

T.C.
KOCAELI ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ



**WEISS LEVSELLİKTE BOZULMA ÖLÇEĞİ EBEVEYN FORMU
(W BÖ-E) TÜRKÇE GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI**

Dr. Mahmut Cem TARAKÇIOĞLU

ÇOCUK RUHSAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

2012

T.C.
KOCAELI ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ



**WEISS LEVSELL KTE BOZULMA ÖLÇE EBEVEYN FORMU
(W BÖ-E) TÜRKÇE GEÇERLİK VE GÜVENLİK ÇALIŞMASI**

Dr. Mahmut Cem TARAKÇIOĞLU

ÇOCUK RUHSAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Nursu ÇAKIN MEMEK

Anabilim Dalı Başkanı

Prof. Dr. Belma AYOĞLU

2012

Etik Kurul Onay Tarihi: 29.09.2011

Sayı: KAEK 11/9

Proje No: 2011/111

TE EKKÜR

Uzmanlık e itimim ve tez çalı mam sırasında bilgi, deneyim ve desteklerinden yararlandı ım Prof. Dr. Belma A ao lu'na,

Uzmanlık e itimimin son yılında kendisiyle çalı ma fırsatı yakaladı ım, bilgi ve deneyimlerinden yararlandı ım Prof. Dr. Ay en Co kun'a,

Tez çalı mam sırasında bana sabırla yardım eden, destek olan ve olumlu geribildirimler ile motive eden tez danı manım Doç. Dr. Nursu Çakın Memik'e,

Uzmanlık e itimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlandı ım, bana her konuda destek olan Doç. Dr. I ık Karakaya'ya, Doç. Dr. Özlem Yıldız'a ve Yrd. Doç. Dr. ahika Gülen i manlar'a,

Tez çalı mamın istatistik analizlerine katkılarından dolayı Prof. Dr. Ümit Tural'a,

Eri kin psikiyatrisi rotasyonu sırasında bilgi ve deneyimlerinden faydalandı ım Prof. Dr. Bülent Co kun'a, Prof. Dr. Mustafa Yıldız'a, Prof. Dr. A. Tamer Aker'e, Doç. Dr. rem Yalu 'a, Doç. Dr. Aslıhan Polat'a ve Yrd. Doç. Dr. Cem Cerit'e,

Çocuk nörolojisi rotasyonu sırasında kendisi ile çalı ma fırsatı yakaladı ım, bilgi ve deneyimlerinden faydalandı ım Doç. Dr. Bülent Kara'ya,

Tez çalı mama katkılarından dolayı Dr. Elif Kırmızı Alsan'a, Psk. Nesligül Nihal Olgun'a, Psk. Sevda Özer'e, Psk. Mustafa ahan'a, çalı mamı yürüttü üm okullardaki tüm idareci ve ö retmenlere, çalı maya katılan tüm çocuklara ve ebeveynlerine,

Uzmanlık e itimim boyunca birlikte keyifle çalı tı ım tüm asistan arkadaş larıma ve görevli personele,

Do du um günden beri her zaman desteklerini yanımda hissetti im, çocukları olmaktan onur duydu um sevgili anne ve babama, sahip oldu um için kendimi anslı hissetti im sevgili karde lerime, zorlu tez çalı ması sürecindeki desteklerinden dolayı e imin ailesine,

Her türlü zorlukta yanımda olan, birlikte geçirece imiz zamandan fedakârlık yapan, sevgisini ve deste ini sürekli olarak hissetti im de erli e im Dr. Hatice Tarakçio lu'na, tez çalı mam sürecinde dünyaya gelen ve sıkıntı giderici özelli i ile bana güç veren minik o lum Ahmet Emre'ye te ekkür ederim.

Ç NDEK LER D Z N

	Sayfa No
1. AMAÇ VE KAPSAM	1
2. GENEL B LG LER	3
2.1. Dikkat Eksikli i Hiperaktivite Bozuklu u	3
2.1.1. Tanım ve Tarihçe	3
2.1.2. Epidemiyoloji	4
2.1.3. Etiyoloji	5
2.1.3.1. Genetik Etkenler	6
2.1.3.2. Nörofizyolojik ve Nöroanatomik Etkenler	6
2.1.3.3. Nörotransmitterlere Ba lı Etkenler	7
2.1.3.4. Psikososyal ve Çevresel Etkenler	7
2.1.4. De erlendirme ve Klinik Özellikler	8
2.1.5. Tanı	10
2.1.6. E lik Eden Tanılar	12
2.1.7. Ayırıcı Tanı	13
2.1.8. Tedavi	14
2.1.8.1. İlaç Dı ı Tedaviler	14
2.1.8.2. İlaç Tedavileri	15
2.2. İlevsellikte Bozulma	16
2.2.1. Tanımı ve Önemi	16
2.2.2. DEHB’de İlevsellikte Bozulmanın DEHB Belirtileri ve Ya am Kalitesi ile li kisi	17
2.2.3. DSM-5 ve ICD-11 Bakı Açısı ile İlevsellikte Bozulma Kavramı	18
2.2.4. İlevsellikte Bozulma Ölçekleri	19
2.2.5. Çocuklarda Kullanılan İlevsellikte Bozulma Ölçekleri	20
2.2.5.1. Çocuklarda Kullanılan Genel İlevsellikte Bozulma Ölçeklerinden Örnekler	20
2.2.5.2. Çocuklarda Kullanılan Çok Boyutlu İlevsellikte Bozulma Ölçeklerinden Örnekler	21

2.2.5.3. Çocuklarda Kullanılan Hastalığa Özgü İlevsellikte Bozulma Ölçeklerinden Örnekler	22
2.2.5.4. Çocuklarda Kullanılan Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğuna Özgü Ölçekler	22
2.3. Psikolojik Testlerin Özellikleri	24
2.3.1. Standartlaştırma	24
2.3.2. Güvenirlik	24
2.3.2.1. İç Tutarlık	25
2.3.2.2. Test-Tekrar Test Güvenirliği	25
2.3.2.3. Edeğer Ölçek Güvenirliği	25
2.3.2.4. Yarıya Bölme Güvenirliği	26
2.3.2.5. Değerlendiriciler Arası Güvenirlik	26
2.3.3. Geçerlik	26
2.3.3.1. İçerik Geçerliği	26
2.3.3.2. Ölçüt Bağımlı Geçerlik	27
2.3.3.2.1. E zamanlı Geçerlik	27
2.3.3.2.2. Ön Kestirim Geçerliği	27
2.3.3.3. Yapı Geçerliği	27
2.3.3.3.1. Birleşen Geçerlik	28
2.3.3.3.2. Ayırt Edici Geçerlik	28
2.3.3.3.3. Faktör Geçerliği	28
3. GEREÇ VE YÖNTEM	29
4. BULGULAR	38
5. TARTIŞMA	59
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	69
7. ÖZET	72
8. NİĞLİZCE ÖZET	73
9. KAYNAKLAR	74
10. EKLER	83

10.1. Çocuk/Ergen Bilgilendirme Formu	83
10.2. Ebeveyn Bilgilendirme Formu	84
10.3. Aydınlatılmış Onam Formu	85
10.4. Weiss İlevsellikte Bozulma Ölçeği-Ebeveyn Formu	86
10.6. Çocuklar için Genel Değerlendirme Ölçeği	90
10.8. Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği	92
10.9. Conners Ana Baba Derecelendirme Ölçeği-Kısa Formu	95
10.10. Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği-Ebeveyn Formu	95

KISALTMALAR D Z N

AB	Anksiyete Bozuklu u
ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
ADHD-RS	ADHD-Rating Scale
AIM-C	ADHD Impact Module-Child
CADDRA	Kanada DEHB Birli i
CADÖ-48	Conners Ana Baba Derecelendirme Ölçe i-Kısa Formu
CHIP	Child Health and Illness Profile
CIS	Columbia Impairment Rating Scale
ÇD G- Y-T	Okul Ça ı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve izofreni Görü me Çizelgesi- imdi ve Ya am Boyu ekli-Türkçe Uyarlaması
Ç GDÖ	Çocuklar için Genel De erlendirme Ölçe i
Ç YKÖ	Çocuklar için Ya am Kalitesi Ölçe i
DB	Davranım Bozuklu u
DDB	Duygudurum Bozuklu u
DEHB	Dikkat Eksikli i Hiperaktivite Bozuklu u
DEHB-B	Dikkat Eksikli i Hiperaktivite Bozuklu u-Birle ik Tip
DEHB-DE	Dikkat Eksikli i Hiperaktivite Bozuklu u-Dikkat Eksikli inin Önde Oldu u Tip
DEHB-HD	Dikkat Eksikli i Hiperaktivite Bozuklu u-Hiperaktivite/Dürtüselli in Önde Oldu u Tip
DSM-IV-TR	Ruhsal Bozuklukların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı'nın Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskısı
DSÖ	Dünya Sa lık Örgütü
GAF	Global Assessment of Functioning
ICD	Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması
B	levsellikte Bozulma

KG -G	Klinik Global Zelenim Ölçe i-Genel İddet
KOKGB	Kar ıt Olma Kar ı Gelme Bozuklu u
KU	Kar ıla tırmalı Uyum ndeksi
ÖB	Ö renme Bozuklu u
TOKH	Tahminin Ortalama Karekök Hatası
WFIRS	Weiss Functional Impairment Rating Scale
W BÖ	Weiss İlevsellikte Bozulma Ölçe i
YDBÖ	Yıkıcı Davranı Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve De erlendirme Ölçe i
YK	Ya am Kalitesi



TABLolar D Z N

	Sayfa No
Tablo 1: DEHB ve kontrol grubunda ya ortalamaları ve cinsiyet da ılımı	38
Tablo 2: DEHB ve kontrol grubunun sınıflara göre da ılımı	39
Tablo 3: DEHB ve kontrol grubunda ebeveynlere ait sosyodemografik özellikler	40
Tablo 4: DEHB alt tiplerinin da ılımı	40
Tablo 5: DEHB ve kontrol grubunda CADÖ puan ortalamaları	41
Tablo 6: DEHB grubunda W BÖ-E madde puanlarının da ılımı	43
Tablo 7: DEHB grubunda W BÖ-E alt boyutlarında maddelerin da ılımı	44
Tablo 8: DEHB grubunda W BÖ-E alt boyutlarında taban ve tavan yüzdeleri (44 madde için)	45
Tablo 9: DEHB grubunda W BÖ-E alt boyutlarında puan da ılımı (44 madde için)	46
Tablo 10: DEHB grubunda W BÖ-E boyutlarında iç tutarlık	47
Tablo 11: DEHB grubunda W BÖ-E alt boyut ve toplam puan korelasyonları	48
Tablo 12: DEHB grubunda W BÖ-E test-tekrar test korelasyonları (44 madde için)	49
Tablo 13: DEHB grubunda W BÖ-E maddelerinin faktör analizindeki yükleri (44 madde için)	51
Tablo 14: DEHB grubunda W BÖ-E faktör de erleri (44 madde için)	52
Tablo 15: DEHB grubunda W BÖ-E ile YDBÖ-Ebeveyn korelasyonları	53
Tablo 16: DEHB grubunda W BÖ-E ile Ç GDÖ korelasyonları	54
Tablo 17: DEHB grubunda W BÖ-E ile KG -G korelasyonları	54
Tablo 18: DEHB grubunda W BÖ-E ile Ç YKÖ-Ebeveyn korelasyonları	55
Tablo 19: Farklı gruplarda W BÖ-E puanlarının incelenmesi	57
Tablo 20: Farklı gruplarda W BÖ-E ayırt edici geçerli inin incelenmesi	58

1. AMAÇ VE KAPSAM

Kökene antik döneme kadar uzanmakta olan psikometrik değerlendirilmenin, bilimsel olarak tanımı ve kullanımı ile ilgili çalışmalar on dokuzuncu yüzyıla dayanmaktadır. Bilimsel anlamda ölçek kullanımı ise yirminci yüzyılın ikinci yarısından sonra önem kazanmıştır. Psikolojik ölçek bir davranış kalıbının nesnel ve standart şekilde ölçümü olarak tanımlanmaktadır. Psikiyatri ve psikoloji alanında ölçek kullanımı, betimleyici olarak ifade edilen belirtilerin sayısal veriye dönüştürülmesini amaçlamaktadır (1).

Ölçekler klinik psikiyatrik araştırmaların vazgeçilmez parçaları olarak görülmektedir. Farklı kullanım amaçları olmakla birlikte, tarama, tanı koyma ve iddet ya da deyim ölçme en yaygın kullanım amaçlarındandır. Bir ölçeğin bir araştırmada kullanılması için öncelikle güvenilir ve geçerli olması gerekmektedir (2).

Araştırma ya da klinik değerlendirilmenin özgül durumlar için hedeflenen koşullar göz önüne alınarak ve en iyi ölçek seçilerek yapılması gerektiği belirtilmektedir. Değerlendirilmek istenen alanın, bu alanla ilgili ölçeklerin, bu alana ait hasta toplumunun özelliklerinin ve araştırma koşullarının ölçek seçiminde belirleyici etkenler olduğu belirtilmektedir (2).

levsellik, genel olarak kişiler arası ilişkilerde niteliğin, derinliğin olması ve toplumsal olarak tanımlanmış rol ve beklentilerin karşılanması anlamını taşımaktadır. Bireyin ilişkilerde ilişkili; rol ilişkilerde ilişkili, kişiler arası ilişkiler, kendine bakım ve bağımsız ya da amaç becerileri, boş zaman değerlendirme ve etkinliklere katılım alanlarında değerlendirilmektedir (3). İlevsellikte bozulma (B), günlük yaşamdaki fiziksel, sosyal ve kişisel etkinlikleri sürdürmede kısıtlılık olarak tanımlanmaktadır (4).

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), erken çocukluk döneminde başlayan ve günlük yaşam aktivitelerini birçok yönden olumsuz etkileyen belirtilerle seyreden yaygın nörodavranışsal bozukluklardan biridir (5). DEHB tanısı için en az iki ortamda (evde, okulda ya da dışarıda) belirtilerinden kaynaklanan ilişkilerde ilişkili bozulma olmalıdır (6).

DEHB’de klinik yardım için başvuru genellikle belirtilerle ilişkilendirilerek, B ile ilişkili bulunmuştur. Çocukluk çağında B, uzun dönemde olumsuz sonuçların en önemli öncüsüdür (7). DEHB’de ilişkilerde ilişkili birçok alanında bozulma olduğu ve bu

bozulmanın erişkinlik ça ında da devam edebilece i bilinmektedir. DEHB’li olguların, okul, sosyal yetiler ve aile ilişkileri alanlarında ya adıkları B, kendilerini, ailelerini ve toplumu olumsuz olarak etkilemektedir (8).

DEHB belirtileri ve DEHB’nin olu turdu u B, birbirleriyle ilişkili ancak farklı kavramlardır. DEHB’nin tanı ve de erlendirilmesinde farklı önemleri vardır ve DEHB’de hem belirtilerin hem de B’nin de erlendirilmesi önerilmektedir (9). Bir kişinin işlevselliklerinin de erlendirilmesinin; tanı alacak bir hastalığın geçici ya da küçük bir sorundan ayırt edilmesinde, hasta ile ilgili tedavi planının olu turulmasında, tedavi hedeflerinin belirlenmesinde ve gelecekteki uyum ilişkilerinin ve prognoz tahmin edilmesinde kritik bir önemi bulunmaktadır (8).

DEHB alanında çalış an uzmanlar tarafından belirtilerin de erlendirilmesine ek olarak işlevsellik sistematik olarak de erlendirilmesi önemli görülmektedir. Kapsamlı ve pratik bir “DEHB’de işlevsellikte bozulma ölçeğinin” olmaması, yalnızca DEHB’nin de erlendirmesini de il, DEHB’ye uygun tedavilerin de erlendirilmesini güçle tirmektedir (8). İşlevsellikte bozulmayı de erlendiren genel işlevsellikte bozulma ölçekleri dünyada ve ülkemizde kullanılmasına rağmen, hastalığa özgü işlevsellikte bozulmayı de erlendiren az sayıda ölçek bulunmaktadır. Hastaların hem rutin de erlendirilmelerinde hem de epidemiyolojik çalış malarda B’yi de erlendirmek için kullanılabilir, psikometrik olarak geçerlik ve güvenilirlik yapılmı , işlevsellik alanlarını içeren, cinsiyet, kültür ve gelişime uygunluk ölçerini hesaba katan ölçeklere ihtiyaç bulunmaktadır (10).

Weiss İşlevsellikte Bozulma Ölçeğ i (WBÖ) [Weiss Functional Impairment Rating Scale (WFIRS)], DEHB’de işlevsellikte bozulmayı ölçen, DEHB örnekleminde geçerli olan tek ölçek olup birçok randomize kontrollü çalış mada kullanılmı tır (11-15).

Türkiye’de çocukluk ve ergenlik ça ında kullanılabilen geçerli ve güvenilirlik kanıtlanmı , DEHB’ye özel işlevsellikte bozulmayı de erlendiren bir ölçek bulunmamaktadır. Ülkemizde DEHB ile ilgili işlevsellik ölçeğ i geçerli ve güvenilir bir ölçeğ in olmasının önemli oldu u dü ünülmektedir. Bu çalış mada “Weiss İşlevsellikte Bozulma Ölçeğ i Ebeveyn Formu’nun (WBÖ-E)” ülkemizde kullanılabilmesi için Türk çocuklarında geçerlik ve güvenilirlik çalış ması yapılmı tır.

2. GENEL B LG LER

2.1. Dikkat Eksikli i Hiperaktivite Bozuklu u

2.1.1. Tanım ve Tarihçe

Dikkat eksikli i hiperaktivite bozuklu u, benzer geli im düzeyindeki bireylere göre daha a ır, sürekli, iddetli ya da sık olarak, dikkatsizlik ve/veya hareketlilik ve dürtüsellik belirtilerinin ya anması olarak tanımlanmaktadır (6). Dikkat süresinin kalıcı ve sürekli olarak kısılması, engellemeye yönelik denetim eksikli i nedeniyle davranı larda ya da bili te ortaya çıkan hareketlilik ve dürtüsellik bozuklu un temel özelli i olarak görülmektedir (16).

DEHB için tanımlamalar yıllar boyunca farklı terimlerle yapılmı tır. Bu bozukluk 19. yüzyılın sonlarında tıbbi yazında “çılgın aptallar”, “dürtüsel delilik” ve “yetersiz engellenme” olarak adlandırılmı tır. DEHB ile ili kili ilk kaynak 1865 yılında çocukluk dönemine ait bozuklukları kaleme alan alman hekim Heinrich Hoffman’ın “kıpır kıpır Phil” adlı iiri olmu tur (16). 1902 yılında ingiliz bir pediatrist olan George Still dikkat eksikli i ve kurallara uymada güçlü ü olan 45 çocukla ilgili gözlemlerini bilimsel bir makale haline getirmi ve bu çocukların “ahlâki kontrolde bir bozukluk” ta ıdı ını, bu durumun ortaya çıkmasında çevresel ve organik nedenlerin etkin olabilece ini öne sürmü tür (17). Bu dönemlerde sendromun özellikleri, günümüzdekine oldukça benzer ekilde; dikkati toplamada a ır bozukluk, kendini kontrol etmede güçlük, huzursuzluk, dürtüsellik, sakarlık ve minör konjenital anomaliler gibi nörolojik silik bulgular olarak tarif edilmi tir (17). 1919-1920 yılları arasında ortaya çıkan influenza pandemisinin ardından hayatta kalan çocuklarda sıklıkla geli en bu durumun organik beyin hasarına ba lı oldu u dü ünülmü ve “minimal beyin hasarı sendromu” terimi kullanılmaya ba lanmı tır (18). 1947’de Strauss ve arkadaş ları tarafından, a ır hareketlilik, a kınlık, dürtüsellik ve bili sel yetersizli i olan çocuklarda beyin hasarı oldu u belirtilmi ve bu durum “minimal beyin hasarı sendromu” olarak bildirilmi tir (16). 1960’lı

yıllarda hiperaktif davranı ların organik etiyoloji olmadan da ortaya çıkabildi i anla ılınca, “minimal beyin hasarı” terimi terk edilmi ve Clements ve Peters bozuklu un “minimal beyin disfonksiyonu” olarak adlandırılmasını önermi tir (19).

