. (2009). *Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Bir Öğrencinin Teneffüs Saatlerinde Akranları ile Olan İletişim Davranışları*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Anadolu Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir.
- Baydur H., Eser E. (2006). Uygulama: Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Psikometrik Çözümlemesi. *Sağlıkta Birlik*;1(2), 99–123.
- Bender, W., (2008). *Learning Disabilities: Characteristics, Identification and Teaching Strategies* (6th Ed.). New York: Guilford.

- Bender, W., (1999). *Learning Disabilities In The Classroom. In W.Bender (Ed.) Professional Issues In Learning Disabilities.* Austin, TX: PRO – ED.
- Benjasuwantep B., Ruangdaraganon N., Visudhiphan P. (2002) .Prevalence And Clinical Characteristics Of Attention Deficit Hyperactiveactivity Disorder Among Primary School Students In Bangkok. *Journal of Medical Assocation.* 85; 1232 – 1240.
- Becker, A., Hagenberg, N., Roessner, V. (2004). Evaluation Of The Self Reported SDQ In A Clinical Setting: Do Self Reports Tell Us More Than Ratings By Adult Informants. *European Child and Adolescent Psychiatry,* 13, 17–24.
- Biederman, J. (2005). Attention - Deficit / Hyperactiviy Disorder: A Selective Overview. *Biological Psychiatry,* 57; 11, 1215-1220.
- Biederman, J., Faraone, S. V. ve Kenan, K. (1991). Familial Association Between Attention Deficit Disorder And Anxiety Disorder. *American Journal of Psychiatry,* 148, 251-256.
- 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 Adoescent Psychiatry,* 26 (5), 722 -727.
- Bradley, R., Danielson, L., Hallahan, D. P. (2002). *Identification of Learning Disabilities: Research to Practice.* Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Brown, R. T, Freeman, W. S., Perrin, J. M. (2001). *Prevalence and Assessment of AttentionDeficit Hyperactivity Disorder in Primary Care Stings. Pediatrics.* Austin, TX: PRO – ED.
- Bryant, D., Dix, J. (1999). Mathematics Interventions for Students with Learning Disabilities. In W. Bender (Ed.), *Proffessional issues in Learning Disabilities* 219 – 259. Austin, TX: PRO-ED.
- Cantwell, P.D., Hanna, L. G., (1996). Attention Deficet Hyperactivity Disorder. *Review of Pysciyatry.* 7, 134 -161
- Coot, H. M. (1995) Longitudinal Studies of General Population and Community Samples. *The Epidemiology Of Child And Adolescent Psychopatology,* Velhust FC ve Coot HM (eds), Oxford Medical Publications.

- Collett, B., Ohan, J., Myers, K. (2003). Ten-Year Review of Rating Scales. V: Scales Assessing Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 155, 200 - 220.
- Cosden, M., Brown, C. ve Elliott, K. (2002). Developing Self-Understanding And Self-Esteem In Children With Learning Disabilities (33-53). In Bernice Wong And Mavis Donahue (Eds.), *The Social Dimension Of Learning Disabilities*. Erlbaum: New Jersey.
- Clark, D. L., Amiot, M. A. (1981). The Impact of the Reagan Administration Federal Education Policy. *Rhi. Delta Kappan*, 63, 258 – 262, Akt.,
- Bradley, R., Danielson, L., Hallahan, D. P. (2002). *Identification of Learning Disabilities: Research to Practice*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Clark, T., Feehan, C., Tinline, C., Vostanis, P. (1999). Autistic Symptoms in Children with Attention Deficit-Hyperactivity Disorder, *European Child And Adolescence Psychiatry* 8, 50 - 55.
- Cramer, C. S., Ellis, W. (1996). *Learning Disabilities: Lifelong Issues*. Paul Brookes Publish Company.
- Curtis, S. ve Tallal, P. (1991). *On The Nature Of Impairment In Language In Children*. In J. Miller (Ed.), *New Directions In Research On Child Language Disorders* (189-210). Boston: College-Hill Press.
- Debray - Ritzen, P. (1987). Diagnosis And Natural History Of Dyslexia. *Children Health Development*, 5, 22-29.
- Dean, E., Agboatwalla, M., Dallimore, M. (1995). Poliomyelitis Part 1: An Old Problem Revisited. *Physiotherapy*, 81, 17–28.
- Dereboy, Ç., Şener, Ş., Dereboy, F. (1997). Connors Öğretmen Derecelendirme Ölçeği Türkçe Uyarlaması-2. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 4, 10-18.
- Dolgun, G. (2003). *Dikkat Eksikliği/ Hiperaktivite Bozukluğu Olan 8-12 Yaş Grubu Olan Çocuklarda Yaşam Kalitesi Ölçeğinin (DE/HB/YKÖ) Geliştirilmesi*. Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul.
- Dulcan, M. (1997) Practice Parameter For The Assessment And Treatment Of Children, Adolescent and Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of American Academia Child Adolescent Psychiatry* 36, 85-121.