Tanı açısından önceki tanımlamalara oranla daha geçerli ve güvenilir olan sınıflandırma çalı maları, Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması-9’da (International Classification of Diseases-9, ICD-9) ve Ruhsal Bozuklukların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı-II’de (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders II, DSM-II) bozuklu un “çocukluktaki hiperkinetik sendrom” olarak adlandırılıp tanımlanması ile ba lamı tır. DSM-II’de tanı hiperaktivite, dikkat kısıalı ı, kolay uyarılabilirlik olarak de i tirilmi tir (20). DSM-III’te bu bozukluk, dikkat eksikli i bozuklu u; hiperaktiviteli ya da hiperaktivitesiz olarak tanımlanı ve temel belirtiler dikkatsizlik, dürtüsellik ve huzursuzluk olarak belirlenmi tir (21). DSM-III-R’de tanı artık DEHB olmu , 14 belirti sıralanmı ve tanı için 8 belirtinin olması ko ulu getirilmi tir (22). DSM-IV’te, DEHB, davranım bozuklu u (DB) ve kar ıt olma kar ıt gelme bozuklu u (KOKGB) ile birlikte “dikkat eksikli i ve yıkıcı davranı bozuklukları” ba lı ı altında yer almaktadır. Buna ek olarak dikkat eksikli i ve hiperaktivite/dürtüsellik temel alınarak DEHB’nin:

- Dikkat eksikli inin önde geldi i tip (DEHB-DE)
- Hiperaktivite/dürtüselli in önde geldi i tip (DEHB-HD)
- Birle ik tip (DEHB-B) olmak üzere 3 alt tipi tanımlanmı tır (6).

DSM’de DEHB olarak tanımlanan durum, ICD-10’da hiperaktiviteye vurgu yapılarak “hiperkinetik bozukluklar” adı ile yer almaktadır (19).

2.1.2. Epidemiyoloji

DEHB yaygınlı ı ile ilgili ara tırma sonuçları, olguların tanımlanması, çalı ma deseni gibi çe itli etkenlere ba lı olarak farklılık göstermektedir (16). DEHB’nin çocukluk ça ında en sık tanı konulan psikiyatrik bozukluk oldu u kabul edilmektedir (17). Çe itli epidemiyolojik çalı malarda yaygınlık %1 ile %20 arasında de i en oranlarda bildirilmektedir (23). Okul ça ındaki çocuklar arasında DEHB yaygınlı ı %3-7 olarak bildirilmektedir (6). Geni kapsamlı bir metaanaliz çalı masında tüm dünya için yaygınlık oranı %5.29 olarak saptanmı tır (24).

DEHB'nin yaygınlık oranı örneklemin seçimine (toplum ya da klinik örneklem), bilgi alınan kaynağa (öretmen ya da aile), kullanılan tanı ölçütlerine (belirtilerin yaygınlığına mı yoksa ilersellikteki bozulmaya mı dikkat edildiği) ve ölçüm gereçlerine (yapılandırılmış görüşme teknikleri ya da ölçekler) göre değişebilmektedir. ICD-10 ölçütlerine göre DEHB tanısı konulabilmesi için DEHB'nin üç temel birleşeni olan "dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellik" alanlarının her birinde belirtilerin bulunması gerekmektedir. DSM-IV'te ise dikkat eksikliği ve hiperaktivite-dürtüsellik ayrı olarak ele alınmakta ve herhangi bir gruptan altı belirtinin bulunması tanı için yeterli olmaktadır. DSM-IV ölçütlerine göre yapılan araştırmalarda ICD-10 ölçütlerine göre yapılanlara oranla DEHB yaygınlığı daha yüksek bulunmaktadır (23).

Türkiye'de DEHB yaygınlığı konusunda yapılan kapsamlı bir araştırmada, yaygınlık % 13.38 saptanmıştır (25). DSM-IV'e göre hazırlanan soru listesiyle yapılan bir araştırmada yaygınlık % 8.1 saptanmıştır (26). Ülkemizde klinik örnekleme yapılan farklı çalışmalarda DEHB yaygınlığı ile ilgili % 2.78 ile % 27 arasında değişen rakamlar bildirilmiştir (16,27).

DEHB'nin erkeklerde kızlardan daha sık görüldüğü bilinmekle birlikte toplum örnekleminde erkek/kız oranı 3:1 iken, klinik örnekleme 8-9:1 gibi farklı oranlar saptanmıştır (25). Kızlarda daha az hareketlilik ve davranış belirtilerinin görülmesi, DEHB tanısı konulan erkeklerin kızlara göre daha saldırgan olmaları, kızların ancak ciddi akademik sorunlar ya da davranış sorunları oldu unda hekime getirilmeleri bu farklılığı açıklayan etkenler olarak bildirilmiştir (17,25). Ülkemizde klinik örnekleme yapılmış olan bir çalışmada erkek/kız oranı 6:1 iken, toplumsal örnekleme yapılan başka bir çalışmada 3.23:1 bulunmuştur (16,25).

2.1.3. Etiyoloji

DEHB biyolojik, çevresel ve psikososyal etkenlerin ortak bir sonucu olarak meydana gelen çok etkenli bir bozukluktur (16). DEHB'nin etiolojisindeki hipotezlerin çoğu genetik, doğum ya da doğum sonrasında çevresel nedenlerle beyin ilerlerinde ortaya çıkan bozukluklar üzerinde dururken, bir kısmı da sosyal etkenler üzerinde durmaktadır. Model alma, olumsuz yaşam olaylarının fazla olması, genetik,

travmatik ve do umsal etkenler, santral sinir sistemi enfeksiyonları ve zehirlenmeler gibi etiyolojik etkenlerin DEHB’de önemli oldu u dü ünülmektedir. DEHB tanısı alan ki iler az bir kısmında Frajil X sendromu, fetal alkol sendromu, kur un zehirlenmesi, tiroid hormonuna kar ı direnç ve çok dü ük do um a ırlı ı gibi klinik durumların da görüldü ü bilinmektedir (28).

2.1.3.1. Genetik Etkenler

Genetik etkenler DEHB etiyolojisinde önemli yer tutmaktadır (29). Yapılan çalı malarda DEHB’li çocukların ebeveynlerinde 2-8 kat, karde lerinde ise 3-5 kat risk artı ı saptanmı tır (30). DEHB’li çocukların birinci ve ikinci derece yakınlarında da DEHB’nin daha sık oldu u bilinmektedir (6). kız çalı malarında kalıtılabilirlik oranı yakla ık 0.8 olarak bulunmu tur (31). DEHB’nin etiyolojisinde tek bir gen saptanamamı , pek çok genin orta derecede etkisinin oldu u dü ünülmü tür. Dopamin D4, dopamin D5 reseptörleri, dopamin ve serotonin taşıyıcı genleri, dopamin beta hidroksilaz geni, serotonin 1 B reseptör geni ve sinaptosomal-ili kili protein 25 (SNAP-25) geni ile DEHB’nin ili kili olabilece i saptanmı tır (29). DEHB ile ilgili en fazla ili kili genin dopamin taşıyıcı 1 (DAT1) geni oldu u bulunmu tur (29).

2.1.3.2. Nörofizyolojik ve Nöroanatomik Etkenler

DEHB’li çocuklarda silik nörolojik belirtilerin sık görülmesine kar ın çocukların önemli bir bölümünde merkezi sinir sisteminde (MSS) yapısal hasara ili kin bir belirti ya da bulgu saptanamamı tır (16). Yapılan beyin görüntüleme çalı malarında elde edilen en geçerli bulgu; normal geli en çocuklara göre DEHB’li çocukların total beyin volümlerinde küçülme oldu udur (29). Kontrollerden farklı olarak DEHB’si olan çocuklarda; daha küçük nükleus kaudatus, prefrontal korteks ve özellikle vermis bölgesi olmak üzere serebellum volümü saptanmı tır (32,33). Bunlara ek olarak limbik sistem, posterior periventriküler bölge ve korpus kallosumda sorun olabilece i gösterilmi tir (34). Castellanos bu bulguların DEHB’de frontostriatal döngüde geli imsel bozukluk hipotezini destekledi ini bildirmi tir (35).

Motor aktiviteyi kontrol etmekte olan nigrostriatal dopamin yolunun, DEHB'deki anormallik ve düzensizliği açıklayabileceği bildirilmiştir (16). Castellanos DEHB'de nigrostriatal yolakta dopamin aktivitesinde görece bir artış olduğunu belirtmiştir (35). Mezokortikal dopamin yolu ve lokus seruleus'tan prefrontal bölgeye uzanan noradrenerjik nöronların işlev bozukluğunun da dikkat eksikliğinden sorumlu olduğu düşünülmektedir (16). Ülkemizde yapılmış olan bir çalışmada tek foton yayımlı bilgisayarlı tomografiye (SPECT) göre sol temporal, diğer bir çalışmada ise sağ frontal lob kan akımlarında azalma bildirilmiştir, metilfenidat tedavisi sonrası bu bölgelerdeki kan akımının arttığı gösterilmiştir (36,37).

Sonuç olarak DEHB'de dikkat ve motor davranışı düzenleyen fronto-kortikal yollarda (özellikle frontal-striatal-serebellar yollar ve olası diğer bölgelere bağlantılarda) işlev bozukluğu olduğu düşünülmektedir (38).

2.1.3.3. Nörotransmitterlere Bağlı Etkenler

DEHB tedavisinde en sık kullanılan ilaçlar olan amfetaminler, hem dopamin hem de noradrenalin'i etkilediğinden DEHB'de her iki sistemde de işlev bozukluğu olabileceği ileri sürülmüştür (16). Stimulanların dopamin ve noradrenalinin sinaps aralından presinaptik nörona geri alınımını engellediği, sinaptik aralıda salınımlarını arttırdığı gösterilmiştir (39). Dopaminin ve dopaminden sentezlenen noradrenalinin dikkat, konsantrasyon, motivasyon ve uyanıklık gibi bilişsel işlevlerdeki rolü bilinmektedir (40). DEHB'de dopaminin anormallik, öğrenme sorunları, ödül mekanizmaları ve işleyen bellekte önemli olduğu düşünülmektedir (41) Genel olarak DEHB'de dopamin ve noradrenalin metabolizmasında bir azalmadan bahsedilmektedir (29).

2.1.3.4. Psikososyal ve Çevresel Etkenler

Bozukluğun gelişiminde psikososyal ve çevresel etkenler temel bir etkiden çok DEHB için hazırlayıcı ve ortaya çıkmasını arttırıcı etkenler olarak kabul edilmektedir (16). DEHB'li çocukların ailelerinde; anne-baba arası geçimsizlik ve

anne ve babada psikiyatrik bir hastalık olmasının kontrollere göre daha fazla olduğu gösterilmiştir (42). Zorlayıcı yaşam olaylarının, aile düzeninde bozulmanın, çocuğun huyunun, toplumun davranışı ve baskısıyla ilgili beklentilerinin ve diğer anksiyete yaratan nedenlerin DEHB'nin ortaya çıkmasında ya da sürmesinde etkili olduğu bilinmektedir. Sosyoekonomik düzeyin ise önemli bir etkisinin olmadığı bildirilmiştir (16,28,43).

Uzama doğum eyleminin, annenin yaşının, fetal distresin, düşük doğum ağırlığının DEHB için risk taşıyan durumlar olduğu, gebelik sırasında alkol ve sigara kullanımının çocuklarda davranışsal ve bilişsel süreçlerde bozulmaya yol açarak DEHB etiolojisinde rol oynayabileceği ileri sürülmüştür (17,44-46).

Yüksek düzeyde kurunun, gıda katkı ve boyama maddelerinin, eklerli beslenmenin DEHB'ye neden olabileceği ileri sürülmesine karşın bununla ilgili bilimsel kanıtlar saptanmamıştır (16).

2.1.4. Değerlendirme ve Klinik Özellikler

DEHB klinik bir tanıdır ve tanıyı kesinleştirmeye yönelik herhangi bir laboratuvar ya da özgün bir tanı testi bulunmamaktadır. Klinisyenin tanı araçları; aile ve çocuk görüşmeleri, klinik gözlem, fizik ve nörolojik inceleme, çocuk, aile ve öğretmenler tarafından doldurulan ölçekler ve bilişsel testler olmaktadır (16). DEHB'nin değerlendirilmesinde, hastalığın ana belirtileri olan dikkat süresi, yaşlarına göre farklı ortamlarda hareketlilik, dürtüsellik, duygulanım ile ilgili farklılıklar ve davranış sorunları ayrıntılı olarak sorgulanmaktadır. Okul baskısı sorgulanırken, el yazısı, okuma hızı ve niteliği, ev ödevleri, sınavlar, ders baskısı ve notlar, sınıf geçmekte zorlanıp zorlanmadığı öğrenilmektedir. Sosyal becerilerini anlamak amacıyla arkadaşlık kurma ve sürdürme becerileri, arkadaş ve grup etkinlikleri, hobiler, spor ve diğer etkinlikler sorgulanmaktadır. Yürüme, konuşma, tuvalet eğitimi yaşı, dil gelişim amaçları, regresyon ve ketlenmenin varlığı araştırılmaktadır. Anne ve baba ile yapılan ilk görüşmeden sonra çocukla görüşülmektedir. Çocuğun genel görünümü, gelişimi ve davranışları gözlemlenmektedir. Küçük çocuklarla, çocuğun gelişimini, dikkat ve hareketliliğini anlamak için oyunlar oynanabilmektedir. Daha büyük çocuklarda ise algı, dikkat,

planlama ve organizasyon yeteneklerini de erlendirebilmek için sorular ve oyunlar seçilmektedir (47).

DEHB ile ilgili ana belirtiler de erlendirildikten sonra, gebelik ve doğum öyküsünde fetal aktivite, gebelik döneminde toksine maruz kalma, erken doğum, bebeklik döneminde kolik ya da huzursuzluk belirtilerinin varlığı, beslenme sorunları, geçirilen önemli hastalıklar sorgulanmaktadır. Ailedeki nörolojik (epilepsi, tik gibi) ve psikiyatrik bozukluklar, alkol-madde kullanım öyküsü, anne, baba ve kardeşlerde eğitim başarıları ve güçlükleri, ailedeki genetik bozukluklar sorgulanmaktadır (48).

Öykü tamalandıktan sonra fizik ve nörolojik muayene yapılmaktadır. Gerekli görülen bazı olgularda konuşma ve dil, ince ve kaba motor işlevler için yardımcı de erlendirmeler istenebilmektedir (16). DEHB için rutin bir genetik ve metabolik test bulunmamaktadır (19). Fizik muayenede saptanan olası tıbbi durumları belirlemek için laboratuvar testleri, EEG, beyin görüntülenmesi istenebilmektedir (16).

DEHB'nin yaş dönemlerine göre klinik özelliklerine bakıldığında; bebeklik döneminde, az ve düzensiz uyku, kolik, yeme sorunları, huzursuzluk, çok ağlama, kolay yatırlı olmama, erken çocukluk ve okul öncesi dönemde, aşırı hareketlilik, olaylara ve durumlara düşünmeden dalma ve korku hissetmeme, dikkatin çabuk dağılması, motor koordinasyon ve dil gelişiminde sorunlar, sık kavgaya girme, kazalara yatkınlık, söz dinlememe, çok konuşma, sabırsızlık, yetenekleriyle iletişim ve oyun kurmakta güçlük, amaca yönelik davranışlarda azalma görülmektedir. İlkokul döneminde, dikkatsizlik, ödevlere karşı isteksizlik, ders dinlememe, sık eğilme ve kaybetme, uygunsuz ortamlarda aşırı hareketlilik, çok konuşma, söz kesme, sıra bekleyememe, dürtüsel, tehlikeli ve saldırgan davranışlar sergileme, kaza ve yaralanmalara yatkınlık, öğrenme güçlükleri, yeteneklerle ve diğer kişilerle sosyal ilişkilerde güçlükler, düşük benlik saygısı, ergenlik döneminde ise ders çalışmama, dikkatsizlik, unutkanlık, zamanı organize edememe, gerginlik, huzursuzluk, cinsel olarak riskli davranışlar, kavgaya katılma, alkol-madde kullanımı, zayıf sosyal ilişkiler, düşük benlik saygısı, depresif belirtiler, antisosyal ve saldırgan davranışlar görülebilmektedir (17).

2.1.5. Tanı

DSM-IV tanı ölçütleri her birinde dokuz ölçütün yer aldığı, dikkatsizlik ve hiperaktivite/dürtüsellik olmak üzere iki gruptan oluşmaktadır. Tanı için bu iki gruptan birinde en az altı veya daha fazla belirti olması koşulu aranmaktadır. Dikkatsizlik belirtilerinin altı ya da daha fazla; hiperaktivite/dürtüsellik belirtilerinin beş ya da daha az sayıda olması durumunda tanı DEHB-DE; hiperaktivite/dürtüsellik belirtilerinin altı ya da daha fazla, dikkatsizlik belirtilerinin beş ya da daha az sayıda olması durumunda ise DEHB-HD tanısı konulmaktadır. Her iki belirti grubundan da altı ya da daha fazla belirti bulunması durumunda da tanı DEHB-B olarak belirlenmektedir (6).

DSM IV'e göre DEHB tanı ölçütleri:

A. Aşağıdakilerden (1) ya da (2) vardır:

(1) Aşağıdaki **dikkatsizlik** semptomlarından altısı (ya da daha fazlası) en az 6 ay süreyle, 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 dağınılır.
- (c) Doğrudan kendisine konuşulduğunda çoğu zaman dinlemediği gibi görünür.
- (d) Çoğu zaman yönergeleri izlemez ve okul ödevlerini, ufak tefek işleri ya da işyerindeki görevlerini tamamlayamaz (karşıt olma bozukluğuna ya da yönergeleri anlayamamaya bağlıdır).
- (e) Çoğu zaman üzerine aldığı görevleri ve etkinlikleri düzenlemekte zorluk çeker.
- (f) Çoğu zaman sürekli mental çabayı gerektiren görevlerden kaçınır, bunları sevmez ya da bunlarda yer almaya karşı isteksizdir.
- (g) Çoğu zaman üzerine aldığı görevler ya da etkinlikler için gerekli olan şeyleri kaybeder (örn. oyuncaklar, okul ödevleri, kalemler, kitaplar ya da araç-gereçler).

(h) o u zaman dikkati di uyarınlarla kolaylıkla da ılır.

(i) Günlük etkinliklerinde o u zaman unuttur.

(2) A a ıdaki **hiperaktivite-dürtüsellik** semptomlarından altısı (ya da daha fazlası) en az 6 ay süreyle, uyumsuzluk do urucu ve geli im düzeyine göre aykırı bir derecede srm tür;

Hiperaktivite

(a) o u zaman elleri ayakları kıpır kıpırdır ya da oturdu u yerde kıpırdanıp durur.

(b) o u zaman sınıfta ya da oturması beklenen di er durumlarda oturdu u yerden kalkar.

(c) o u zaman uygunsuz olan durumlarda ko u turup durur ya da sa a sola tırmanır (ergenlerde ya da eri kinlerde öznel huzursuzluk duyguları ile sınırlı olabilir).

(d) o u zaman sakin bir biçimde, bo zamanları geçirme, etkinliklere katılma ya da oyun oynama zorlu u vardır.

(e) o u zaman hareket halindedir ya da bir motor tarafından srlyormu gibi davranır.

(f) o u zaman çok konu ur.