- DuPaul, G. (2004). *ADHD Identification and Assessment: Basic Guidelines for Educators*. Bethesda, MD: National Association for School Psychologists.
- Düzen, E. (1996). *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Otomatik ve Kontrollü Dikkat Bileşenlerinin Rollerini*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Erdoğan - Bakar E. (2007). *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Alt Tiplerine Ait Bilişsel Örüntüler*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Erdoğan - Bakar, E., Soysal, A. Ş., Kiriş, N., Şahin, A. ve Karakaş, S. (2005). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Değerlendirilmesinde WISC-R'in Yeri. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 8 (1), 5-17.
- Ergül, C. (2010). *Erken Çocukluk Eğitimi, Öğrenme Güçlüğü*, Diken, İ. (Editör), 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.
- Erkuş, A. (2006). *Sınıf Öğretmenleri İçin Ölçme Ve Değerlendirme*, Ankara: Ekinoks Yayıncılık.
- Ersan, E., Doğan, O., Doğan, S., Sümer, H. (2004). The Distribution of Symptoms of Attention-Deficit / Hyperactiveactivity Disorder and Oppositional Defiant Disorder In School Age Children In Turkey. *Euro Child Adolescent Psychiatry* 13, 354–362.
- Ersoy, F., Edirne, T., Oğuz, T. (2003) Birinci Basamakta Anksiyete Bozuklukları. *STED* 12; 9 , 326 – 327.
- Federal Register. (1993, February 10). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Field, A. (1996). *Discovering Statistics Using SPSS*. Sage Publication Inc., California.

- 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.
- Friend, M. (2008). *Special Education: Contemporary Perspectives for School Professional*. Boston, MA: Pearson Education:
- Fucks, D., Fucks, L. (1994). Inclusive Schools Movement and The Radicalization of Special Education Reform. *Exceptional Children*, 60, 294 – 309.
- Fucks, L. S. (2002). There Conceptualizations of Treatment in a Responsiveness – To – Treatment Framework for LD Identification. In R. Bradley, L. Danielson, D. P. Hallahan, Identification of Learning Disabilities: Research to Practice (pp. 521 – 530). Matwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Gettinger, M. (1991). Learning Time And Relation Differences Between Nondisabled Students And Students With Learning Disabilites. *Learning Disability Quarterly*, 14, 179 – 189.
- Gitelman, R., Mannuzza, S., Shenka, R. ve Bonagura, N. (1985). Hyperactive Boys Almost Grown-Up I: Psychiatric Status. *Archives Of General Psychiatry*, 42, 937 - 947.
- Goodman, T., Meltzer, H., Maughan, B., Rowe, R. (2006). Preadolescent Conduct Problems in Girls and Boys. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*.45 - 2, 184-191.
- Goldman, L. S., Genel M., Bezman R. J. (1998) Diagnosis And Treatment Of Attention - Deficit / Hyperactivity Disorder İn Children And Adolescents *JAMA*, 279; 14, 1100-1107
- Goldstein, S. (2002). *Contunuity of ADHD in Adulthood: Hypothesis and Theory Meet Realty*. Ed: Goldstein S Ellison AT, Clinican’s to Adult ADHD Assesment and Intervention. California, Academic Press.
- Güçlü, O. (2002). *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların Anne ve Babalarında İki Uçlu Duygudurum Bozukluğu*. Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniverisitesi Tıp Fakültesi, İstanbul.
- Güçlü, O., Erkıran, M. (2004). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Tanısı Konmuş Çocukların Ebeveynlerinde Psikiyatrik Yüklülük. *Klinik Psikiyatri*, 7, 32 - 41.

- Graham, S., Harris, K. R., (2003). *Students with Learning Disabilities and the Process of Writing: A Meta- analysis of SRSD Studies*. In H.L. Swanson, K. R., Harris, S.Graham (Eds.), *Handbook of Learning Disabilities*. New York, Guilford.
- 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.
- Gresham, F. M. (2002). *Responseveness to Intervention: An Alternative Approach to the Identification of Learning Disabilities*. In R.Bradley, L. Danielson, D. P. Hallahan, *Identification of Learning Disabilities: Research to Practice* Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Gureasko – Moore, D., DuPaul, G., Power, T. (2005). Stimulant Treatment for Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Medication Monitoring Practicies of School Psychologists. *School Psychology Review*, 34 (2), 232 – 245.
- Halperin, J. M., Gittelman, R., Klein, D. F. ve Rudel, R. G. (1984). Reading Disabled Hyperactive Children: A Distinct Subgroup Of Attention Deficit Disorder With Hyperactivity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1, 1-14.
- Hallahan, D. P., Kauffman, J. M. (1988). *Exceptional Children: Introduction to Special Education* (4th ed.) Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Hallahan, D. P. ve Mercer, C. D. (2002). *Learning Disabilities: Historical Perspectives*. In Bradley, R., Danielson, L. Ve Hallahan, D. P. (Eds.), *Identification Cation of Learning Disabilities: Research to Practice* (1-98). Mahwah, NJ: Lawrence, Erlbaum.
- Hallahan, D. P. ve Cottone, E. (1997). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. In T. Scruggs & M. Mastropieri (Eds.), *Advances In Learning And Behavioral Disabilities*. Greenwich, CT: JAI Press.
- Hammill, D.D. (1990). On Defining Learning Disabilities: An Emerging Consensus *Journal of Learning Disabilities*, 23 (2), 74-84.
- Hammill, D. D. (1993). A Timely Definition of Learning Disabilities: *Family and Community Health*, 16 (3), 1 – 8.

- Hançer, M. (2003). Ölçeklerin Yazım Dilinden Başka Bir Dile Çevirileri Ve Kullanılan Değişik Yaklaşımlar. *Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 6(10), 47–59.
- 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 Psychology*. Prentice Hall, Gosport.
- Jeffery, N. E., Froehlich, T. F., Todd, G. N., Maria, S. M. C., Mark, A. S., William, B. B., Graham, A., Joshua, M. Ve Robert, S. (2010). Pharmacogenetic Predictors of Methylphenidate Dose-Response in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 4, 18 – 24.
- Jensen, J. ve Breiger, D. (2005). *Child and Adolescent Psychiatry*. İstanbul, Sigma Yayıncılık.
- Işıtan, S. (2010). *Normal Gelişim Gösteren ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların Anlatı Analizine Dayalı Dil Becerilerinin Karşılaştırmalı Olarak İncelenmesi*. Yayımlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- İşeri, E. ve Akın - Sarı, B. (2008). *Çocukta Bilişsel Gelişim Ve Bozukluklar: Zeka Geriliği Ve Öğrenme Bozuklukları*. S. Karakaş. (Ed.). Kognitif Nörobilimler. Ankara: MN Medikal ve Nobel Tıp Kitap Sarayı.
- İyisoy, M. S. (2006). *Antisosyal Kişilik Bozukluğu Olan Bireylerde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Eştanısı Ve Yürütücü İşlevlerle İlişkisi*. Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Komutanlığı Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Programı, İstanbul.
- Kalaycı, Ş. (2010). *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri*. Ankara, Asil Yayın Dağıtım.
- Kanay, A. (2006). *Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan 9 – 13 Yaş Grubu İlköğretim Öğrencilerinin Uyumsal Davranışları, Benlik Kavramı Ve Akademik Başarıları Arasındaki İlişkiler*. Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir.
- Kandemir, H. (2009). *Hiperaktivite ve Dikkat Eksikliği Olan Çocuklar ve Ailelerinde Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi*. Yayımlanmamış