Dürtüsellik

(g) o u zaman sorulan soru tamamlanmadan önce cevabını yapı tırır.

(h) o u zaman sırasını bekleme güçlü  vardır.

(i) o u zaman ba kalarının sozn keser ya da yaptıklarının arasına girer (rn. ba kalarının konu malarına ya da oyunlarına burnunu sokar).

B. levsellikte bozulmaya yol amı olan bazı hiperaktif-dürtüsel semptomlar ya da dikkatsizlik semptomları 7 ya ından önce de vardır.

C. ki ya da daha fazla ortamda semptomlardan kaynaklanan bir bozulma vardır (rn. okulda [ya da i te] ve evde).

D. Toplumsal, okuldaki ya da mesleki i levsellikte klinik açıdan belirgin bir bozulma oldu unun açık kanıtları bulunmalıdır.

E. Bu semptomlar sadece bir yaygın geli imsel bozukluk, izofreni ya da di er bir psikotik bozuklu un gidi i sırasında ortaya çıkmamaktadır ve ba ka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz (rn. duygudurum bozuklu u, anksiyete bozuklu u, dissosiyatif bozukluk ya da bir ki ilik bozuklu u).

314.01 Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu Birlik Tip: Son 6 ay boyunca hem A1, hem A2 tanı ölçütü karılanması

314.00 Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu, Dikkatsizliğin Önde Geldiği Tip: Son 6 ay boyunca A1 tanı ölçütü karılanması ancak A2 tanı ölçütü karılanmamısa

314.01 Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu, Hiperaktivite-İmpulsivitenin Önde Geldiği Tip: Son 6 ay boyunca A2 tanı ölçütü karılanması, ancak A1 tanı ölçütü karılanmamısa

ICD-10'da "hiperkinetik bozukluklar" olarak adlandırılan bu bozukluğun yedi yaşından önce başlaması gerektiği, hemen her alanda dikkat süresi ve yoğunluğuna ilişkin sorunların bulunduğu ve aşırı motor hareketliliğinin olduğu bildirilmektedir. ICD-10 ve DSM-IV tanı için benzer belirti listesini kullanmakla birlikte bazı farklılıklar bulunmaktadır. ICD-10'da tanı için en az dokuz dikkatsizlik belirtisinden altısının, aşırı hareketlilik belirtisinden üçünün, dört dürtüsellik belirtisinden birinin bulunması koşulu aranmaktadır. DSM-IV'te ise dikkatsizlik ya da hiperaktivite/dürtüsellik belirtilerinden en az altısının olması tanı için yeterli görülmektedir. ICD-10'da ek olarak, sıklıkla motor ve dil gelişiminin geciktirildiği bildirilmekte ve eğer bu bozukluk DB ile birlikte ise hiperkinetik davranım bozukluğu olarak tanımlanmaktadır. ICD-10'da duygudurum, anksiyete ve yaygın gelişimsel bozukluklar da tanı ölçütleridir. DSM-IV'te ise bu tanımlar e tanı olarak sınıflandırılabilmektedir (23).

2.1.6. Etkilenen Tanılar

DEHB'de diğer psikiyatrik hastalıklarla eş hastalanım %70-80 gibi oldukça yüksek oranlarda görülmektedir. Sık görülen eş hastalanımlar arasında KOKGB, DB, öğrenme bozuklukları (ÖB), anksiyete bozukluğu (AB), duygudurum bozuklukları (DDB), alkol-madde kullanım bozuklukları ve tik bozuklukları bulunmaktadır. E hastalanımlar arasında en sık % 60 ile KOKGB'nin görüldüğü bildirilmiştir. AB (%30), ÖB (%25) ve DDB (%25) ve DB (%15) DEHB ile sık birlikte görülen bozukluklardır (38). Sadece DEHB olan çocuklara göre, DEHB ve eş hastalanımı

olan çocuklarda psikopatoloji düzeyinin daha yüksek olduğu, ve hastalanım varlığının DEHB'nin kalıcılığını artırdığı bildirilmektedir (18).

2.1.7. Ayırıcı Tanı

Oyun çağı döneminin özelliklerinden biri olan, yaşıyla uyumlu hiperaktivite diye adlandırılan, fizyolojik olarak kabul edilebilecek hareketlilik ve dürtüsellik, erkek çocuklarda daha fazla olmak üzere, birçok çocukta normal gelişimin bir parçası olarak izlenebilmektedir (17). DEHB'de gözlenen hiperaktivite, yaşıyla uyumlu hiperaktiviteden; yoğunluğu, birçok durum ve ortamda var olması ve amaca yönelik olmamasıyla ayrılabilir (48).

Örenme bozukluklarının DEHB'den ayırt edilmesi önemlidir. DEHB'de ortaya çıkan performansla ilgili sorunların temel nedeni bu çocukların konuya odaklanamamaları, çabuk sıkılmaları ve dürtüsel şekilde yapmaları gereken ödevi bırakmalarıdır. Örenme bozukluklarında çocukların belli alanlardaki örenme zorluna bağlı performansında bozukluk ortaya çıkmaktadır (17). Zekâ geriliği olan çocuklarda DEHB tanısı, ancak dikkatsizlik ve hiperaktivite belirtileri o zekâyaından beklenenden çok daha fazla ise konulmaktadır (16).

DEHB tanısı konulan çocuklar sıklıkla rahatsız edici davranışları sergilemekle birlikte, bu davranışları yaşa uygun toplumsal değerleri ya da kuralları çiğnemekte ekinde olmamaktadır. Canlılara, eyalara zarar verici davranışları, yalan söyleme, hırsızlık yapma gibi davranım bozukluğunun temel belirtileri DEHB'de görülmemektedir (48).

Anksiyete bozukluklarında DEHB'ye benzer belirtiler görülebilmektedir. AB olan olgular, zihinleri endişeli düşüncelerle dolu olduğu için dikkatlerini sürdürmemektedirler. DEHB'li olgular ise anksiyete oluşturan düşüncelerden bağımsız olarak dikkatlerini toplayamamaktadırlar (17).

DEHB'nin depresyonla ayırıcı tanısında, depresif belirtilerin belirli bir zaman diliminde ortaya çıkmasına karşın DEHB'nin gelişimin erken dönemlerinden beri var olması, kronik bir gidi göstermesi önemlidir. Ancak depresif bozukluk belirtileriyle gelen hastalarda öyküde DEHB belirtileri saptandığı takdirde,

depresyonun DEHB'ye ikincil geli mi olabilece inin dü ünülmesi önemli olmaktadır (17).

Manik epizod ile DEHB'nin ayırımındaki temel nokta belirtilerin süreklilik gösterip göstermemesi olarak belirtilmektedir. Tipik bipolar hastaların duygu durumları manik epizodlar dı ında normal ya da depresif özellik ta ımaktadır. DEHB tanısı konulan bireylerin de hızlı konu abildi i ancak manide görüldü ü gibi konunun mantıksal bütünlü ünden sapmadıkları belirtilmektedir (49).

Ayırıcı tanıda di er psikiyatrik bozuklukların yanı sıra, i itme ve görme kusurlarının, epilepsinin, tiroid i lev bozukluklarının, frontal lob apsesinin, neoplazmların, serebrovasküler olayların, demansın, kur un zehirlenmesi gibi toksik olayların, fetal alkol sendromu ve Frajil-X gibi mental retardasyonla giden sendromların ve ilaç kullanımının akla getirilmesi önerilmektedir (50,51).

2.1.8. Tedavi

2.1.8.1. İlaç Dı ı Tedaviler

DEHB tedavisinde ilaç tedavisinin yanında psikososyal giri imleri de içeren çok yönlü tedavi yaklaşımı gerekmektedir. Psikososyal giri imler aile, okul ve çocuk üzerine yo unla maktadır. Aileye yönelik giri imlerde DEHB ile ilgili bilgilendirme yapılmakta, destekleyici gruplar ve kitaplar önerilmektedir. Amaç çocu un ev içi yıkıcı davranı larını azaltmanın yanında anne-babaların ba etme konusunda kendilerine güvenlerini arttırmak ve aile içi sorunları azaltmaktır. Aile içi patolojilerin tanınıp ele alınması da sa lanmaktadır (16). DEHB tanısı konulan olgularda bili sel ve davranı çı yaklaşımların tedavi planına dâhil edilmesi, olumlu bir yaklaşım olarak görülmektedir (17).

2.1.8.2. İlaç Tedavileri

Psikostimülan ajanlar (amfetamin ve metilfenidat türevleri) DEHB tedavisinde ilk seçenek olarak kabul edilmektedir. Psikostimülanların, dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik gibi çekirdek DEHB belirtilerinin yanı sıra akademik başarı, toplumsal ilişkiler, saldırgan davranış ve karı olma belirtilerinde de olumlu etkiye sahip oldukları bildirilmektedir (52).

Metilfenidat, 1858 yılında sentezlenmiş, merkezi sinir sisteminde bilgi işlemesini etkilediği öne sürülmekte olan, piperidin türevi bir ilaçtır. Dopamin ve noradrenalinin geri alınımını engelleyerek etki göstermektedir (17).

Ülkemizde hem kısa etkili hem de uzun etkili metilfenidat türevleri bulunmaktadır. Kısa etkili form 3-5 saat etkili iken, uzun etkili form 12 saat kadar etkili bulunur. Kısa etkili formun günde üç kez kullanılması önerilirken, uzun etkili formun günde bir kez kullanımının yeterli olabileceği belirtilmektedir (17,53).

Metilfenidat kullanımına bağlı en sık izlenen yan etkiler; uykusuzluk, sinirlilik, i tahsızlık, kilo kaybı, beklenen kilo kazanımının durması, baş ve karın ağrısı olarak bildirilmektedir (54). Nadir olgularda motor tikler, Tourette sendromu, koreiform hareketlerin görülebileceği bildirilmektedir (52).

Amfetaminler, ilk kez 1887 yılında keşfedilmiş, fenilisopropilamin yapısında, nonkatekolamin, sempatomimetik aminlerdir. Merkezi sinir sisteminde kortikal, striatal ve limbik bölgelerde özellikle dopaminerjik ve noradrenerjik sinir uçlarından dopamin ve noradrenalin salınmasını artırarak ve bu nörotransmitterlerin geri alınımını engelleyerek etki göstermektedirler (17).

DEHB tedavisinde ilk sırada seçilebilecek diğer bir ajan olan atomoksetinin, güçlü bir noradrenalin geri alım engelleyicisi olduğu, özellikle DEHB'ye eşlik eden madde kullanımı, anksiyete bozukluğu ya da tik bozukluğu varlığında ilk tedavi seçeneği olarak düşünülebileceği bildirilmektedir (55). Atomoksetinin çocuklarda en sık görülen yan etkilerinin; i tah azalması, baş dönmesi, ağız kuruluğu, idrar retansiyonu, dispepsi, yorgunluk, duygu durumunda dalgalanma, bulantı ve kusma olduğu bildirilmektedir (50).

Trisiklik antidepressanlar, bupropiyon, modafinil, klonidin, guanfasin, antipsikotikler, transdermal nikotin bantları, omega-3 ve omega-6 yağ asitleri gibi ilaç tedavilerinin de DEHB tedavisinde uygulanabileceği bildirilmektedir (17).

2.2. İlevsellikte Bozulma

2.2.1. Tanımı ve Önemi

Yaygın olarak kullanılan bir kavram olmasına karşın İlevsellik tanımı konusunda tam bir görüş birliği bulunmamaktadır. İlevsellik ve İlevsellikte bozulma kavramlarının tanımlanmasının ve de erlendirilmesinin yazında yeterince ele alınmadığı görülmektedir (8,10).

İlevsellik genel olarak kişiler arası ilişkilerde nitelikli, derinliğin olması ve toplumsal olarak tanımlanmış rol ve beklentilerin karşılanması anlamını taşımaktadır. Bireyin İlevselliği; rol İlevselliği, kişiler arası ilişkiler, kendine bakım ve bağımsız yaşamaya ama becerileri, boş zamanı değerlendirme ve etkinliklere katılım alanlarında değerlendirilmektedir (3). İlevsellik tanımı, uygun insan ilişkileri kurabilmek, farklı ortamlarda sosyal rolleri yönetebilmek, yeterli öz bakımını sağlayabilmek gibi uyumsal davranışlara odaklanmaktadır (56).

İlevsellikte bozulma, günlük yaşamdaki fiziksel, sosyal ve kişisel etkinlikleri sürdürmede kısıtlılık olarak tanımlanmaktadır. İlevsellik, yeti, sosyal uyum ve bu alanlardaki bozulma konularını içermektedir (4,56). Yeti, uyumun normal ve normalden daha üst seviyeye yansımaları gösterirken, bozulma uyumun düşük seviyesini göstermektedir (56). İlevsellikte bozulma kavramı, yaşamın farklı alanlarında beklenen yeterli derecede verimliliğin, hastalık belirtilerince engellendiğine veya azaltıldığına atıfta bulunmaktadır (10). B'nin hastalığın olumsuz etkilerini yansıttığı konusunda genel olarak fikir birliğine varılmıştır (14).

Çocuklarla ilgili ruhsal sorunların değerlendirilmesinde B temel bir birlemler olarak görülmektedir (56). B'nin aile, okul ve sosyal olarak üç temel alanda değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (10). DSM-IV'e göre tanı konulurken, araştırmacı ve klinisyenlerin hangi kişiye hasta diyecekleri "caseness" tanımlanırken, tedavinin etkinliği değerlendirilirken B değerlendirilmektedir (56). B'nin aynı

zamanda sigortacılık alanında hastanın yetiyetiminin belirlenmesinde, özel eğitim servislerine uygunluğunun, halk sağlığı programlarına katılımının değerlendirilmesinde de önemli olduğu belirtilmektedir (56).

Çocukluk çaığında B'nin, uzun dönemde olumsuz sonuçların en iyi öngörücüsü olduğu bildirilmiştir (7). DEHB'de i levsellik birçok alanında bozulma olduğu ve erişkinlik çaında da devam edebileceği bilinmektedir (8). DEHB'li olguların, okul, sosyal yetiler ve aile ilişkileri konusunda yaşadıkları B'nin kendilerini, ailelerini ve toplumu olumsuz olarak etkilediği saptanmıştır (8).

2.2.2. DEHB'de i levsellikte Bozulmanın DEHB Belirtileri ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi

DSM-IV'te DEHB tanı ölçütlerinde B ile ilgili olan, "toplumsal, okuldaki ya da mesleki i levsellikte klinik açıdan belirgin bir bozulma olduğunun açık kanıtları bulunmalıdır" ölçütünde B'nin net olarak tanımlanmaması, B'nin değerlendirilmesinde ve bunun sonucunda da DEHB tanısının konulmasında zorluklara yol açmaktadır (9).

Belirtiler ve B birbirleriyle ilişkili ancak farklı kavramlar olup, DEHB tanı ve değerlendirilmesinde farklı önemleri bulunmaktadır. Bir bozukluğun belirtileri ile bu bozukluk nedeniyle i levsellikte oluşan bozulmanın ayırt edilmesinin tanı ve tedavi için önemi bulunmaktadır (9). Yapılan çalışmalarda psikiyatrik tanı alan çocukların sayısının, i levsellikte bozulma ölçütü ile yeniden değerlendirildiğinde dramatik şekilde düştüğü görülmektedir (57,58). DEHB'de B'nin görmezden gelinmesi yanlış pozitif tanıların ve dolaylı olarak bozukluğun yaygınlığının artmasına, B kavramı üzerinde fazla durulması ve belirtilerin görmezden gelinmesi durumu ise yanlış negatif tanıların ve bozukluğun yaygınlığının azalmasına neden olmaktadır (9). Hastalık belirtilerinin yoğunluğu kişinin i levsellikini ve tedavi yöntemlerini etkileyebilmesine karşın, hastanın i levsellikinde hangi alanlarında zorlandığını, hangi alanlarında korunduğunu veya uyum sağladığını gösterememektedir (59). B'nin belirtilerden farklı olarak değerlendirilmesi önerilmektedir (9).

Hastalık belirtileri, ya am kalitesi (YK) ve B arasındaki sınırların net olmadığı bilinmektedir. YK ve B kavramları arasında hem benzerlikler hem de farklılıklar bulunmaktadır (60). B, i levsellik alanlarından normale göre negatif yönde sapmayı gösteren nesnel bir ölçüm olarak tanımlanmaktadır. YK ise benzer alanlarla ili kilidir ancak bu alanları öznel olarak de erlendirmektedir (60). Hastalık belirtileri ile onların YK ve B gibi potansiyel etkilerini ayırmak önemli görülmektedir. Hastalık belirtileri ile YK ve B arasında bire bir ili kinin olmaması, bunların farklı kavramlar olduklarını ve DEHB’li çocu un ya adı ı tüm zorlukların de erlendirilmesinde bu kavramların tümünün ele alınması gerekti ini göstermektedir (60).

DEHB tedavisinde en iyi sonuçların alınabilmesi için, DEHB’de B alanında yapılacak çalı malara ihtiyaç duyulmaktadır (8).

2.2.3. DSM-5 ve ICD-11 Bakı Açısı ile levsellikte Bozulma Kavramı

DSM sistemi i levsellikte bozulma (functional impairment) terimini tercih ederken, ICD ve Dünya Sa lık Örgütü (DSÖ) yetiyitimi (disability) terimini kullanmaktadır (61). DSM’de tanı konulması, belirti ve i levsellik in birlikte de erlendirilmesine ba lıyken, ICD’de ise i levsellikte bozulma ruhsal hastalık tanısından ayrı olarak ele alınmaktadır. DSM veya ICD’de i levsellikte bozulma veya yetiyitimi henüz kavramla tırılmamı tır. Hastalık ve birle enleri konusunda DSM ve ICD arasında uluslararası bir karara varılmasının önemli oldu u, i levsellik in her iki sistemde de tanı ölçütü içinde olmaması ve hastalık tanısının belirtilere göre konulduktan sonra B’nin ayrı olarak de erlendirilmesi gerekti i belirtilmektedir (61).

DSM-5 levsellikte Bozulma ve Yetiyitimi De erlendirme Çalı ma Grubu, B’nin hastalık veya bozuklu un bir sonucu gibi görülmesini, tanı için gerekli görülmemesini, B ile ilgili ölçütlerin hastalık tanısından çıkarılmasını, hastalık tanı ölçütlerinde bulunan B ile ilgili ifadelerin yeniden gözden geçirilmesini ve sadece alta yatan patolojiye yönelik ifadeler içerecek ekilde düzenlenmesini önermekle birlikte bu konuda daha fazla çalı maya ihtiyaç duyuldu unu belirtmi tir (10).

2.2.4. İlevsellikte Bozulma Ölçekleri

Çocuk ve ergenlerde B'nin de erlendirilmesinde genel ölçekler ve çok boyutlu ölçekler kullanılmaktadır (9). Son dönemde hastalı a özgü B ile ilgili ölçekler de geli tirilmi tir (9). B ölçümü alanında her ölçek grubunun farklı alanlarda güçlü ve zayıf yönlerinin bulundu u bilinmektedir (9).

Genel ölçekler, i levselli in tek bir boyuttan de erlendirilmesini içermektedir. Kısa sürede ve kolayca uygulanabilmesi ve farklı tanıli hastalarda B kıyaslaması yapılabilmesine olanak sa laması avantaj olarak de erlendirilmektedir. Ancak bu ölçekler belirtilerle yüksek oranda ili kilidir ve B'yi belirtilerden ba ımsız olarak de erlendirememektedir. Aynı zamanda tedavi planında hedefleri olu turacak olan, i levselli in en fazla bozuldu u alanlar konusunda kısıtlı bilgi vermektedir (59).

Çok boyutlu ölçekler i levselli in farklı alanları ile ilgili bilgi sa lamaktadır ancak psikiyatrik belirtilerle ilgili i levselli i ölçememektedir. Ayrıca e hastalanım varlı ında B'yi ayırt etmekte zorluk ya amaktadır. Genel ölçeklerin ve çok boyutlu ölçeklerin birlikte kullanımının faydalı olabilece i belirtilmektedir (59).

Hastalı a özgü ölçeklere bakıldı ında, bu ölçeklerin hastalık ile ilgili alanları sorgulayan, duyarlılık ve özgüllükleri yüksek olan, hastalı a özgü farklı tedavi yöntemlerinin kar ıla tırılmasına, tedavi yakla ımının de erlendirilmesine olanak sa layan ölçekler oldu u belirtilmektedir. Farklı hastalıklarla ilgili kar ıla tırma sa layamamasının, geli tirilen ölçek sayısının az olmasının ise bu ölçeklerin olumsuz yönleri oldu u belirtilmektedir (62).

Hastalıkla ilgili en uygun alanın seçilmesi önem ta ımaktadır. B duruma özgü de olabilece inden farklı kaynaklardan (ö retmen, aile, çocu un kendisi) bilgi alınması gerekmektedir. Ölçek içerisinde i levselli in temel alanlarının yer alması, cinsiyet, kültür ve geli ime özgü ö eleri hesaba katan ölçütlerin varlı ı önemli görülmektedir. Ölçe in içerik geçerli inin ve ölçek olu turulmasında kullanılan madde havuzunun net olarak tanımlanması önerilmektedir. Ölçe in sorguladı ı zaman aralı ının, yönergesinin, puanlama sisteminin net olması, ölçekle ilgili faktör analizi, geçerlik, güvenilirlik, tedaviye yanıt de erlerinin belirlenmesi önem ta ımaktadır (10,14,59).

2.2.5. Çocuklarda Kullanılan İlevsellikte Bozulma Ölçekleri

2.2.5.1. Çocuklarda Kullanılan Genel İlevsellikte Bozulma Ölçeklerinden Örnekler

1) **Children's Global Assessment Scale (CGAS, Çocuklar için Genel De erlendirme Ölçe i):** Tek boyutlu, klinisyen tarafından de erlendirilen sık kullanılan genel B ölçe i dir (63). Eri kinlerde B'yi de erlendiren Genel De erlendirme Ölçe inden uyarlanmı tır (64). 1'den 100'e kadar puanlanmakta, dü ük puanlar B'de artı ı yansıtmaktadır. Tedavi izleminde de kullanılabilen bir ölçektir. De erlendiriciler arası güvenilirli i ve test-tekrar test güvenilirli i yeterli bulunmu tur (59). Türkçe'ye uyarlanması Okul Ça ı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve izofreni Görü me Çizelgesi imdi ve Ya am Boyu ekli içinde yapılmı tır (65).

2) **Global Assessment of Functioning (GAF, İlevselli in Genel De erlendirilmesi Ölçe i):** Tek boyutlu, klinisyen tarafından de erlendirilen, DSM-IV'te Eksen V' i olu turan ölçektir (6). 0'dan 100'e kadar puanlanmaktadır, dü ük puanlar B'de artı ı yansıtmaktadır. Tedavi izleminde de kullanılabilen bir ölçektir. CGAS'ta oldu u gibi eri kinlerde B'yi de erlendiren Genel De erlendirme Ölçe inden uyarlanmı tır (64). De erlendiriciler arası güvenilirli i ile ilgili hem dü ük hem de yüksek de erler bildirilmı tır (66).

3) **Columbia Impairment Rating Scale (CIS):** Ergenin kendisi ya da ebeveyninin doldurması için iki farklı formu olan, 13 madde içeren likert tipi 5 seçenekli bir ölçektir (67). Faktör analizleri sonucunda tek boyutlu B de erlendirme ölçe i olarak sınıflanmı tır. ç tutarlılı ı ve test-tekrar test güvenilirli i ebeveyn sürümünde çok iyi, ergen sürümünde ise yeterli derecede bulunmu tur. Di er B ölçekleri ile orta dereceden yüksek dereceye de i en korelasyon katsayıları bulunmu tur (59).

2.2.5.2. Çocuklarda Kullanılan Çok Boyutlu İlevsellikte Bozulma Ölçeklerinden Örnekler

1) Vineland Adaptive Behavior Scale (VABS): Do umdan 18 ya ına kadar kullanılabilen, yarı yapılandırılmış görü me formudur. 297 maddeden ve üç seçenekli likert tipi sorulardan olu an bu ölçek farklı ya grupları için düzenlenmiş , ileti im, günlük ya am, sosyalle me, motor beceriler ve uyumsuz davranı lar ba lıkları altında 5 alandan olu maktadır. ç tutarlılı ı 0.70-0.93, de erlendiriciler arası güvenilirli i 0.80-0.95, test-tekrar test güvenilirli i 0.76-0.92, di er i İlevsellikte bozulma ölçekleriyle birle en geçerli i 0.40-0.70 arasında bulunmu tur (59).

2) Child and Adolescent Functional Assessment Scale (CAFAS): Çocuk ve ergenlerde sıklıkla kullanılan, klinisyen tarafından doldurulan bir ölçektir. 4 seçenekli likert tipi 164 sorudan olu maktadır. Rol i İlevselli i, kendine ve di erlerine davranı , dü ünçe, duygu, madde kullanımını içeren 5 alandan olu maktadır. Bu alanlara ilave olarak, temel ihtiyaçlar ve aile/sosyal destek alanından olu an bakımveren alt ölçe i bulunmaktadır. ç tutarlılı ı 0.63-0.68, de erlendiriciler arası güvenilirli i 0.73-0.99, test-tekrar test güvenilirli i 0.82-0.95, di er i İlevsellikte bozulma ölçekleriyle birle en geçerli i 0.36-0.59 arasında bulunmu tur (59).

3) Brief Impairment Rating Scale (BIS): Ki İlerarası İli kiler, okul/i ve kendine bakım alanlarından olu an bir ölçektir. Çocuk ve ergenlerin doldurdu u 4 seçenekli likert tipi 23 maddeden olu maktadır. ç tutarlılı ı 0.81-0.88, test-tekrar test güvenilirli i 0.70, CGAS ile birle en geçerli i 0.45-0.60 arasında bulunmu tur. Klinik örnekleme normal örnekleme ayırabildi i görülmü tür (59).

4) Behavioral and Emotional Rating Scale (BERS): Çocuk veya ergenle ilgili bilgisi olan, ebeveyn, ö retmen veya danı man tarafından doldurulan, 4 seçenekli likert tipi 52 maddeden olu an bir ölçektir. İlevsellik de erlendirmesi yaparken, zayıflıklara de il, ilgili alandaki güçlü yönlere vurgu yapmaktadır. Ki İlerarası, aile ve okul ile ilgili alanlardan olu maktadır. ç tutarlılı ı 0.80, test-tekrar test güvenilirli i 0.52-0.78, birle en geçerli i 0.39-0.75 arasında bulunmu tur. (59).

5) Child and Adolescent Level of Care Utilization System (CALOCUS):

Klinisyen tarafından de erlendirilen, zarar riski, i levsel durum, e hastalanım, dayanıklılık, çevresel faktörler ve tedaviye katılımı de erlendiren altı alandan olu maktadır. 5 seçenekli likert tipi 8 maddeden olu maktadır. De erlendiriciler arası güvenilirli i 0.89-0.93, birle en geçerli i CGAS ile 0.26, CAFAS ile 0.63 bulunmu tur (59).

2.2.5.3. Çocuklarda Kullanılan Hastalılı a Özgü levsellikte Bozulma Ölçeklerinden Örnekler

Genel tıp alanında kullanılmakta olan Muscular Dystrophy Functional Rating Scale (MDFRS) (68) ve Amyotrophic Lateral Sclerosis Functional Rating Scale (ALSFRS) (69) gibi 30'a yakın hastalılı a özgü i levselikte bozulma ölçe i bulundu u belirtilmektedir (70). Hastalılı a özgü i levselikte bozulma ölçeklerinin ruhsal hastalık alanında ise DEHB ile sınırlı kaldı ı görülmektedir (70). Bu ölçekler; Weiss levsellikte Bozulma Ölçe i (W BÖ) ve ADHD Impact Module Children (AIM-C) olarak belirtilmektedir (70).

2.2.5.4. Çocuklarda Kullanılan Dikkat Eksikli i Hiperaktivite Bozuklu una Özgü Ölçekler

W BÖ ve AIM-C, DEHB'de i levselikte bozulmayı de erlendiren ölçeklerdir. DEHB'ye özgü ya am kalitesi ölçe i olarak da sınıflandırılabilen bu iki ölçek hem ya am kalitesi hem de i levselikte bozulma ile ilgili sorular içermektedir (70). Her iki ölçekte de ölçek maddelerinin net bir ekilde DEHB belirtilerini sorgulamadı ı, i levseli i ölçtü ü görülmektedir (70).

ADHD Impact Module Children (AIM-C): Ebeveyn tarafından doldurulan DEHB'ye özgü olan bir ya am kalitesi ölçe idir. DEHB'li çocuklarda geçerlik çalı ması yapılmı tır (71). Ölçe in ücretli olması nedeniyle kullanımı kısıtlanmaktadır (72). Çocuk ve ev olmak üzere iki alanı sorgulayan, 5 seçenekli

likert tipi 18 maddeden oluşmaktadır. İç tutarlılığı 0.88-0.93 arasında bulunmuştur (71).

Weiss İlevsellikte Bozulma Ölçeği-Ebeveyn Formu (WBÖ-E): DEHB'ye özgü ilevsellikte bozulmaya odaklanmıştır. Ebeveyn tarafından doldurulan bir ölçek olup, 4 seçenekli likert tipi 50 maddeden oluşmaktadır. Bu ölçek aile, okul, davranış, yaşam becerileri, çocuğun benlik algısı, sosyal etkinlikler, riskli eylemler alanlarından oluşmaktadır. Çocuk/ergen ve erişkinler için öz bildirim ölçeği de bulunmaktadır. İç tutarlılığı 0.8 olarak bulunmuştur. Alanlar faktör analizi ile doğrulanmış, okul alanı öğrenme ve davranış olarak ikiye ayrılmıştır. CIS gibi genel ilevsellik ölçekleri ile orta derecede birleşen geçerliliğe sahip olduğu bulunmuştur (15). DEHB belirtilerini sorgulayan ADHD-Rating Scale (ADHD-RS) ve genel yaşam kalitesi ölçeği olan Child Health and Illness Profile (CHIP) ile orta derecede birleşen geçerliliğe sahip olduğu bulunmuştur (15). Tedavi sonrası DEHB belirtilerinde görülen azalmanın ölçekte de ikiyeyol açtığı saptanmıştır (15,73). Birçok randomize kontrollü çalışmada kullanılmıştır (11-14). İlevsellikte bozulmaya odaklanan bir ölçek olmasına rağmen içerdiği bazı sorular yaşam kalitesi ile ilişkilidir ve bu nedenle DEHB'ye özgü yaşam kalitesi ölçeği olarak da sınıflandırılmıştır (60,70,72).

2.3. Psikolojik Testlerin Özellikleri

Psikolojik testlerle yapılan ölçümlerde amaç, ölçülen özellik bakımından bireyler ya da olaylar hakkında değerlendirme yapmak ve elde edilen değerlendirme sonuçlarına dayanarak belirli kararlar vermektir. Verilen kararların doğruluğu ve uygunluğu, kararların dayandığı değerlendirme sonuçlarına, dolayısıyla da değerlendirmede kullanılacak olan ölçüm sonuçlarına ve ölçünün uygunluğuna bağlı olmaktadır. Testin standart, nesnel, güvenilir ve geçerli olmasının, doğru ve hatasız sonuçlar verecek bir ölçme aracının seçiminde aranacak özellikler olduğu belirtilmektedir (74).

2.3.1. Standartlaştırma

Değerlendirmeye ilişkin normların olmasını ve yorum hatasının en aza inmesini sağlamaktadır. Ölçünün kim tarafından doldurulacağı, doldurulması gereken süre, deneğin yaş sınırları, deneğin en düşük eğitim düzeyi gibi bazı özellikleri içermektedir. Bu şekilde ölçünün uygulama ve puanlama işlemlerinin aynılığı ve değersizliği belirlenmektedir. Standartlaştırılmış bir ölçekten elde edilen puan karşılaştırılabilir ve yorumlanabilir olmaktadır. Standartlaştırılmış ölçünün yönteminin, puanlamasının ve yorumlanmasının açık şekilde belirtilmesi gerekmektedir. Bu şekilde olan ölçeklere de objektif ölçek denilmektedir (74).

2.3.2. Güvenirlilik

Ölçünün ölçtüğü özelliği doğru olarak ölçebilme derecesi olarak tanımlanmaktadır. Aynı ve/veya farklı zamanlarda ölçek maddelerine verilen yanıtların tutarlılığı veya değersizliği o testin güvenilirliğini oluşturmaktadır. Psikolojik testlerin güvenilirlik düzeyleri güvenilirlik analizi ile belirlenmektedir. Güvenirlilik 0.00'dan +1.00'a kadar değişen güvenilirlik katsayısı (r) ile ifade edilmektedir. Güvenirlilik katsayısı 1'e ne kadar yakınsa güvenilirlik o kadar yüksek olarak değerlendirilmektedir (74). Güvenirliğin değerlendirilmede kullanılan çeşitli yöntemler aşağıda özetlenmiştir.

2.3.2.1. İç Tutarlık

Ölçe in içerdiği maddelerin kendi arasındaki ilişkiyi belirlemektedir. Ölçekte yer alan maddelerin birbirleriyle ilişkili olduğu için bir bütün oluşturması beklenmektedir. Kuder-Richardson yöntemi, yarıya bölme katsayısı ve Cronbach alfa katsayısının hesaplanması iç tutarlık analizlerinde kullanılmakta olan yöntemlerdir. İç tutarlık katsayısının yüksek bulunması, ölçme aracındaki maddelerin homojen yapıda olduğunu göstermektedir (74). Güvenilir bir ölçekte maddelerden elde edilen puanların ve tüm ölçekten elde edilen puanın birbiriyle önemli düzeyde pozitif bağlantı göstermesi gerekmektedir. Böylece bir ölçenin maddelerinin aynı yukarıya doğru ölçtükları ortaya konmuş olmaktadır (2).

2.3.2.2. Test-Tekrar Test Güvenirli i

Ölçek aynı örneklem grubuna farklı zamanlarda, mümkün olan aynı koşullarda iki defa uygulanmakta ve elde edilen puanlar arasındaki ilişki incelenmektedir. Bu uygulamadan elde edilen ölçümler arasındaki korelasyon katsayısı ölçenin test-tekrar test güvenilirliğini vermektedir. Ölçenin ilk uygulamada verilen cevapları anımsamayı önleyecek kadar uzun, ancak ölçülecek özellikte önemli değişimler olmasına izin vermeyecek kadar kısa bir zaman aralığında tekrarlanması gerekmektedir (74). Ölçüm zamanları arasında ölçülen değişkenlerin tutarlı kalması, öte yandan diğer koşulların buna etki etmemesi zorunluluğunda bulunmaktadır. Bu koşulun her zaman yerine getirilmesi olanaklı olmadığından, test-tekrar test güvenilirliği çoğu kez düşük düzeyde bulunmaktadır (2).

2.3.2.3. Edeer Ölçek Güvenirli i

Ölçenin edeer bir formu aynı deneklere uygulanmaktadır. Bu ölçenin edeer olabilmesi için kapsamlarının, yapılarının, zorluk derecelerinin, yönergelerinin, puanlamalarının, madde sayılarının ve yorumlamalarının aynı olması gerekmektedir (74).

2.3.2.4. Yarıya Bölme Güvenirli i

Ölçek maddeleri ya rastgele ya da tek-çift madde numaralarına göre iki yarıya bölünmekte ve ölçe in iki yarısı arasındaki ili ki incelenmektedir. Bu yöntemle testin iç tutarlı ı ile ilgili bilgi edinilmi olmaktadır (74).

2.3.2.5. De erlendiriciler Arası Güvenirlik

Aynı örneklemdaki bireyleri de erlendiren farklı de erlendiriciler arasındaki uyumu göstermektedir (74). Psikiyatrik yapının yineleyen biçimde de erlendirilmesinin uygun olmadığı durumlarda kullanılmaktadır (2).

2.3.3. Geçerlik

Bir ölçe in, ölçmeyi amaçladığı özelli i do ru ve isabetli ölçebilmesi olarak tanımlanmaktadır. Ölçe in gerçekten ölçülmek istenen davranı ı ya da kavramı ölçüp ölçmedi i incelenmektedir. Bir ölçe in ölçülmek istenen davranı ı ne kadar do ru ölçtü ünün göstergesi, geçerlik katsayısı olmaktadır. Bu katsayı -1.00 ile +1.00 arasında de erler almaktadır. li ki katsayısının yüksek olması ise ölçe in belirlenen amaca yüksek oranda hizmet etti ini göstermektedir (74). Geçerli i de erlendirmede kullanılan çe itli yöntemler a a ıda özetlenmi tir.

2.3.3.1. Çerik Geçerli i

Ölçek içeri inin amaca uygun olup olmadığını, maddelerin ara tırılan alanı ölçüp ölçmedi ini, ölçek maddelerinin ölçülmek istenen davranı alanını yeterli düzeyde kapsayıp kapsamadığını göstermektedir. İlgilenilen alanda daha önceden geli tirilmi olan ve o alanda altın standart olarak kabul edilen bir ölçek ve yeni geli tirilen ölçek aynı anda bireylere uygulanmakta ve bireylerin her iki ölçekten aldıkları puanlara göre ili ki katsayısı hesaplanmaktadır. Çerik geçerli i, konuyla ilgili kaynaklar gözden geçirilerek ve ölçe in soru örüntüsü incelenerek, ölçek

maddelerinin içeriğinin ve niteliğinin, ölçülmesi amaçlanan davranış alanını temsil edip etmediği incelenerek de belirlenebilmektedir (74).

2.3.3.2. Ölçüt Bağımlı Geçerlik

Ölçekten elde edilen puan ile başka bir ölçüt arasındaki ilişkiyi incelemektedir. E zamanlı geçerlik ve önkestirim geçerliliği olmak üzere iki alt grubu bulunmaktadır (74).

2.3.3.2.1. E zamanlı Geçerlik

Geçerliliği sınanan ölçek ile birlikte geçerliliği daha önceden ortaya konmuş ve aynı alanda kullanılan başka bir ölçek uygulanmakta ve iki ölçek arasındaki bağlantıya bakılmaktadır. Elde edilen korelasyon katsayısı, ölçeğin e zamanlı geçerliliğini göstermektedir (74).

2.3.3.2.2. Ön Kestirim Geçerliliği

Ölçüm yapıldıktan sonra ileride ortaya çıkacak davranışla ilgili kişi incelenmektedir. Burada ölçüt, ölçme yapıldıktan sonra ortaya çıkacak davranış olmakta, bu nedenle ölçme ile ölçütün elde edilmesi arasında zaman girmektedir. Tedaviye yanıt, hastalığın gidişi gibi ölçütler önkestirim geçerliliğinde kullanılmaktadır (74).

2.3.3.3. Yapı Geçerliliği

Ölçeğin ölçtüğünü iddia ettiği yapıyı ve kavramı ne derecede doğru ölçtüğünü göstermektedir. Bir ölçeğin benzer ölçeklerle nasıl kesiştiğini ve ilişkisiz başka ölçeklerden nasıl farklı olduğunu incelemektedir (74).

2.3.3.3.1. Birle en Geçerlik

Ölçe in, ölçülen özelliikle ili kili oldu u dü ünülen ba ka bir öleikle arasındaki yüksek uyumu incelenmektedir (74).

2.3.3.3.2. Ayırt Edici Geçerlik

Ölçe in, ölçülen özelliikle ili kili olmadı ı dü ünülen de i kenlerle arasındaki uyumsuzlu u incelenmektedir (74).