- 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.
- Kaplan, H.I., Sadock, B.J.(1996). *Clinical Psychiatry*,6, 519-530.
- Kavale, K. ve Forness S. (1995). *The Nature of Learning Disabilities: Critical Elements of Diagnosis and Classification*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Kavale, K., Forness S. ve Bender, M. (1988). *Handbook of Learning Disabilities, Vol I: Dimensions and Diagnosis*. U.S.A, Mishawaka Press.
- Kayaalp, L. (2008). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu. *Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi*. 62 / 147 – 152.
- Kessler R. C., McGonagle K. A. ve Zhao S. (1994). Lifetime And 12-Month Prevalence Of DSM - III - R Psychiatric Disorders In The United States. Results From The National Comorbidity Survey Arch Gen Psychiatry, 51, 8-19.
- Krol, J. (1993) *Rehabilitation Surgery for Deformities Due to Poliomyelitis*. Geneva: World Health Organization; 13–28.
- Kirk, S., Gallagher, J., Anastasiow, N., Coleman, M.R. (2006). *Educating Exceptional Children*. Houghton Mifflin Company: New York, Boston.114 - 155.
- Korkmazlar, Ü. (1993). *6 - 11 Yaş İlkokul Çocuklarında Özel Öğrenme Bozukluğu ve Tanı Yöntemleri*. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul.
- Kos, J. M., Richdale, A. L. ve Hay, D. (2006). Children with ADHD and Their Teachers: A Review of The Literature. *International of Journal of Disability, Development and Education*, 53, 147 – 160.
- Kuder, S. (1997). *Teaching Students with Language and Communication Disabilities*. MA: Allyn and Bacon.
- Kulak, A. G. (1993). Parallels Between Math and Reading Disability: Common Issues and Approaches. *Journal of Learning Disabilities*, 26, 666 – 673.
- Jensen, P. S., Kettle, L. ve Roper, M. T.(1999) Are Stimulants Overprescribed Treatment of ADHD In Four US Communities, *Journal of American Academia Child Adolescent Psychiatry*, 38(7), 797-804.

- 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.
- Langberg J., Aaron J. V., Brinkman W. ve Jeffery N. E. (2010). Clinical Utility of the Vanderbilt ADHD Rating Scale for Ruling Out Comorbid Learning Disorders. *Pediatrics*, 126, 1033 – 1038.
- Lerner, J. L. (2000). *Learning Disabilities: Theories, Diagnosis and Teaching Strategies*. (8th ed.) Boston: Houghton Mifflin Company.
- Leslie L., Weckerly J., Plemmons D., Landsverk J., Eastman S. (2006). *Implementing the American Academy of Pediatrics Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Diagnostic Guidelines in Primary Care Settings*.
- Lewis, M. ve Miller, S. (1990). *Handbook of Developmental Pscychopathology*. New York and London: Plenium Pres.
- Liberman, I. ve Liberman, A. (1990). Whole Language Vs. Code Emphasis: Underlying Assumptions And Their Implications for Reading Instruction. *Annals of Dyslexia*, 40, 51-76.
- Lindgren, S. ve Koeplp, G. (1987). *Assessing Child Behaviour Problems in A Medical Setting: Development of the Pediatric Behaviour Scale*. In R. J. Prinz (Ed.) *Advances in Behavioral Assesment of Children and Families*. Greenwich, CT: JAI Press
- Lyon, G. R. (1995). Research Initiatives in Learning Disabilities: Contributions from Scientists Supported by The National Institute of Child Health and Human Development, *Journal of Child Nuurology*, 10; 1, 120 – 126.
- Madaan, V.; Daughton, J.; Lubberstedt, B.; Mattai, A.; Vaughan, B.; Kratochvil, C. J. (2008). *Assessing the Efficacy of Treatments for ADHD: Overview of Methodological* 22 - 4, 275 - 290.
- Malhi, P., Singhi P., Sidnu, M. (2008). Impact Of Parent And Teacher Concordance On Diagnosing Attention Deficit Hyperactivity Disorder And Its Sub-Types. *Indian Journal of Pediatrics Volume 75 (3)*, 223-228.
- Mann, V. A., Liberman, I. Y. (1984). Phonological Awareness and Verbal Short – Term Memory: Can They Presage Early Reading Problems? *Journal of Learning Disabilities*, 17, 592 – 599.

- Maria, T. A., Mauricio, A. B., Muenke, M. (2009). Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder *Handbook of Neuroscience for the Behavioral Sciences*, 15, 52 – 65.
- Mastropieri, M., Scruggs, T. (2000). *The Inclusive Classroom Strategies for Effective Instruction*. America, Prentice Hall.
- Mather, N., Roberts, R. (1994). Learning Disabilities: A Field in Danger of Extinction? *Learning Disabilities Research and Practice*, 9, 49 – 58.
- McCraeken, A. (2000). AttentionDeficit Disorder. Ed: Sadock B., Sadock V. A., *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. (7th. Edition) Lippincott Williams&Wilkins, Philadelphia, USA.
- McMillan, James H. and Schumacher S. (1984) *Research in Education: A Conceptual Introduction*. Boston and Toronto: Little Brown and Company.
- Miller K. J., Castellanos F. X. (1998) Attention Deficit/Hyperactivity Disorders. *Pediatrics*, 19, 373-83.
- 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.
- Moats, L. C. , Lyon, G. R. (1993). Learning Disabilities in the United States: Advocacy, Science and the Futureof the Field. *Journal of Learning Disabilities*, 26, 282 – 294.
- Modesto - Love V., Danforth J. S., Brooks D. (2008), ADHD: Does Parenting Style Matter? *MSClinical Pediatrics*, 47(9):865-872
- Montague, M. ve Applegate, B. (1995). Middle School Students' Mathematical Problem Solving: An Analysis of Thinking – Aloud Protocols. *Learning Disability Quarterly*, 16, 19 – 30.
- Morris, R. D. (2002). Concordance of self- and informant ratings of adults' current and childhood attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms. *Psychology Assessment*, 14, 379-389.
- Moskal, B., M. (2000). Scoring rubrics: what, when, how? *Pratical Assessment, Research and Evaluation*, 8, 14 - 19.
- Myers, K., Winters N. (2002). Ten-Year Review of Rating Scales I: Overview of Scale Functioning,Psychometric Properties, And Selection. *Journal of*