2.3.3.3.3. Faktör Geçerli i

Ölçe in ara tırılan konu ile ilgili alanları ne ölçüde kapsadı ını ortaya koymaktadır. Maddeler arasındaki ili kilerin incelenmesi sonucu birbiriyle çok yüksek ili ki gösteren maddeler bir araya gelerek e itli davranı sal kümeler/boyutlar olu turularak ölçekteki ana alanlar belirlenmektedir. Faktör analizi yöntemi ile yapılmaktadır (74).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Örneklem

Ara tırma için iki çalı ma grubu olu turulmu tur. Birinci grup Kocaeli Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sa lı ı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na ba vuran hastalardan, ikinci grup ise Kocaeli 1 Milli E itim Müdürlü ü'ne ba lı Yarbay Refik Cesur ve Özel Erkul Tunagür İkö retim Okulu'ndan seçilmi tir. Her iki gruptaki çocuk/ergen ve ebeveynlerine bilgi formu okutulurak çalı ma hakkında bilgi verilmi (Ek 10.1, 10.2), aydınlatılmı onam formu doldurularak imza alınmı tır (Ek 10.3).

3.1.1. Hastalarla Yapılan alı ma

Eylül 2011-Haziran 2012 tarihleri arasında Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sa lı ı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na ba vuran, ilk kez DEHB tanısı alan ve ara tırmaya katılmayı kabul eden 1-8. sınıfa devam eden çocuklar ve ebeveynleri çalı ma grubunu olu turmu tur. İlevsellikte DEHB'den daha fazla bozulmaya yol açan herhangi bir ruhsal hastalık tanısı alan, klinik olarak mental retardasyonu olan, geçmi te özel e itim alma öyküsü olan, son 2 ayda antipsikotik, antidepresan, anksiyolitik, psikostimülan ilaç kullanmı , ebeveynlerinde ölçe i doldurmak için yeterli okuma-yazma becerisi olmayan hastalar çalı maya dâhil edilmemi tir. DEHB tanısı, uzmanlık e itimlerinin son yılında olan iki farklı ara tırma görevlisi tarafından DSM-IV DEHB tanı ölçütlerine göre konulmu tur. Çalı ma yürütücüsü tarafından hem hastanın kendisine hem de ebeveynlerinden birine yarı yapılandırılmı bir tanı görü mesi olan Okul a ı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve izofreni Görü me izelgesi İmdi ve Ya am Boyu ekli-Türkçe Uyarlaması (D G- Y-T), Çocuklar için Genel De erlendirme Ölçe i ( GDÖ) ve Klinik Global zlem Ölçe i (KG) uygulanmı tır.

DEHB tanısı alan 250 çocuk ve ergenin sosyodemografik özellikleri ara tırmacı tarafından hazırlanan sosyodemografik bilgi formu kullanılarak de erlendirilmi tir. Hastaların ebeveynlerine, Weiss İlevsellikte Bozulma Ölçe i Ebeveyn Formu (W BÖ-E), Yıkıcı Davranı Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı

Tarama ve De erlendirme Ölçe i (YDBÖ), Connors Ana Baba Derecelendirme Ölçe i- Kısa Formu (CADÖ-48) ve Çocuklar için Ya am Kalitesi Ölçe i Ebeveyn Formu (Ç YKÖ-E) uygulanmı tır. W BÖ-E test-tekrar test güvenilirli ini de erlendirmek amacıyla ilk uygulamadan dört hafta sonra, formu tekrar doldurmayı kabul eden 54 ebeveyne yeniden uygulanmı tır.

3.1.2. Okulda Yapılan Çalı ma

Okullarda yapılan çalı ma, dü ük-orta sosyoekonomik düzeydeki çocuk ve ergenlerin okudu u Yarbay Refik Cesur ve orta-yüksek sosyoekonomik düzeydeki çocuk ve ergenlerin okudu u Özel Erkul Tunagür İkö retim Okulu'nda yürütülmü tür. Okullardaki 1-8. sınıflardaki ö rencilerin tümüne ebeveynlerinin doldurması için sosyodemografik bilgi formu, CADÖ-48 ve W BÖ-E formları verilmi tir. Kendisinde veya karde lerinde ruhsal ya da kronik fiziksel hastalık öyküsü bulunmayan, ders ba arısızlı ı, dikkat sorunları belirtilmeyen, ebeveynleri okuma-yazma bilen ve CADÖ-48 formunda kesme puanının altında puan alanlar kontrol grubu olarak çalı maya dâhil edilmi tir. Hasta grubu ile ya ve cinsiyet açısından benzer olacak ekilde rastgele seçim yöntemi ile 250 ki ilik kontrol grubu olu turulmu tur.

3.2. Veri Toplama Çalı maları

3.2.1. Weiss levsellikte Bozulma Ölçe i (W BÖ)

DEHB ile ili kili hastalı a özgü i levsellikte bozulmayı de erlendiren, Dr. Margaret Weiss tarafından geli tirilen, Kanada DEHB Birli i (CADDRA) kılavuzunda yer alan, ebeveyn ve öz bildirim sürümleri olan bir ölçektir (15).

Ölçe in ebeveyn formu (W BÖ-E) ebeveynler tarafından doldurulan 50 maddeden olu maktadır (Ek 10.4). Bu ölçek; aile, okul, ya am becerileri, çocu un benlik algısı, sosyal etkinlikler, riskli eylemler alt ba lıklarını içermektedir. Aile alt ba lı ı 10 maddeden, okul alt ba lı ı ö renme alanında 4 maddeden, davranı alanında 6 maddeden, ya am becerileri alt ba lı ı 10 maddeden, çocu un benlik

algısı alt ba lı 1 3 maddeden, sosyal etkinlikler alt ba lı 1 7 maddeden ve riskli eylemler alt ba lı 1 10 maddeden oluşmaktadır. Okul alanında i levsellikte bozulmanın de erlendirilebilmesi için iki ayrı faktör olan okul-ö renme ve okul-davranı maddeleri okul ba lı 1 altında toplanmıştır. Her bir madde 4 seçenekli 0-3 arası puan ile puanlanan likert tipi bir ölçektir. Ölçe in yönergesinde ebeveynlerden çocuklarının duygusal ve davranı sal sorunlarını göz önüne alarak, son bir ay içerisinde bu duygusal ve davranı sal sorunların ölçekteki maddelerden her birini nasıl etkiledi ini en iyi tarif eden seçene i i aretlemesi istenmektedir. Ölçek geli tiricileri tarafından, ebeveynlerin çocuklarına uygun olmadı nı dü ündükleri sorular için “uygun de il” seçene ini i aretleyebilecekleri belirtilmektedir. Sorunun yanıtı “hiçbir zaman” olarak i aretlenmi se 0, “bazen” olarak i aretlenmi se 1, “sık” olarak i aretlenmi se 2, “çok sık” olarak i aretlenmi se 3 puan almaktadır. aretlenen maddelerin toplanmasıyla hem her bir alt ba lık için, hem de toplam ölçek için puan hesaplanır. Toplam puan hesaplanırken “uygun de il” olarak i aretlenen maddeler 0 olarak puanlanır. Ortalama puan hesaplanırken “uygun de il” olarak i aretlenenler çıkarıldıktan sonra hesaplama yapılır. Alt ba lıktaki maddelerin toplam puanı, ilgili alt ba lıktaki madde sayısına bölünerek ortalama puan hesaplanır. Klinisyenlere kolaylık açısından; alt ba lıkta bir tane 3 olarak puanlanan maddenin ya da en az iki tane 2 olarak puanlanan maddenin olmasının ya da ortalama puanın 1,5’den fazla olmasının o alt ba lıkla ilgili alanlarda i levsellikte bozulmanın oldu nu gösterdi i belirtilmi tir. W BÖ-E ebeveynler tarafından yakla ık 5-10 dakika arasında de i en bir sürede doldurulmaktadır (15,73).

Ölçek 18 dile tercüme edilmi ve birçok çalı mada kullanılmı tir (11-14). DEHB’ye özgü alanda i levsellikte bozulmayı ölçen ve DEHB örnekleminde geçerli tek ölçektir (15). ç tutarlılık çalı masında Cronbach alfa katsayısı 0.8 olarak bulunmu tur. Alanlar faktör analizi ile do rulanmı , okul alanı ö renme ve davranı olarak ikiye ayrılmı tir. Di er i levsellik ölçekleri ile orta derecede birle en geçerli e sahip oldu u görülmü tür. Tedavi sonrası DEHB belirtilerinde görülen azalmanın ölçekte de de i ikli e yol açtı ı saptanmı tir (15).

3.2.2. Okul Ça ı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve izofreni Görü me Çizelgesi- imdi ve Ya am Boyu ekli-Türkçe Uyarlaması (ÇD G- Y- T) (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children, Present and Lifetime Version, KSADS- PL)

Yarı yapılandırılmı bir görü me ölçe i olan ÇD G- Y, Kauffman ve arkadaşları tarafından DSM-III-R ve DSM-IV tanı ölçütlerine göre 6-18 ya arasındaki çocuk ve ergenlerde ruhsal bozuklukları taramak amacıyla geliştirilmiştir (75). Üç bölümden oluşmaktadır. “Yapılandırılmamı ba langıç görü mesi” olarak adlandırılan ilk bölümde çocu un demografik bilgileri, sa lık durumu, u andaki yakınması, geçmi te aldığı psikiyatrik tedavilere ili kin bilgilerle birlikte çocu un okuldaki durumu, hobileri ve arkadaşları gibi bilgiler edinilmektedir. İkinci bölüm olan ‘tanı amaçlı tarama görü mesi’ 200’e yakın özgül belirti ve davranı de erlendirmekle birlikte, her bir belirtinin de erlendirilmesi için belli tarayıcı sorular ve de erlendirme ölçütleri verilmiştir. Tarama görü mesi ile pozitif belirtiler varsa tanıyı do rulamak amacıyla ayrıntılı de erlendirme yapılmaktadır. Çocu un u andaki i lev düzeyini belirlemek için düzenlenen üçüncü bölüm ise “çocuklar için genel de erlendirme ölçe i” (Ç GDÖ) olarak adlandırılmaktadır. ÇDSG- Y belirtilerin şiddetini de erlendirmemekte, sadece bozukluk belirtilerinin varlığını dair bilgi vererek, belirtileri “yok”, “e ik altı” ve “e ik” ekinde derecelendirmektedir. ÇDSG- Y, anne-baba ve çocu un kendisiyle görü me yoluyla uygulanmakta ve en sonunda tüm kaynaklardan alınan bilgiler do rultusunda de erlendirme yapılmaktadır. E er farklı kaynaklardan gelen bilgiler arasında uyumsuzluk varsa klinisyen kendi klinik yargısını kullanarak karar vermektedir (65). Görü me çizelgesinin Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, 2004 yılında Gökler ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (65).

3.2.3. Sosyodemografik Bilgi Formu

Çocuk/ergen ve ebeveynleri ile ilgili yaşı, cinsiyet, eğitim durumu, anne ve babanın birliktelik durumu, kardeş sayısı, ailedeki diğer üyelerin aylık geliri, diğer umumi komplikasyonları, akraba evliliği, tıbbi ve psikiyatrik özgeçmişi ve soygeçmişi ile ilgili bilgilerin sorgulanabilmesi amacıyla çalışmacı tarafından hazırlanan, 23 sorudan oluşan, görüşme tarafından ebeveynlere sorularak ya da ebeveynin kendisi tarafından doldurulabilen formdur (Ek 10.5).

3.2.4. Çocuklar için Genel Değerlendirme Ölçeği (ÇGDÖ)

Tek boyutlu, klinisyen tarafından değerlendirilen, sık kullanılan genel değerlendirme ölçeğidir (63). Erişkinlerde B'yı değerlendiren Genel Değerlendirme Ölçeği'nden uyarlanmıştır (64). Toplam puan 1 ile 100 arasında değişmektedir. Düşük puanlar B'de artışı yansıtmaktadır. Tedavi izleminde de kullanılabilir. Değerlendiriciler arası güvenilirliği ve test-tekrar test güvenilirliği yeterli bulunmuştur (59). Türkçe'ye uyarlanması, Okul Çağında Çocukları için Duygulanım Bozuklukları Ve İzofreni Görülmesi Çizelgesi (İmdi ve Yaşam Boyu) ekli (ÇD G- Y-T) içinde yapılmıştır (65) (Ek 10.6).

3.2.5. Klinik Global İzlenim Ölçeği (KG)

Her yaşta uygulanabilen, tüm psikiyatrik bozuklukların klinik araştırma amaçlı olarak, şiddetini, gidişini ve ilaç tedavisine bağlı yan etkileri değerlendirmek üzere geliştirilmiş olan üç boyutlu bir ölçektir. (76). Bu çalışmada hastalığın genel şiddetinin değerlendirildiği klinik global izlenim-genel şiddet (KG-G) değerlendirilmesi kullanılmıştır. KG-G toplam yedi derecelikli bir ölçektir. Hastalığın şiddeti 1-7 puan arasında; 1: normal, hasta değil, 2: hastalık sınırında, 3: hafif düzeyde hasta, 4: orta düzeyde hasta, 5: belirgin düzeyde hasta, 6: ağır hasta, 7: çok ağır hasta biçiminde değerlendirilir (Ek 10.7).

3.2.6. Yıkıcı Davranı Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve De erlendirme Ölçe i (YDBÖ)

Bu ölçek Turgay tarafından DSM-IV tanı ölçütleri temel alınarak geli tirilen, yıkıcı davranı bozukluklarını tarayan bir ölçektir. Ebeveynler veya ö retmenler tarafından yanıtlanan, 9'u dikkat eksikli ini, 9'u a ırı hareketlilik ve dürtüsellik, 8'i kar it olma kar it gelme bozuklu unu ve 15'i davranım bozuklu unu sorgulayan 41 sorudan olu maktadır. Her madde 0: hiç yok, 1: biraz, 2: oldukça fazla, 3: çok fazla biçiminde puanlanmaktadır (77). Ölçe in Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalı ması Ercan ve arkada ları tarafından yapılmı tır (78) (Ek 10.8).

3.2.7. Conners Ana Baba Derecelendirme Ölçe i- Kısa Formu (CADÖ-48)

Çocukların davranı larının anne-babaları tarafından derecelendirilmesi amacıyla geli tirilmi bir ölçektir. Hiperaktivite, ö renme, davranım sorunları, psikosomatik sorunlar ve bunaltı ile ilgili maddeler içermektedir. Toplam 48 maddeden olu maktadır. Dikkat eksikli i alanında be , hiperaktivite alanında dört, kar it olma kar it gelme bozuklu u alanında dört, davranım bozuklu u alanında onbir maddeden olu maktadır. Bu dört alanda ölçek iç tutarlılı ı 0.76-0.92 arasında bulunmu tur. Maddeler 0: hiçbir zaman, 1: nadiren, 2: sıklıkla, 3: her zaman biçiminde puanlanmaktadır. Ölçe in Türkçe uyarlaması Dereboy ve arkada ları tarafından yapılmı tır (79) (Ek 10.9).

3.2.8. Çocuklar için Ya am Kalitesi Ölçe i (Ç YKÖ)

Ç YKÖ, 2-18 ya ları arasındaki çocuk ve ergenlerin sa lıkla ilgili ya am kalitelerini de erlendiren genel bir ya am kalitesi ölçe idir. Ülkemizde Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalı ması yapılmı tır (80-82). Ölçek 23 maddeden olu maktadır. Maddeler 0-100 arasında puanlanmaktadır. Sorunun yanıtı hiçbir zaman olarak i aretlenmi se 100, nadiren olarak i aretlenmi se 75, bazen olarak

İşaretlenmişse 50, sıklıkla olarak işaretlenmişse 25, hemen her zaman olarak işaretlenmişse 0 puan almaktadır. Puanlama 3 alanda yapılmaktadır. İlk olarak ölçek toplam puanı (ÖTP), ikinci olarak fiziksel sağlık toplam puanı (FSTP), üçüncü olarak duygusal, sosyal ve okul işlevsellikini de değerlendiren madde puanlarının hesaplanmasından oluşan psikososyal sağlık toplam puanı (PSTP) hesaplanmaktadır. ÇYKÖ toplam puanı ne kadar yüksek ise, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi de o kadar iyi algılanmaktadır (Ek 10.10).

3.3. İnceleme

Çalışmanın hazırlık aşamasında, DEHB’de hastalığa özgü ve genel işlevsellikte bozulmanın değerlendirilmesi konusunda dünyada kullanılmakta olan yöntemler ile ilgili ayrıntılı bir literatür taraması yapılmıştır. Kullanılabilecek ölçekler saptanmış, bu ölçeklerin geliştiricileriyle iletişime geçilmiş, ölçeklerin kullanıldığı makaleler değerlendirilmiştir. Yapılan değerlendirmede ebeveynler tarafından doldurulan “Weiss Functional Impairment Rating Scale-Parent” formunun geçerlik ve güvenilirliğinin çalışılmasına karar verilmiştir. WBÖ-E’nin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının yapılabilmesi için ölçeği geliştiren Dr. Margaret Weiss’dan yazılı olarak izin alınmıştır. Etik kurul onayı alındıktan sonra form iyi derecede İngilizce bilen, çocuk ruh sağlığı ve hastalıkları bilim dalında çalışan bir araştırmacı görevlisi ve bir özetim üyesi tarafından Türkçe’ye çevrilmiş, daha sonra başka bir özetim üyesi tarafından gözden geçirilmiştir. Gözden geçirilmiş olan metin iyi derecede İngilizce bilen bir özetim üyesi tarafından Türkçe’den İngilizce’ye çevrilmiş, çevrilmiş olan metin farklı bir özetim üyesi tarafından ölçeğin aslı ile karşılaştırılmıştır. Önemli düzeyde anlam değişikliği saptanmaması üzerine ölçek 15 ebeveyne uygulanmış, anlaşılmayan, ifade eksikliği olduğu saptanan sorular üzerinde araştırmacı ekibi tarafından tekrar gözden geçirme, düzeltmeler yapıp ebeveynlere yeniden uygulanmıştır. Son düzeltmelerden sonra ölçek bastırılarak çalışmaya başlanmıştır. Ölçek için herhangi bir telif hakkı istenmemiştir. Ölçeğin klinik değerlendirme ve araştırma amaçlı kullanımında ücretsiz olarak kullanılabilmesi belirtilmiştir.

Okulda yapılan çalı maya ba lamadan önce l Milli E itim Müdürlü ü'nden, okul müdürlerinden ve sınıf ö retmenlerinden onay alınmı tir. Çalı macı tarafından çalı ma hakkında bilgi verilmi tir. Ebeveynlerin çalı ma hakkında bilgi sahibi olabilmeleri için bilgilendirme formu, çalı maya katılmalarını onaylamaları için aydınlatılmı onam formu, sosyodemografik bilgi formu ve çalı mada kullanılan ölçekler verilmi tir. Yakla ık bir hafta sonra ebeveyn formları geri alınmı tir.

Çalı ma kapsamındaki ölçekler, DEHB grubunu olu turan çocukların ebeveynleri tarafından Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sa lı ı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda çalı macıların gözetiminde doldurmu tur. Çalı maya katılan çocuklar ve ebeveynlerine çalı ma hakkında bilgilendirme formu ile yazılı ve sözlü bilgi verilmesinin ardından, aydınlatılmı onam formu imzalatılmı tir. Yazılı ve sözlü onay alındıktan sonra ölçeklerin nasıl doldurulaca ı örnek ile gösterilmi tir.

3.4. Verilerin De erlendirilmesi

Çalı ma verileri Windows için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 17.0 ve Lisrel 8.54 istatistik paket programları kullanılarak de erlendirilmi tir. Sonuçlar %95'lik güven aralı nda, anlamlılık p 0.05 düzeyinde de erlendirilmi tir. Çalı ma verileri de erlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (ortalama, standart sapma, ortanca) yanı sıra, niceliksel verilerin ortalamalarının kar ıla tırılmasında ikiden fazla grup için parametrik da ılıma sahip verilerde One Way Anova (post-hoc Tukey HSD testi), parametrik olmayan verilerde Kruskal-Wallis (post-hoc Mann Whitney U testi) kullanılmı ve Bonferroni düzeltmesi yapılarak p de eri ayarlanmı tir. Parametrik verilerde Pearson, parametrik olmayan verilerde Spearman korelasyon analizi kullanılarak de i kenler arasındaki korelasyon ara tırılmı tir. istatistiksel olarak anlamlı korelasyon katsayıları elde edildi inde, 0.10 ile 0.29 arasındaki korelasyon katsayılarının dü ük derecede, 0.30 ile 0.49 arasındaki korelasyon katsayılarının orta derecede, 0.50 ve daha fazla olan korelasyon katsayılarının ise yüksek derecede korelasyon olarak yorumlanmı tir (83). Ölçe in toplamından veya herhangi bir alt boyutundan alınabilecek en dü ük puanı alanların yüzdesi olarak tanımlanan taban yüzdesi ve en yüksek puanı alanların

yüzdesi olarak tanımlanan tavan yüzdesi de erlerinin sınır de er olan %20'yi geçmesi durumunda taban ve tavan etkisinden söz edilmektedir (84). Çalı mamızda W BÖ-E toplam ve alt boyutları için taban ve tavan yüzdesi de erleri hesaplanmı tır.

Örnekleme büyüklü ünün yeterlili ini de erlendirmede Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi uygulanmı tır. KMO testinde elde edilen de er 1'e yakla tıkça ara tırma için gerekli örnekleme büyüklü ü mükemmel, 0.5'in altına dü tü ünde ise uygunsuz olarak de erlendirilmektedir (85). Örnekleme yapısının faktör analizine uygunlu unu ara tırmak amacıyla Bartlett testi uygulanmı tır. Bartlett testinde istatistiksel olarak anlamlı bir sonucun elde edilmesi verilerin faktör analizi için uygun oldu unu göstermektedir (85).

Lisrel 8.54 kullanılarak yapılan do rulayıcı faktör analizinde, açıklayıcı faktör analizinden elde edilen modelin uyumu de erlendirilmi tir. Uyum göstergeleri olarak; tahminin ortalama karekök hatası (TOKH) (root mean square error of approximation, RMSEA) ve kar ıla tırmalı uyum indeksi (KU) (comparative fit index, CFI) de erleri hesaplanmı tır. TOKH de erinin 0.5'in altında olması iyi uyumu, 0.05-0.08 arasında olması kabul edilebilir uyumu, 0.08-0.1 arasında olması zayıf uyumu, 0.1'den büyük olması ise uyumun olmadı nı göstermektedir. 0 ile 1 arasında de i mekte olan KU de erinin ise 0.9'dan büyük olması uyumun iyi oldu unu göstermektedir (85,86).

4. BULGULAR

4.1. Genel Bulgular

DEHB grubunu oluşturan 250 DEHB'li çocuğun ve kontrol grubunu oluşturan 250 sağlıklı çocuğun ebeveynleri tarafından Weiss İlevsellikte Bozulma Ölçeği-Ebeveyn Formu (WBÖ-E) doldurulmuştur. DEHB tanısı alan çocukların ebeveynlerinden 54'üne WBÖ-E dört hafta sonra tekrar uygulanmıştır.

4.1.1. Sosyodemografik Özellikler

DEHB grubunu oluşturan çocukların 193'ü (%77.2) erkeklerden, 57'si (%22.8) kızlardan oluşmuştur. Kontrol grubunu oluşturan çocukların 193'ü (%77.2) erkeklerden, 57'si (%22.8) kızlardan oluşmuştur. DEHB ve kontrol grubu 6-14 yaş arası çocuklardan oluşmaktadır. DEHB grubunu oluşturan çocukların yaş ortalaması 9.61 ± 2.18 iken, kontrol grubunu oluşturan çocukların yaş ortalaması 9.85 ± 2.12 bulunmuştur.

Tablo 1'de DEHB ve kontrol gruplarında yaş ortalamaları ve cinsiyet dağılımları görülmektedir. Her iki grupta da yaş ortalamaları ve cinsiyet dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 1: DEHB ve kontrol grubunda yaş ortalamaları ve cinsiyet dağılımı

		DEHB		Kontrol		Test değeri	p
		Ort	SS	Ort	SS		
Yaş		9.61	2.18	9.85	2.12	t: -1.265	0.207*
		n	%	n	%		
Cinsiyet	Erkek	193	77.2	193	77.2	χ ² :0.001	1.000*
	Kız	57	22.8	57	22.8		

t: Student-t testi, χ²: Pearson ki-kare testi

Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, n: Olgu sayısı, %: Yüzdeler

*p>0.05

Tablo 2’de DEHB ve kontrol grubundaki çocukların öğrenim gördükleri sınıflara göre dağılımı görülmektedir. Her iki gruptaki çocuklar her sınıftan eşit sayıda alınmış olup; DEHB ve kontrol grubunu, en fazla %18 ile ikinci sınıf öğrencileri, en az ise %5.6 ile yedinci sınıf öğrencileri oluşturmaktadır.

Tablo 2: DEHB ve kontrol grubunun sınıflara göre dağılımı

Sınıf	DEHB		Kontrol	
	n	%	n	%
1.Sınıf	37	14.8	37	14.8
2.Sınıf	45	18.0	45	18.0
3.Sınıf	38	15.2	38	15.2
4.Sınıf	42	16.8	42	16.8
5.Sınıf	33	13.2	33	13.2
6.Sınıf	24	9.6	24	9.6
7.Sınıf	14	5.6	14	5.6
8.Sınıf	17	6.8	17	6.8

Tablo 3’de DEHB ve kontrol grubu ebeveynlerine ilişkin özellikler görülmektedir. DEHB ve kontrol grubu annelerinin büyük bir bölümünün ilköğretim mezunu olduğu görülmektedir (%43.2-%50.8). DEHB ve kontrol grubu babalarının büyük bir bölümünün lise mezunu olduğu görülmektedir (%43.2-%50.8).

DEHB ve kontrol grubu annelerinin büyük bir bölümünün (%78.4-%80) herhangi bir işte çalışmamış, babalarının büyük bir bölümünün ise bir işte çalıştıkları görülmektedir (%92.4-%95.6) (Tablo 3).

Tablo 3: DEHB ve kontrol grubunda ebeveynlere ait sosyodemografik özellikler

		DEHB		Kontrol	
		Ort	SS	Ort	SS
Anne Ya		35.14	5.42	35.59	5.09
Baba Ya		39.28	5.81	39.26	5.21
		n	%	n	%
Anne E itim	Okuryazar De il	2	0.8	2	0.8
	İlkokul	108	43.2	127	50.8
	Ortaokul	38	15.2	20	8.0
	Lise	74	29.6	53	21.2
	Üniversite	28	11.2	48	19.2
Baba E itim	Okuryazar De il	1	0.4	0	0.0
	İlkokul	67	26.9	66	26.4
	Ortaokul	45	18.1	37	14.8
	Lise	94	37.8	75	30.0
	Üniversite	42	16.9	72	28.8
Anne Çalış ma Durumu	Çalış mıyor	196	78.4	200	80.0
	Çalış ıyor	54	21.6	50	20.0
Baba Çalış ma Durumu	Çalış mıyor	19	7.6	11	4.4
	Çalış ıyor	230	92.4	239	95.6

4.1.2. DEHB Alt Tiplerinin Da ılımı

Tablo 4’de DEHB alt tiplerinin da ılımı görülmektedir. Tablo 4 incelendi inde DEHB tanısı alan çocukların en fazla %77.6 ile DEHB-B tanısı aldı ı görülmektedir.

Tablo 4: DEHB alt tiplerinin da ılımı

DEHB Alt Tipi	n	%
DEHB-B	194	77.6
DEHB-DE	41	16.4
DEHB-HD	15	6

DEHB-B: Birle ik tip

DEHB-DE: Dikkat eksikli inin önde oldu u tip

DEHB-HD: Hiperaktivite ve dürtüselli in önde oldu u tip

4.1.3. DEHB ve Kontrol Grubunda CADÖ Puan Ortalamaları

Tablo 5’de DEHB ve kontrol gruplarının CADÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları görülmektedir. DEHB grubu CADÖ davranım sorunu, ataklık/hiperaktivite, ö renme sorunu/dikkat alt boyut puan ortalamaları ve CADÖ toplam puan ortalaması kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmu tur (p 0.01).

Tablo 5: DEHB ve kontrol grubunda CADÖ puan ortalamaları

CADÖ		DEHB	Kontrol	U*	p
Davranım sorunu	Ort±SS	10.03±7.25	2.24±2.67	9080.5	0.001**
	Ortanca (Min-Max)	9.0 (0-29)	1.0 (0-17)		
Ataklık/hiperaktivite	Ort±SS	7.24±2.97	4.02±2.49	13042.5	0.001**
	Ortanca (Min-Max)	8.0 (0-12)	4.0 (0-11)		
Ö renme sorunu/dikkat	Ort±SS	6.55±2.66	1.71±1.51	3701.5	0.001**
	Ortanca (Min-Max)	6.5 (0-15)	1.0 (0-7)		
Toplam	Ort±SS	48.59±20.30	17.83±9.25	4783.5	0.001**
	Ortanca (Min-Max)	46.0 (4-111)	18.0 (0-50)		

*U: Mann Whitney U Testi,**p<0.01

CADÖ: Connors ana baba derecelendirme ölçe i-kısa formu

4.1.4. W BÖ-E ile İlgili Genel Bulgular

Tablo 6’da DEHB grubunda W BÖ-E’yi oluşturan 50 maddenin her birinden alınan puanlar görülmektedir. W BÖ-E’nin genel yanıtlanma oranına bakıldığında, ölçekte yer alan maddelerin tamamının katılımcılar tarafından yanıtlandığı, yanıtlanmayan soru olmadığı görülmektedir. Okul davranış alt boyutunda yer alan beşinci (okuldan uzaklaştırılması ya da atılması), riskli eylemler alt boyutunda yer alan üçüncü (kanun dışı eylemler yapması), dördüncü (polis ile başının derde girmesi), beşinci (sigara içmesi), altıncı (yasadışı madde kullanması) ve sekizinci (başkalarını yaralaması) maddeler %100 ile en çok sıfır puan alan maddeler iken, yaşam becerileri alt boyutunda yer alan birinci (televizyon, video ya da bilgisayar oyunlarını ağırlıklı kullanması) madde %37.6 ile en çok üç puan alan madde olmuştur.

Tablo 6: DEHB grubunda W BÖ-E madde puanlarının dağılımı

W BÖ-E Maddeleri (n=50)	0 puan	1 puan	2 puan	3 puan
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Aile 1	71 (28.4)	65 (26.0)	63 (25.5)	51 (20.4)
Aile 2	64 (25.6)	107 (42.8)	57 (22.8)	22 (8.8)
Aile 3	92 (36.8)	91 (36.4)	46 (18.4)	21 (8.4)
Aile 4	71 (28.4)	111 (44.4)	45 (18.0)	23 (9.2)
Aile 5	131 (52.4)	73 (29.2)	35 (14.0)	11 (4.4)
Aile 6	109 (43.6)	79 (31.6)	50 (20.0)	12 (4.8)
Aile 7	94 (37.6)	78 (31.2)	55 (22.0)	23 (9.2)
Aile 8	75 (30.0)	107 (42.8)	55 (22.0)	13 (5.2)
Aile 9	105 (42.0)	66 (26.4)	51 (20.4)	28 (11.2)
Aile 10	133 (53.2)	70 (28.0)	32 (12.8)	15 (6.0)
Okul-ö renme 1	58 (23.2)	64 (25.6)	70 (28.0)	58 (23.2)
Okul-ö renme 2	44 (17.6)	64 (25.6)	78 (31.2)	64 (25.6)
Okul-ö renme 3	77 (30.8)	62 (24.8)	58 (23.2)	53 (21.2)
Okul-ö renme 4	53 (21.2)	57 (22.8)	80 (32.0)	60 (24.0)
Okul-davram 1	59 (23.6)	86 (34.4)	76 (30.4)	29 (11.6)
Okul-davram 2	117 (46.8)	90 (36.0)	32 (12.8)	11 (4.4)
Okul-davram 3	137 (54.8)	76 (30.4)	27 (10.8)	10 (4.0)
Okul-davram 4	201 (80.4)	37 (14.8)	7 (2.8)	5 (2.0)
Okul-davram 5	250 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0.0)
Okul-davram 6	208 (83.2)	33 (13.2)	5 (2.0)	4 (1.6)
Ya am becerileri 1	24 (9.6)	46 (18.4)	86 (34.4)	94 (37.6)
Ya am becerileri 2	64 (25.6)	81 (32.4)	71 (28.4)	34 (13.6)
Ya am becerileri 3	70 (28.0)	83 (33.2)	64 (25.6)	33 (13.2)
Ya am becerileri 4	64 (25.6)	81 (32.4)	70 (28.0)	35 (14.0)
Ya am becerileri 5	46 (18.4)	73 (29.2)	62 (24.8)	69 (27.6)
Ya am becerileri 6	127 (50.8)	65 (26.0)	39 (15.6)	19 (7.6)
Ya am becerileri 7	76 (30.4)	116 (46.4)	44 (17.6)	14 (5.6)
Ya am becerileri 8	196 (78.4)	37 (14.8)	13 (5.2)	4 (1.6)
Ya am becerileri 9	159 (63.6)	65 (26.0)	17 (6.8)	9 (3.6)
Ya am becerileri 10	127 (50.8)	76 (30.4)	24 (9.6)	23 (9.2)
Çocu un benlik algısı 1	105 (42.0)	92 (36.8)	36 (14.4)	17 (6.8)
Çocu un benlik algısı 2	122 (48.8)	80 (32.0)	30 (12.0)	18 (7.2)
Çocu un benlik algısı 3	121 (48.4)	80 (32.0)	29 (11.6)	20 (8.0)
Sosyal etkinlikler 1	60 (24.0)	125 (50.0)	49 (19.6)	16 (6.4)
Sosyal etkinlikler 2	102 (40.8)	88 (35.2)	44 (17.6)	16 (6.4)
Sosyal etkinlikler 3	81 (32.4)	86 (34.4)	63 (25.2)	20 (8.0)
Sosyal etkinlikler 4	172 (68.8)	51 (20.4)	22 (8.8)	5 (2.0)
Sosyal etkinlikler 5	116 (46.4)	82 (32.8)	42 (16.8)	10 (4.0)
Sosyal etkinlikler 6	111 (44.4)	82 (32.8)	46 (18.4)	11 (4.4)
Riskli eylemler 1	84 (33.6)	91 (36.4)	55 (22.0)	20 (8.0)
Riskli eylemler 2	134 (53.6)	85 (34.0)	22 (8.8)	9 (3.6)
Riskli eylemler 3	250 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Riskli eylemler 4	250 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Riskli eylemler 5	250 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Riskli eylemler 6	250 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Riskli eylemler 7	232 (92.8)	11 (4.4)	4 (1.6)	3 (1.2)
Riskli eylemler 8	250 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Riskli eylemler 9	178 (71.2)	50 (20.0)	15 (6.0)	7 (2.8)
Riskli eylemler 10	241 (96.4)	9 (3.6)	0 (0.0)	0 (0.0)

W BÖ-E'nin faktör analizi, okul-davranı alt boyutunda yer alan be inci maddenin ve riskli eylemler alt boyutunda yer alan üç, dört, be , altı ve sekizinci maddelerinin, DEHB grubu ebeveynlerinin tamamı tarafından "0" (hiç bir zaman) olarak puanlanması nedeniyle faktör analizine dahil edilmeyerek toplamda 44 madde üzerinden yapılmı tır (Tablo 7).

Açıklayıcı faktör analizi sonucunda, okul-davranı alt boyutunda yer alan altıncı madde; ya am becerileri alt boyutunda yer alan yedinci, dokuzuncu, onuncu maddeler; sosyal etkinlikler alt boyutunda yer alan dördüncü ve riskli eylemler alt boyutunda yer alan birinci maddeler faktör yükleri açısından daha yüksek uyum gösterdikleri alt boyutlar içinde de erlendirilmi tir. Yapılan de i ikliklerden sonra 10 maddeden olu an aile alt boyutunda ve 4 maddeden olu an okul-ö renme boyutlarında de i iklik olmamı tır. Okul-davranı boyutu 6 maddeden 4 maddeye, ya am becerileri alt boyutu 10 maddeden 9 maddeye dü mü tür. Çocu un benlik algısı alt boyutu 3 maddeden 4 maddeye çıkmı tır. Sosyal etkinlikler alt boyutunda bir madde yer de i tirmi , toplamda 7 maddeden olu mu tur. Riskli eylemler alt boyutu 10 maddeden 6 maddeye dü mü tür (Tablo 7).

Tablo 7: DEHB grubunda W BÖ-E alt boyutlarında maddelerin da ılımı

Alt boyutlar	W BÖ-E (50 madde)*	W BÖ-E (44 madde)**
Aile	A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8, A9, A10	A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8, A9, A10
Okul-ö renme	OÖ1, OÖ2, OÖ3, OÖ4	OÖ1, OÖ2, OÖ3, OÖ4
Okul-davranı	OD1, OD2, OD3, OD4, OD5 , OD6	OD1, OD2, OD3, OD4
Ya am becerileri	YB1, YB2, YB3, YB4, YB5, YB6, YB7, YB8, YB9, YB10	OD6 , YB1, YB2, YB3, YB4, YB5, YB6, YB8, SE4
Çocu un benlik algısı	ÇBA1, ÇBA2, ÇBA3	YB10 , ÇBA1, ÇBA2, ÇBA3
Sosyal etkinlikler	SE1, SE2, SE3, SE4, SE5, SE6, SE7	SE1, SE2, SE3, SE5, SE6, SE7, RE1
Riskli eylemler	RE1, RE2, RE3 , RE4 , RE5 , RE6 , RE7, RE8 , RE9, RE10	YB7 , YB9 , RE2, RE7, RE9, RE10

W BÖ-E: Weiss i levsellikte bozulma ölçe i-ebeveyn formu

A: Aile, SE: Sosyal etkinlikler, RE: Riskli eylemler, OÖ: Okul-ö renme, OD: Okul-davranı ,

YB: Ya am becerileri, ÇBA: Çocu un benlik algısı

*Açıklayıcı faktör analizinden önce

**DEHB grubunun tamamında 0 olarak puanlanan (OD5, RE3, RE4, RE5, RE6, RE8) maddeleri dâhil edilmeyerek yapılan açıklayıcı faktör analizinden sonra

Tablo 8’de DEHB grubunda W BÖ-E boyutlarının taban ve tavan yüzdeleri görülmektedir. W BÖ-E toplam ve alt boyutlarında taban yüzdeleri %0 ile %18.4 arasında bulunmu tur. En yüksek taban yüzdesi de eri okul-davranı alt boyutunda bulunmu tur (%18.4). W BÖ-E toplam ve alt boyutlarında tavan yüzdeleri %0 ile %8.8 arasında bulunmu tur. En yüksek tavan yüzdesi de eri okul-ö renme alt boyutunda bulunmu tur (%8.8). W BÖ-E toplam ölçe i için taban ve tavan yüzdesi % 0 olarak bulunmu tur.