- the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*;41(2), 114–122.
- National Joint Committee on Learning Disabilities, (NJCLD), (1991). "Learning Disabilities: Issues on Definition." *Asha* 33; 5, 18–20.
- National Institutes of Health (NIH), (2000). Consensus Development Conference Statement: Diagnosis and Treatment of Attention - Deficit / Hyperactivity Disorder. *Journal of American Academia Child Adolescents Psychiatry*, 39(2), 182-193.
- National Institutes of Mental Health (1997). Omputirized Diagnostic Interview Schedule for Children, IV (NIMH C-DISC IV). New York: Author, Columbia University.
- Office of Special Educational Program (OSEP). (2003). Identifying and Treating ADHD: A Resource for School and Home. Washington, DC:Author.
- Öktem, F. (1993) Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 4, 113-120.
- Öktem, F. ve Sonuvar, B. (1993). Dikkat Eksikliği Tanısı Alan Çocukların Özellikleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 4 (4), 267-272.
- Öktem, F. (1996). Dikkat Eksikliği Bozukluğu. *Katkı Pediatri Dergisi*, 5, 826–849
- Önal, A. (2007). *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu Ve Bu İkinin Birlikte Bulunduğu Durumların Davranışsal Sorunlar, Aile İlişkileri Ve Kognitif Fonksiyonlar Açısından Karşılaştırılması*. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul.
- Öncü, B. (2008). *Yetişkinde Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu*. S. Karakaş. (Ed.), *Kognitif Nörobilimler*. Ankara: Nobel Tıp Yayınları
- 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.
- Özgüven, İ. (1999). *Psikolojik Testler*. Ankara, Sistem Ofset.

- Parmer, R. S., Cawley, J. F. ve Frazita, R. R. (1996). Word-Problem Solving By Students With And Without Mild Disabilities. *Exceptional Children*, 62; 5, 415-429.
- Pary R., Lewis S. ve Matuschka P. R. (2002) Attention Deficit / Hyperactivity Disorder: An Update. *South Medicine Journal*, 95; 7, 743 - 749.
- Rafalovich, A. (2001). Pshycodinamic and Neurological Perspectives on ADHD: Exploring Strategies for Defining A Phenomenon. *Journal for The Theory of Social Behaviour*, 31, 347 – 418.
- Rapport, M., Scanlan, S. Ve Denney, C. (1999). Attention Deficit / Hyperactivity Disorder and Shcolastic Achievement: A Model of Dual Developmental Pathways. *Journal of Child Psycology and Phychiatry and Applied Disciplines*, 40(8), 1169 - 1183.
- Reiff, M. (2004). ADHD: A Complete and Authoriatetive Guide. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics.
- Rock, E. F., Fessler, M. A., Church, R. P. (1999) The Concomitance of Learning Disabilities and Emotional / Behavioral Disorders: A Conceptual Model. *Journal of Learning Disabilities*, 30 (3), 245 – 263.
- Ross, S. A., Ross, D. M. (1982). Hyperactivity: Current issues, Research And Theroy. *Genetic of Phychology*, 70, 155 – 216.
- Rourke, B. P. (1994). *Syndrome of Non – Verbal Learning Disabilities*. New York: Guilford Press.
- Rowe, K. J. ve Row, K. S. (1992). The Relationship Between Inattention In The Classroom And Reading Achievement: Methodological Issues. *Journal Of The American Academy Of Child An Adolescent Psychiatry*, 31, 349-356.
- Ruth, D. (2005). Evaluation and Assesment Issues In The Diagnosis of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Child Adolescent Psychiatry*, 12, 200 – 216.
- Saatçioğlu, Ö. (2001). Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Tedavisi ve Yeni Yaklaşımlar. *Klinik Psikofarmatoloji Bülteni*, 11 (1), 18 – 32.
- Shekim, W. O., Asarnow R. F., 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., 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 ADDH and Learning Disability: A Review and Report in a Clinically Referred Sample. *Journal of American Academy Child Adolescent Psychiatry*. 31(3), 439-48.
- Sergant, J., Steinhausen, H.C. (1990). European Perspectives on Hiperkinetic Disorder. *Special Article*,3, 46 – 52.
- Siegel, L. S. (2003). *Basic Cognitive Processes and Reading Disabilities*. In H.L.Swanson, K. R. Harris, S. Graham (Eds.), *Handbook of Learning Disabilities* (pp.158 – 181). New York: Guilford.
- Silver, L. B. (1990). Attention Deficit-Hyperactivity Disorder: Is it a learning disability or a related disorder? *Journal of Learning Disabilities*, 23 (7), 394 - 397.
- Silver, C. H., Ruff, R. M, Iverson, G. L., Barth, J. T., Broshek, D. K., Bush, S. S., Koffler, S. P. ve Reynolds, C. R. (2007). Learning Disabilities: The Need For Neuropsychological Evaluation. NAN Policy and Planning Committee. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 23, 217-219.
- Simith, D. D. (1998). *Introduction to Special Education: Teaching in A Age of Challenge*. Needhan Heights, MA: Allyn and Bacon. Akt. Ergül, C. (2010). Erken Çocukluk Eğitimi, Öğrenme Güçlüğü, Diken, İ. (Editör), Ankara, Pegem A Yayınevi,
- Soykan, A. A. (1991). *Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların Ruhsal ve Organik Yönden Araştırılması*. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara.
- Soykan - Aysev, A. ve Erdoğan - Bakar, E. (2008). *Ergenlerde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu*. Karakaş S.(Ed.). Kognitif Nörobilimler. Ankara, Nobel Tıp Yayınları.
- 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.