Tablo 8: DEHB grubunda W BÖ-E alt boyutlarında taban ve tavan yüzdeleri (44 madde için)

W BÖ-E		%
Aile (10 madde)	Taban	4
	Tavan	0.4
Okul-ö renme (4 madde)	Taban	11.6
	Tavan	8.8
Okul-davranı (4 madde)	Taban	18.4
	Tavan	1.2
Ya am becerileri (9 madde)	Taban	1.6
	Tavan	0
Çocu un benlik algısı (4 madde)	Taban	17.2
	Tavan	0
Sosyal etkinlikler (7 madde)	Taban	9.2
	Tavan	0
Riskli eylemler (6 madde)	Taban	16.8
	Tavan	0
Toplam (44 madde)	Taban	0
	Tavan	0

W BÖ-E: Weiss i levsellikte bozulma ölçe i-ebeveyn formu

Tablo 9’da DEHB grubunda W BÖ-E boyutlarından alınan puanlar görülmektedir. W BÖ-E toplam puan ortalaması 40.27 ± 19.84 olup, alt boyutlar arasında puan dağılımlarına bakıldığında, en yüksek puan ortalaması 9.93 ± 6.74 puan ile aile alt boyutunda bulunurken, en düşük puan ortalaması 2.66 ± 2.39 puan ile riskli eylemler alt boyutunda bulunmuştur.

Tablo 9: DEHB grubunda W BÖ-E alt boyutlarında puan dağılımı (44 madde için)

W BÖ-E	DEHB grubu	
Aile (10 madde)	Min-Max	0-30
	Ort±SS	9.93 ± 6.74
	Ortanca	9.0
Okul (8 madde)	Min-Max	0-24
	Ort±SS	9.04 ± 5.13
	Ortanca	9.0
Yaşam becerileri (9 madde)	Min-Max	0-22
	Ort±SS	9.22 ± 4.79
	Ortanca	9.0
Çocuğun benlik algısı (4 madde)	Min-Max	0-11
	Ort±SS	3.20 ± 2.75
	Ortanca	3.0
Sosyal etkinlikler (7 madde)	Min-Max	0-19
	Ort±SS	6.21 ± 4.61
	Ortanca	5.0
Riskli eylemler (6 madde)	Min-Max	0-13
	Ort±SS	2.66 ± 2.39
	Ortanca	2.0
Toplam (44 madde)	Min-Max	4-111
	Ort±SS	40.27 ± 19.84
	Ortanca	37.5

W BÖ-E: Weiss ilevsellikte bozulma ölçeği-ebeveyn formu

4.2. W BÖ-E Güvenirlik Çalışması ile İlgili Bulgular

4.2.1. İç Tutarlılık

Tablo 10’da 50 ve 44 maddelik W BÖ-E alt boyut ve toplam Cronbach alfa katsayıları görülmektedir.

50 maddeden oluşan W BÖ-E iç tutarlılık analizinde Cronbach alfa katsayıları 0.56 ile 0.93 arasında değişmektedir. Ölçeğin tamamı için Cronbach alfa katsayısı 0.93 olarak bulunmuştur. 50 maddelik W BÖ-E’de ölçek maddelerinin tek tek çıkarıldıktan sonra yapılan analizde toplam Cronbach alfa katsayısında artış olmadığı görülmüştür (Tablo 10).

44 maddeden oluşan W BÖ-E iç tutarlılık analizinde Cronbach alfa katsayıları 0.63 ile 0.93 arasında değişmektedir. Ölçeğin tamamı için Cronbach alfa katsayısı 0.93 olarak bulunmuştur. 44 maddelik W BÖ-E’de ölçek maddelerinin tek tek çıkarıldıktan sonra yapılan analizde toplam Cronbach alfa katsayısında artış olmadığı görülmüştür (Tablo 10).

Tablo 10: DEHB grubunda W BÖ-E boyutlarında iç tutarlılık

W BÖ-E	50 madde		44 madde	
	n		n	
Aile	10	0.89	10	0.89
Okul-ö renme	4	0.88	4	0.88
Okul-davranı	6	0.73	4	0.79
Yaşam becerileri	10	0.76	9	0.77
Çocuğun benlik algısı	3	0.82	4	0.72
Sosyal etkinlikler	7	0.87	7	0.87
Riskli eylemler	10	0.56	6	0.63
Toplam	50	0.93	44	0.93

n: Madde sayısı

: Cronbach alfa katsayısı

W BÖ-E: Weiss ilevsellikte bozulma ölçeği-ebeveyn formu

4.2.2. DEHB Grubunda W BÖ-E Alt Boyut ve Toplam Puan Korelasyonları

Tablo 11’de DEHB grubunda W BÖ-E alt boyutlarının birbirleriyle ve toplam ölçekle korelasyon katsayıları görülmektedir. Tüm korelasyonların istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde 0.34 ile 0.85 arasında de i t i i görülmektedir (p 0.01).

Tablo 11: DEHB grubunda W BÖ-E alt boyut ve toplam puan korelasyonları (44 madde için)

W BÖ-E	Toplam	Aile	Okul	Ya am becerileri	Çocu un benlik algısı	Sosyal etkinlikler	Riskli eylemler
Toplam	-						
Aile	0.85*	-					
Okul	0.69*	0.45*	-				
Ya am becerileri	0.70*	0.50*	0.34*	-			
Çocu un benlik algısı	0.64*	0.47*	0.39*	0.42*	-		
Sosyal etkinlikler	0.76*	0.66*	0.38*	0.42*	0.40*	-	
Riskli eylemler	0.72*	0.56*	0.53*	0.47*	0.46*	0.46*	-

Spearman korelasyon analizi, *p 0.01

W BÖ-E: Weiss i levsellikte bozulma ölçe i-ebeveyn formu

4.2.3. Test-Tekrar Test Güvenirli i

Tablo 12’de DEHB grubunda W BÖ-E’nin 54 ebeveyne dört hafta ara ile iki kez uygulanmasının ardından elde edilen test-tekrar test korelasyonları görülmektedir. W BÖ-E toplam ve alt boyutlarında korelasyon katsayıları 0.79 ile 0.93 arasında bulunmu tur (p 0.01).

Tablo 12: DEHB grubunda W BÖ-E test-tekrar test korelasyonları (44 madde için)

W BÖ-E	(n=54)	
	r _s	p
Aile	0.90	0.001*
Okul-ö renme	0.92	0.001*
Okul-davram	0.79	0.001*
Ya am becerileri	0.89	0.001*
Çocu un benlik algısı	0.79	0.001*
Sosyal etkinlikler	0.92	0.001*
Riskli eylemler	0.79	0.001*
Toplam	0.93	0.001*

r_s: Spearman korelasyon katsayısı, *p 0.01

W BÖ-E: Weiss i levsellikte bozulma ölçe i-ebeveyn formu

4.3. W BÖ-E Geçerlik Çalışması ile İlgili Bulgular

W BÖ-E ile ilgili faktör analizi öncesinde örneklem büyüklüğünün yeterliliği ve uygunluğu değerlendirilmiştir, ardından açıklayıcı faktör analizi ile W BÖ-E'nin Türkçe'ye uyarlanmış formu incelenmiştir, yapılan deneysel çalışmaların ardından ölçek yapısının uygunluğu doğrulayıcı faktör analizi ile incelenmiştir.

4.3.1. Açıklayıcı Faktör Analizi

Örneklem büyüklüğünün yeterliliğini artırmak amacıyla Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi uygulanmış, katsayı 0.877 bulunarak örneklem büyüklüğünün yeterli olduğu gösterilmiştir. Örneklem yapısının faktör analizine uygunluğunu artırmak amacıyla uygulanan Bartlett testi sonucuna göre W BÖ-E maddeleri arasında yüksek derecede korelasyon olduğu ve W BÖ-E maddelerinin faktör analizine uygun olduğu bulunmuştur ($p < 0.001$).

DEHB grubunda açıklayıcı faktör analizinde W BÖ-E maddelerinden elde edilen korelasyon matrisine temel bileşenler analizi uygulanmış ve özdeğerlerin üzerinde toplam 11 faktör bulunmuştur. Scree plot eğrisi incelemesi, faktörlerce açıklanan varyans yüzdeleri, maddelerin faktörlere göre uygun dağılımları ve ölçek kuramsal yapısı göz önüne alındığında 7 faktörlü yapının uygun olduğu karar verilmiştir. Faktör yükleri 0.3'den büyük olan maddeler analize alınmış ve tüm maddeler faktör yükleri 0.3'den büyük olarak tek bir faktör altında yer almıştır.

Tablo 13 incelendiğinde, DEHB grubunda özgün ölçekten farklı olarak W BÖ-E maddelerinden okul-davranış alt boyutunda yer alan altıncı maddenin, yaşam becerileri alt boyutunda, yaşam becerileri alt boyutunda yer alan yedinci ve dokuzuncu maddelerin, riskli eylemler alt boyutunda, yaşam becerileri alt boyutunda yer alan onuncu maddenin, çocuğun benlik algısı alt boyutunda, sosyal etkinlikler alt boyutunda yer alan dördüncü maddenin, yaşam becerileri alt boyutunda, riskli eylemler alt boyutunda yer alan birinci maddenin ise sosyal etkinlikler alt boyutunda yer aldıkları görülmektedir.

Tablo 13: DEHB grubunda W BÖ-E maddelerinin faktör analizindeki yükleri (44 madde için)

Faktör 1	Faktör yükü
Aile 1	0.47
Aile 2	0.56
Aile 3	0.69
Aile 4	0.71
Aile 5	0.60
Aile 6	0.64
Aile 7	0.70
Aile 8	0.69
Aile 9	0.61
Aile 10	0.42
Faktör 2	Faktör yükü
Sosyal etkinlikler 1	0.64
Sosyal etkinlikler 2	0.75
Sosyal etkinlikler 3	0.79
Sosyal etkinlikler 5	0.67
Sosyal etkinlikler 6	0.74
Sosyal etkinlikler 7	0.61
Riskli eylemler 1	0.45
Faktör 3	Faktör yükü
Okul-ö renme 1	0.82
Okul-ö renme 2	0.86
Okul-ö renme 3	0.81
Okul-ö renme 4	0.78
Faktör 4	Faktör yükü
Okul-davram 6	0.34
Ya am becerileri 1	0.54
Ya am becerileri 2	0.74
Ya am becerileri 3	0.74
Ya am becerileri 4	0.75
Ya am becerileri 5	0.32
Ya am becerileri 6	0.45
Ya am becerileri 8	0.32
Sosyal etkinlikler 4	0.45
Faktör 5	Faktör yükü
Ya am becerileri 10	0.31
Çocu un benlik algısı 1	0.66
Çocu un benlik algısı 2	0.69
Çocu un benlik algısı 3	0.67
Faktör 6	Faktör yükü
Okul-davramı 1	0.48
Okul-davramı 2	0.69
Okul-davramı 3	0.47
Okul-davramı 4	0.72
Faktör 7	Faktör yükü
Ya am becerileri 7	0.40
Ya am becerileri 9	0.35
Riskli eylemler 2	0.41
Riskli eylemler 7	0.67
Riskli eylemler 9	0.50
Riskli eylemler 10	0.57

Bolt olarak yazılan maddeler faktör yükleri yönünden en yüksek uyum gösterdikleri alt boyutlar içine yerle tirilmi tir

Tablo 14’de W BÖ-E faktörlerine katılan maddeler, faktör özde erleri ve her bir faktörün açıkladığı varyans yüzdeleri görülmektedir. Elde edilen 7 faktör toplam varyansın %54.5’ini açıklamaktadır.

Tablo 14: DEHB grubunda W BÖ-E faktör de erleri (44 madde için)

Faktör	Katılan Maddeler	Özde er	Açıkladığı varyans %
Faktör 1	A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8, A9, A10	4.966	11.29
Faktör 2	SE1, SE2, SE3, SE5, SE6, SE7, RE1	4.843	11.01
Faktör 3	OÖ1, OÖ2, OÖ3, OÖ4	3.267	7.43
Faktör 4	OD6, YB1, YB2, YB3, YB4, YB5, YB6, YB8, SE4	3.242	7.37
Faktör 5	YB10, ÇBA1, ÇBA2, ÇBA3	2.924	6.65
Faktör 6	OD1, OD2, OD3, OD4	2.668	6.06
Faktör 7	YB7, YB9, RE2, RE7, RE9, RE10	2.072	4.71

A: Aile, **SE:** Sosyal etkinlikler, **RE:** Riskli eylemler, **OÖ:** Okul-ö renme, **OD:** Okul-davranı ,

YB: Ya am becerileri, **ÇBA:** Çocu un benlik algısı

W BÖ-E: Weiss i levsellikte bozulma ölçe i-ebeveyn formu

4.3.2. Do rulayıcı Faktör Analizi

Açıklayıcı faktör analizinden elde edilen ölçek yapısının uygunlu unun ortaya konulabilmesi için do rulayıcı faktör analizi yapılmı tır. Do rulayıcı faktör analizi sonucunda 44 madde ve 7 alt boyuttan olu an W BÖ-E modelinin toplam ölçek için kar ılı tırmalı uyum indeksi (KU) de eri 0.95, tahminin ortalama karekök hatası (TOKH) de eri ise 0.061 olarak bulunmu tur.

4.3.3. W BÖ-E Birle en Geçerlik Analizleri

Tablo 15’de DEHB grubunda W BÖ-E ile YDBÖ-Ebeveyn ölçeklerinin toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki korelasyon katsayıları görülmektedir.

W BÖ-E’nin toplam ve alt boyut puanları ile YDBÖ-Ebeveyn dikkat eksikliği toplam puanı arasında 0.28 ile 0.50 arasında de i en istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar bulunmu tur (p 0.01) (Tablo 15).

W BÖ-E’nin toplam ve alt boyut puanları ile YDBÖ-Ebeveyn hareketlilik-dürtüsellik toplam puanı arasında 0.23 ile 0.48 arasında de i en istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar bulunmu tur (p 0.01) (Tablo 15).

W BÖ-E’nin toplam ve alt boyut puanları ile YDBÖ-Ebeveyn DEHB toplam puanı arasında 0.30 ile 0.59 arasında de i en istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar bulunmu tur (p 0.01) (Tablo 15).

Tablo 15: DEHB grubunda W BÖ-E ile YDBÖ-Ebeveyn korelasyonları

W BÖ-E		YDBÖ-Ebeveyn boyutları		
		Dikkat Eksikliği	Hareketlilik-Dürtüsellik	DEHB Toplam
Aile	r _s	0.34	0.43	0.47
	p	0.001**	0.001**	0.001**
Okul	r _s	0.48	0.30	0.46
	p	0.001**	0.001**	0.001**
Yaşam becerileri	r _s	0.40	0.31	0.41
	p	0.001**	0.040*	0.001**
Çocuğun benlik algısı	r _s	0.28	0.23	0.30
	p	0.001**	0.001**	0.001**
Sosyal etkinlikler	r _s	0.34	0.44	0.48
	p	0.001**	0.001**	0.001**
Riskli eylemler	r _s	0.37	0.41	0.48
	p	0.001**	0.001**	0.001**
Toplam	r _s	0.50	0.48	0.59
	p	0.001**	0.001**	0.001**

r_s:Spearman korelasyon katsayısı, **p 0.01

YDBÖ-Ebeveyn: Yıkıcı davranış bozuklukları için DSM-IV’e dayalı tarama ve değerlendirme ölçeği-ebeveyn formu

W BÖ-E: Weiss i levselikte bozulma ölçeği-ebeveyn formu

Tablo 16’da DEHB grubunda W BÖ-E toplam ve alt boyut puanları ile Ç GDÖ puanı arasındaki korelasyon katsayıları görülmektedir. W BÖ-E’nin toplam ve alt boyut puanları ile Ç GDÖ puanı arasında -0.41 ile -0.63 arasında de i en istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar bulunmu tur (p 0.01).

Tablo 16: DEHB grubunda W BÖ-E ile Ç GDÖ korelasyonları

W BÖ-E	Ç GDÖ	
	r_s	p
Aile	-0.53	0.001*
Okul	-0.48	0.001*
Ya am becerileri	-0.47	0.001*
Çocu un benlik algısı	-0.41	0.001*
Sosyal etkinlikler	-0.41	0.001*
Riskli eylemler	-0.50	0.001*
Toplam	-0.63	0.001*

r_s :Spearman korelasyon katsayısı, *p 0.01

Ç GDÖ: Çocuklar için genel de erlendirme ölçe i

W BÖ-E: Weiss i levsellikte bozulma ölçe i-ebeveyn formu

Tablo 17’de DEHB grubunda W BÖ-E toplam ve alt boyut puanları ile KG -G puanı arasındaki korelasyon katsayıları görülmektedir. W BÖ-E’nin toplam ve alt boyut puanları ile KG -G puanı arasında -0.49 ile -0.71 arasında de i en istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar bulunmu tur (p 0.01).

Tablo 17: DEHB grubunda W BÖ-E ile KG -G korelasyonları

W BÖ-E	KG -G	
	r_s	p
Aile	0.55	0.001*
Okul	0.54	0.001*
Ya am becerileri	0.50	0.001*
Çocu un benlik algısı	0.49	0.001*
Sosyal etkinlikler	0.51	0.001*
Riskli eylemler	0.59	0.001*
Toplam	0.71	0.001*

r_s :Spearman korelasyon katsayısı, *p 0.01,

KG -G : Klinik global izlenim ölçe i-genel iddet

W BÖ-E: Weiss i levsellikte bozulma ölçe i-ebeveyn formu

Tablo 18’de DEHB grubunda W BÖ-E toplam ve alt boyut puanları ile Ç YKÖ-Ebeveyn puanları arasındaki korelasyon katsayıları görülmektedir.

W BÖ-E’nin toplam ve alt boyut puanları ile Ç YKÖ-Ebeveyn fiziksel sağlık toplam puanı arasında -0.13 ile -0.33 arasında de i en istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar bulunmu tur (p 0.05, p 0.01) (Tablo 18).

W BÖ-E’nin toplam ve alt boyut puanları ile Ç YKÖ-Ebeveyn psikososyal sağlık toplam puanı arasında -0.40 ile -0.64 arasında de i en istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar bulunmu tur (p 0.01) (Tablo 18).

W BÖ-E’nin toplam ve alt boyut puanları ile Ç YKÖ-Ebeveyn toplam puanı arasında -0.39 ile -0.61 arasında de i en istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar bulunmu tur (p 0.01) (Tablo 18).

Tablo 18: DEHB grubunda W BÖ-E ile Ç YKÖ-Ebeveyn korelasyonları

W BÖ-E	Ç YKÖ-Ebeveyn					
	Fiziksel Sağlık		Psikososyal Sağlık		Toplam	
	r_s	p	r_s	P	r_s	p
Aile	-0.26	0.001**	-0.47	0.001**	-0.46	0.001**
Okul	-0.13	0.04*	-0.53	0.001**	-0.49	0.001**
Ya am becerileri	-0.31	0.001**	-0.40	0.001**	-0.43	0.001**
Çocu un benlik algısı	-0.18	0.005**	-0.44	0.001**	-0.39	0.001**
Sosyal etkinlikler	-0.32	0.001**	-0.56	0.001**	-0.55	0.001**
Riskli eylemler	-0.28	0.001**	-0.51	0.001**	-0.49	0.001**
Toplam	-0.33	0.001**	-0.64	0.001**	-0.61	0.001**

r_s :Spearman korelasyon katsayısı, *p 0.05, **p 0.01

Ç YKÖ: Çocuklar için ya am kalitesi ölçe i

W BÖ-E: Weiss i levsellikte bozulma ölçe i-ebeveyn formu

4.3.4. W BÖ-E Ayırt Edici Geçerlik Analizleri

Tablo 19 ve Tablo 20’de DEHB grubunda W BÖ-E toplam ve alt boyut puanlarının ayırt edici geçerlik analizleri görülmektedir. DEHB grubu KG -G ’ye göre hafif (KG -G puanı 3 olanlar), orta (KG -G puanı 4 olanlar) ve ağır (KG -G puanı 5,6 ve 7 olanlar) olmak üzere üç farklı gruba bölünmü tür. Bilinen grup yöntemi ile W BÖ-E toplam ve alt boyut puanlarının kontrol grubu, KG -G ’ye göre hafif, orta ve ağır derecede olmak üzere toplamda dört farklı hasta grubunu birbirinden ayırt edebilme özellikleri incelenmiştir.