- Sundheim, M. D. ve Voeller, K. S. (2004). *Psychiatric Implications of Language Disorders and Learning Disabilities: Risks and Management*. New York: Guilford.
- Swanson, H. L. (1990). *Instruction Derived from the Strategy Deficit Model: Overview of Principles and Procedures*. In T. Scruuggs, B. Wong (Eds.) *Intervention Research in Learning Disabilities*. New York: Springer – Verlag.
- Şencan, H. (2005). *Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenilirlik ve Geçerlilik*. , Ankara, Seçkin Yayınevi.
- Şenel, H. G. (1996). Öğrenme Yetersizliği İle Dikkat Eksikliği-Aşırı Hareketlilik Bozukluğunun Karşılaştırılması. *Özel Eğitim Dergisi*, 2(2), 76-90.
- Şener Ş., Dereboy Ç. ve Dereboy F. (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*. Nobel Yayınları, Ankara.
- Taylor E., Everitt B., Thorley G., Schachar R., Rutter M., Weiseibwrg M. (1986). Conduct Disorder and Hyperactivity II: A Cluster Analytic Approach to the Identification of a Behavioural Syndrome, *British Journal of Psychiatr*, 149, 768 - 777.
- Telzrow, C.R. ve Bonar, A.M. (2002). Responding To Students With Nonverbal Learning Disabilities. *Teaching Exceptional Children*, 34, 8 – 13.
- Tirosh, E., Cohen, A., Berger, J., Davidovitch, M. ve Cohen - Ophir, M. (2001). Neurodevelopmental and behavioural characteristics in learning disabilities and attention deficit disorder. *European Journal of Pediatric Neurology*, 5 (6); 253- 258.
- Thomas, R. C. (2007) *Yıkıcı Davranım Bozukluğu*. Kaplan and Sadock's Comprehensive Text Book, Sadock B.J, Sadock V. A., (8.Ed.). 3205 – 3215.

- Torgensen, J. K., Kail, R. V. (1980). *Memory Process in Exceptional Children*. In L. L. Keogh (Ed.) *Advances in Special Education: Vol. 1. Basic Constructs and Theoretical Orientations*. Greenwich, CT: J. A. I. Press.
- Torgesen, J., Wagner, R. (1998). Alternative Diagnostic Approaches for Specific Developmental Reading Disabilities. *Learning Disabilities Research and Practice*, 13, 220 – 232.
- Toros, F., 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.
- Tur – Kaspas, H. (2002). *Social Cognition in Learning Disabilities*. In B. Y. L., Wong, M. L., Donahue (Eds.) *The Social Dimensions of Learning Disabilities*. 11 -31. Mahwah, N.J. Lawrence Erlbaum Associates.
- 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.
- Tüzün, Ü. (1993). *Okul Çağı Çocuklarında Yaşam Olguları, Depresyon Semptomları ve Self-Esteem Arasındaki İlişki*. Yan Dal Uzmanlık Tezi. İstanbul Üniversitesi Psikiyatri Anabilimdalı, İstanbul.
- U.S. Department of Education. (1999). *Tenth Annual Report to Congress on the Implementation of the Education of the Handicapped Act*. Washington, DC: U.S. Department of Education.
- U.S. Department of Education.(2006). *Asistance To States For Educations Of Children With Disabilities And Preschool Grants For Children With Disabilities*. 34 CFR Parts 300 – 301. Washington, DC: Author.
- Yavaş İ. (1995). *Davranım Bozukluğu Olan Çocuk ve Ergenlerde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Depresyon Ve Anksiyete Bozuklukları Birlikteliği*. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Psikiyatrisi, Ankara.

- 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.
- Vaughn, S., LaGreca, A., Kuttler, A., (1999). *The Why, Who and How of Social Skills*. In W.Bender (Ed). *Professional Issues in Learning Disabilities*. Austin: TX:PRO – ED.
- Wender P.H. (2000). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Adults*. Oxford University Pres, New York, 122-143.
- Werner, H., Strauss, A. (1940). *Casual Factors in Low Performance*. American Journal of Mental Deficiency, 45, 213 – 218. Akt.;Kuder, S. (1997). *Teaching Students with Laguage and Communication Disabilities*. MA: Allyn and Bacon.
- William E. P., Gregory A. F., Greta M. M. (2004). *Evidence-Based Assessment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents*. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 2005, 34 (3), 449–476.
- Wolraich M., Lambert W. ve Doffing M. (2003). *Psychometric Properties Of The Vanderbilt ADHD Diagnostic Parent Rating Scale In A Referred Population*. *Journal of Pediatr Psychology* 28, 559–568.
- Wood, J. W., Lazzari, A. M. (1997). *Exceeding the Boundaries: Understanding Exceptional Lives*. Orlando, FL: Harcourt Brace AND Company.
- Wong, B. (1991). *The Relevance of Metacognition to Learning Disabiities*. In B. Wong (Ed.) *Learning About Learning Disabilities*. San Diego: Academic Press.
- World Health Organization (1993). *International Claasification of Disease and Related Disorders (ICD – 10)*. Geneva: World Health Organization.
- Zigmond, N. (1993). *Learning Disabilities from An Educational Perspective*. In G. R. Lyon, D. B. Gray, J. F. Kavanagh, N. A. Krasnegor (Eds.) *Better Understanding Learning Disabilities: New view From Research and Their Implications for Education and Public Policies*. Baltimore: Brookes.

Zipprich, M. A. (1995). Teaching Web Making As a Guided Planning Tool to Improve Student Narrative Writing. *Journal of The Hammill Institute on Disabilities*.16, 3 – 15.

Ek 1

Bilgi Formu

Tarih: ___ / ___ / ___

Aşağıdaki sizden istenen bilgileri okuyunuz ve eksiksiz doldurunuz.

Çocuğun Adı	Cinsiyeti	Çocuğun Yaşı Gün/Ay/Yıl	Devam Ettiği Sınıf

Tanı Alma Yaşı Gün/Ay/Yıl	Kim Tarafından	Nerede	Ek Tanı	İlaç Kullanıyor mu?	Destek Eğitim Alıyor mu? (Özel Eğitim, Mer.-Evde Özel Ders-Destek Eğitim.)	Ne Kadar Süredir Alıyor?

Ailenin Adı (Anne veya Baba)	Yaşı	Öğrenim Durumu (İlköğretim-Ortaöğretim-Üniversite)	Mesleği

Ailedeki Çocuk Sayısı	Diğer Çocuklarda Aynı Tanı Var mı?	Diğer Çocuklarda Farklı Tanı Var mı?	Diğer Çocuk Destek Eğitim Alıyor mu?	Ne Kadar Süredir Alıyor?