Tablo 19’da kontrol grubu, KG -G ’ye göre hafif, orta ve ağır derecede hasta gruplarında W BÖ-E toplam ve alt boyut puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede farklı olduğu görülmektedir ($p < 0.01$).

Tablo 19: Farklı gruplarda W BÖ-E puanlarının incelenmesi

W BÖ-E		Kontrol grubu ^a (n=250)	Hafif hasta ^b (n=35)	Orta hasta ^c (n=142)	A ır hasta ^d (n=73)	KW*
Aile	Ort±SS	1.52±1.59	4.54±3.75	8.43±5.49	15.44±6.49	285.66**
	Ortanca (Min-Max)	1.0 (0-9)	4.0 (0-14)	7.0 (0-25)	16.0 (1-30)	
Okul	Ort±SS	0.98±1.36	5.06±3.57	7.96±4.23	13.08±4.76	331.09**
	Ortanca (Min-Max)	0.0 (0-7)	5.0 (0-24)	8.0 (0-24)	14.0 (2-23)	
Ya am becerileri	Ort±SS	2.32±1.87	4.74±3.03	8.80±4.18	12.18±4.67	299.23**
	Ortanca (Min-Max)	2.0 (0-8)	4.0 (0-12)	8.5 (0-20)	12 (2-22)	
Çocu un benlik algısı	Ort±SS	0.78±1.01	1.14±1.24	2.67±2.24	5.22±2.99	181.59**
	Ortanca (Min-Max)	0.0 (0-4)	1.0 (0-4)	3.0 (0-10)	5.0 (0-11)	
Sosyal etkinlikler	Ort±SS	1.13±1.44	2.97±3.26	5.20±3.95	9.73±4.28	240.13**
	Ortanca (Min-Max)	1.0 (0-7)	2.0 (0-12)	5.0 (0-17)	10 (0-19)	
Riskli eylemler	Ort±SS	0.63±0.82	0.63±0.84	2.15±1.56	4.64±2.85	219.77**
	Ortanca (Min-Max)	0.0 (0-4)	0.0 (0-3)	2.0 (0-9)	4.0 (0-13)	
Toplam	Ort±SS	7.35±4.88	19.08±9.23	35.20±14.58	60.29±15.16	378.49**
	Ortanca (Min-Max)	6.0 (0-28)	17.0 (5-43)	33.5 (4-90)	61.0(24-111)	

a: Kontrol grubu, b: KG -G 'ye göre hafif derecede hasta, c: KG -G 'ye göre orta derecede hasta, d: KG -G 'ye göre a ır derecede hasta

*KW: Kruskal Wallis testi, ** p 0.01

W BÖ-E: Weiss i levsellikte bozulma ölçü i-ebeveyn formu

W BÖ-E toplam ve alt boyut puanlarının grupları ayırt edici özelli i ikili kar ıla tırmalarla incelendi inde, ölçek boyutlarının tamamına yakınında puanların “kontrol grubu<hafif derecede hasta<orta derecede hasta<a ır derecede hasta” olarak da ıldı ı görülmektedir (p 0.001) (Tablo 20). Çocu un benlik algısı ve riskli eylemler alt boyut puanlarında, di er alt boyut puanlarından farklı olarak, sa lıklı kontrol ve hafif derecede hasta grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamı tır (p>0.05) (Tablo 20).

Tablo 20: Farklı gruplarda W BÖ-E ayırt edici geçerli inin incelenmesi

W BÖ-E	Gruplarda puan da ılımı*
Aile	a<b<c<d***
Okul	a<b<c<d***
Ya am becerileri	a<b<c<d***
Çocu un benlik algısı	a, b**<c<d***
Sosyal etkinlikler	a<b<c<d***
Riskli eylemler	a, b**<c<d***
Toplam	a<b<c<d***

a: Kontrol grubu, **b:** KG -G 'ye göre hafif derecede hasta, **c:** KG -G 'ye göre orta derecede hasta, **d:** KG -G 'ye göre a ır derecede hasta

*Post-hoc test: Bonferroni düzeltmesi ile Mann Whitney U testi, 7 alt boyut puanı 4 grupta kar ıla tırıldı ndan p de eri Bonferroni düzeltmesi yapılarak $0.05/28=0.00179$ alınmı tır.

p>0.05, *p 0.001

W BÖ-E: Weiss i levsellikte bozulma ölçe i-ebeveyn formu

5. TARTI MA

5.1. Ölçe in Genel De erlendirilmesi

Çalı mamızın bulguları incelendi inde Weiss levsellikte Bozulma Ölçe i-Ebeveyn formunun Türkçe sürümünün geçerli ve güvenilir oldu u, DEHB’li çocukların i levseli indeki bozulmayı de erlendirebildi i görülmü tür. Bu çalı ma W BÖ-E’nin farklı bir kültür ya da dilde geçerlik ve güvenilirli inin incelendi i ilk çalı ma olmu tur.

Dikkat eksikli i hiperaktivite bozuklu u (DEHB) erken ba langıçlı, yaygın ve i levseli i etkileyen bir bozukluktur (29). Kapsamlı ve pratik bir “DEHB’de i levsellikte bozulma ölçe inin” olmaması, yalnızca DEHB’nin de erlendirmesini de il, uygulanan tedavinin de de erlendirilmesini güçle tirmektedir (8).

W BÖ-E ebeveynler tarafından doldurulan, aile, okul, ya am becerileri, çocu un benlik algısı, sosyal etkinlikler, riskli eylemler alt ba lıklarında DEHB’nin neden oldu u i levsellikteki bozulmayı sorgulayan bir ölçektir (15). W BÖ-E’nin iç tutarlı ının yüksek, güvenilir, geçerli ve DEHB belirtilerindeki de i ime duyarlı bir ölçek oldu u gösterilmi tir (15,73). Ölçe i geli tiren Dr. Margaret Weiss’den alınan bilgiye (Weiss MD, elektronik posta, 04.11.2012) ve yazın incelemesine göre W BÖ-E ile ilgili farklı bir kültür veya dilde yayınlanmı bir geçerlik güvenilirlik çalı masının olmadı ı görülmü tür.

Çalı mamızda Weiss levsellikte Bozulma Ölçe i-Ebeveyn (W BÖ-E) olarak Türkçe’ye çevirdi imiz Weiss Functional Impairment Rating Scale-Parent (WFIRS-P) formunun Türk çocuklarında geçerli i ve güvenilirli i de erlendirilmi tir. Çalı mada elde etti imiz bulgular, W BÖ-E ile ilgili geçerlik ve güvenilirlik de erlendirmelerini içeren Weiss ve ark. tarafından yapılmı olan çalı mada elde edilen bulgular ile kar ıla tırılmı tir (73). Dr. Margaret Weiss’den alınan bilgiye göre W BÖ-E’nin psikometrik özelliklerini ara tıran kapsamlı bir çalı ma devam etmektedir (Weiss MD, elektronik posta, 04.11.2012).

Çalı mamız DEHB tanısı alan çocuklar ve herhangi bir ruhsal ya da fiziksel hastalı ı olmayan sa lıklı çocuklardan olu an iki grupta yürütülmü tür. DEHB grubu çocuk psikiyatrisi poliklini ine ba vuran ve DEHB tanısı alan çocuklardan

olu turulurken, kontrol grubu okullarda ö renim gören herhangi bir ruhsal ya da fiziksel hastalığı olmadığı bildirilen sağlıklı çocuklardan oluştu. Çalı mamıza 250'si DEHB tanısı alan ve 250'si sağlıklı olan toplam 500 çocuk ve ebeveynleri katılmıştır.

W BÖ-E ile ilgili psikometrik özellikleri bildiren Weiss ve ark. tarafından Kanada'da yürütülen özgün ölçek çalışmasında, DEHB tanı ölçütlerini karşılayan, daha önce tedavi almamış, 6-11 yaşları arasındaki 209 çocuğun ebeveynine tedavi öncesinde W BÖ-E uygulanmış, 3 aylık atomoksetin tedavisinin ardından çalışmada kalan 150 ebeveyn W BÖ-E'yi tekrar doldurmuştur. Sonuçta W BÖ-E'nin güçlü psikometrik özellikleri olduğu, tedavi ile de i im hassas olduğu, DEHB belirtilerini, i levsellik ve yaşam kalitesini de erlendiren ölçeklerle zayıf dereceden orta dereceye de i en korelasyonlara sahip olduğu bulunmuştur (73).

W BÖ-E ile ilgili yürütülen özgün çalışma ile karşılaştırıldığında örneklemimizin 6 ile 14 yaşları arasında 250 DEHB'li ve 250 sağlıklı çocuk ve ebeveynlerinden oluştuğundan genel olarak denek sayısı ve yaş aralığının benzerlik gösterdiği görülmektedir (73).

Çalı mamızda DEHB grubunu oluşturan çocuklarla yaş ve cinsiyet açısından benzer özellikte olacak şekilde kontrol grubu oluşturulmuştur. DEHB grubunu oluşturan çocuklar, CADÖ toplam ve alt boyut puanlarının tamamında kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek puan almışlardır. CADÖ çocuklarda dikkat eksikliği, hiperaktivite ve davranım sorunlarını ölçtüğünden bu durum beklediğimiz bir bulgu olmuştur.

DEHB tanısının genelde ilkokul döneminde konulduğu, erkek/kız oranının örneklem yapısına, çalışma yöntemine bağlı olarak de i mekle birlikte 3/1 ile 10/1 arasında olduğu, ilkokul döneminde en sık DEHB alt tipinin DEHB-B olduğu, okul öncesi dönemde DEHB-HD, lise döneminde ise DEHB-DE'nin daha sık görüldüğü bildirilmektedir (6,16,17,25,87). Bizim çalışmamızda yazındaki bildirilen bulgulara benzer olarak, DEHB grubunu oluşturan çocukların yaş ortalamasının 9.61 ± 2.18 olduğu ve büyük çoğunluğunun 1-5. sınıf arası öğrencilerden oluştuğu görülmektedir. DEHB grubunu oluşturan çocukların 193'ünün (%77.2) erkeklerden, 57'sinin (%22.8) kızlardan oluştuğu ve erkek/kız oranının 3.38 olduğu saptanmıştır.

Çalı mamızda en sık saptanan DEHB alt tipinin %77.6 ile DEHB-B, %16.4 ile DEHB-DE ve %6 ile DEHB-HD oldu u görülmü tür.

Özgün ölçek çalı masında DEHB’li olgularda W BÖ-E toplam puan ortalamasının ba langıçta 53.9 oldu u, 3 aylık atomoksetin tedavisinin ardından ise 30.9’a dü tü ü belirtilmi tir (73). Çalı mamızda ise yeni tanı almı DEHB’li olgularda W BÖ-E toplam puan ortalaması $40,27\pm 19,84$ olarak bulunmu , tedavi sonrası de erlendirme yapılmamı tür. Çalı mamızda yeni tanı almı DEHB’li olgularda W BÖ-E toplam puan ortalamasının özgün ölçek çalı masına göre daha dü ük oldu u gözlenmektedir. Bu bulgunun, örneklem gruplarındaki çocuklar ve ebeveynleri ile ilgili birçok farklı etkene (DEHB belirti iddeti, ya , cinsiyet, ebeveynlerin e itim düzeyleri gibi) ba lı olabilece i dü ünülmü tür. Özgün ölçek çalı masında örneklem grubu ile ilgili sosyodemografik verilerin yer almamasından dolayı bu bulgular ile ilgili nitelikli bir kar ıla tırma yapılamamı tür.

DEHB grubunda W BÖ-E maddelerinin puan da ılımları incelendi inde okul davranı alt boyutunda yer alan be inci sorunun (okuldan uzakla tırılması ya da atılması), riskli eylemler alt boyutunda yer alan üçüncü sorunun (kanun dı ı eyler yapması), dördüncü sorunun (polis ile ba ının derde girmesi), be inci sorunun (sigara içmesi), altıncı sorunun (yasadı ı madde kullanması) ve sekizinci sorunun (ba kalarını yaralaması) katılımcıların tamamı tarafından “hiç bir zaman” olarak i aretlenerek 0 puan aldı ı görülmü tür. Sonuçta da W BÖ-E okul-davranı ve riskli eylemler alt boyutlarında yüksek taban yüzdesi de erleri bulunmu tur (%18.4-%16.8). Bu verilere göre okul-davranı ve riskli eylemler alt boyutlarında yer alan bu soruların, çalı mamız örnekleminde DEHB ile ili kili i levsellikte bozulmanın de erlendirilmesinde yeterli ba arıyı yakalayamadı ı görülmü tür. Dü ük puanlanan soruların içeri ine bakıldı ında DEHB’ye e lik eden ciddi davranı sorunlarına ba lı geli ebilecek olan i levsellikteki bozulmayı de erlendirdi i görülmektedir. Çalı mamızın örneklem grubunun büyük ço unlu unun gizil dönemde olan ve ilk kez DEHB tanısı alan olgulardan olu tu u görülmektedir. DEHB ile ilgili ciddi davranı sorunlarının ve komorbid davranım bozuklu u tanısının geç tanı konan, tedavi almamı , orta ve geç ergenlik döneminde olan DEHB’li olgularda daha sık görüldü ü dü ünüldü ünde, gizil dönemde ve erken ergenlik döneminde olan çocukların, çalı mamız örnekleminde oldu u gibi okul-davranı ve riskli eylemler alt

boyutlarından dü ük puanlar almaları beklenir bir bulgu olarak yorumlanmı tır (17,88,89). Okul davranı alt boyutunda yer alan be inci sorunun, riskli eylemler alt boyutunda yer alan üçüncü, dördüncü, be inci, altıncı ve sekizinci soruların her birinin ayrı ayrı önemli klinik de erleri oldu u, farklı örnekleme gruplarında farklı sonuçlar verebilecekleri dü ünüldü ünde bu soruların W BÖ-E Türkçe sürümünde kalmalarının uygun oldu u dü ünülmü tür.

Ya am becerileri alt boyutunda yer alan birinci soru (televizyon, bilgisayar ya da video oyunlarını a ırı kullanması) katılımcıların önemli bir kısmı tarafından “çok sık” olarak i aretlenmi tir. DEHB’li çocuk ve ergenlerin televizyon izlemeye, bilgisayar oyunlarına dü kün olmasının ve ebeveynlerin sıklıkla bu konuda çocukları ile sorun ya amasının, bu sorunun katılımcıların önemli bir kısmı tarafından “çok sık” olarak i aretlenmesine neden olmu olabilece ini dü ündürmü tür.

5.2. Ölçe in Güvenirli i

W BÖ-E’nin güvenirli ine ili kin bulgular, W BÖ-E’nin çocuklarda DEHB’nin olu turdu u i levsellikte bozulmayı de erlendirmede güvenilir bir ölçek oldu unu desteklemi tir. W BÖ-E’nin güvenirli ini de erlendirebilmek için ölçe in iç tutarlı ı, alt boyutlarının toplam puanla ve birbirleriyle olan korelasyonları ve test-tekrar test korelasyonları incelenmi tir.

ç tutarlık analizlerinde öncelikle 50 maddelik ve 44 maddelik W BÖ-E ile ilgili bulgular incelenmi tir. Katılımcıların tamamı tarafından “hiç bir zaman” olarak i aretlenen altı soru dı lanarak yapılan faktör analizinde özgün ölçekten farklı alt boyutlara yerle en soruların olması nedeniyle, bu sorular alt boyutlara göre tekrar düzenlenmi ve 44 maddelik W BÖ-E olu turulmu tur.

ç tutarlık analizinde Cronbach alfa katsayısı hesaplanmı tır. Cronbach alfa katsayısının 0.70 ve üzerinde olması iç tutarlık için yeterli kabul edilmektedir (84). 50 maddelik W BÖ-E iç tutarlık incelemesinde ölçe in toplamı için Cronbach alfa katsayısı 0.93, ölçe in alt boyutları için ise riskli eylemler alt boyutu hariç 0.70 ve üzerinde katsayılar elde edilmi tir. Riskli eylemler alt boyutunda ise 0.56 olarak saptanan Cronbach alfa katsayısının dü ük oldu u görülmü tür. Ölçek maddeleri tek tek çıkarılarak ölçe in toplamı için iç tutarlık katsayısı yeniden hesaplandı nda iç

tutarlık katsayısının artmaması riskli eylemler alt boyutundaki maddeler de dâhil olmak üzere ölçek maddelerinin her birinin iç tutarlı a olumlu katkısının oldu unu göstermi tir.

44 maddelik W BÖ-E iç tutarlık incelemesinde ölçe in toplamı için Cronbach alfa katsayısı 0.93, ölçe in alt boyutları için ise riskli eylemler alt boyutu hariç 0.70 ve üzerinde katsayılar elde edilmi tir. Riskli eylemler alt boyutunda ise 0.63 olarak saptanan Cronbach alfa katsayısının dü ük oldu u görülmü tür. 44 maddelik W BÖ-E’de riskli eylemler alt boyutunda Cronbach alfa katsayısının arttı ı görülmesine ra men di er alt boyutlara oranla iç tutarlı ının daha dü ük oldu u saptanmı tır.

Ölçe in özgün çalı masında Cronbach alfa katsayılarının 0.75 ile 0.92 arasında de i ti i, toplam ölçek için güvenilirlik katsayısının 0.92 oldu u, “riskli eylemler” alt boyutunun 0.75 ile en dü ük güvenilirlik katsayısına sahip alt boyut oldu u bulunmu tur (73). Genel olarak de erlendirildi inde bizim çalı mamızda ve özgün çalı mada W BÖ-E’nin toplam iç tutarlı ının yüksek oldu u ve ölçek yapısının bütünü iyi ekilde temsil etti i görülmü tür.

W BÖ-E alt boyut puanları ile toplam ölçek puanı arasındaki korelasyonlara baktı ımızda alt boyutlar ve toplam ölçek puanı arasında 0.64 ile 0.85 arasında de i en korelasyon katsayıları bulunmu tur. Özgün ölçek çalı masında alt boyutlar ve toplam ölçek puanı arasındaki korelasyonlar 0.59 ile 0.82 arasında bulunmu tur (73). Bizim çalı mamızda ve özgün ölçek çalı masında en dü ük korelasyon katsayısına sahip alt boyutun “çocu un benlik algısı” oldu u görülmü tür (73). W BÖ-E alt boyutları genel olarak i levsellikte bozulma kavramını de erlendiren sorulardan olu urken “çocu un benlik algısı alt boyutu” di er alt boyutlardan farklı olarak ya am kalitesi ile ilgili sorulardan olu maktadır. i levsellikte bozulma, i levsellik alanlarından normale göre negatif yönde sapmayı gösteren nesnel bir ölçüm olarak tanımlanmaktadır. Ya am kalitesi ise benzer alanlarla ili kilidir, ancak bu alanları öznel olarak de erlendirmektedir (60). Ya am kalitesi ve i levsellikte bozulma kavramlarının farklı kavramlar oldu u dü ünüldü ünde “çocu un benlik algısı alt boyutunun” toplam ölçek ile di er alt boyutlara göre daha az korele olmasının anla ılır oldu u dü ünülmü tür.

Alt boyutların birbirleri arasındaki korelasyon katsayıları 0.38 ile 0.66 arasında bulunmuştur. Özgün ölçek çalışmasına baktığımızda alt boyutlar arasındaki korelasyon katsayılarının 0.22 ile 0.66 arasında olduğunu bildirilmiştir (73). Genel olarak bakıldığında W BÖ-E'nin alt boyut puanlarının birbirleriyle ve toplam ölçekle, özgün ölçek çalışmasına benzer bir biçimde, istatistiksel olarak anlamlı derecede korelasyon gösterdiği bulunmuştur.

W BÖ-E için test-tekrar test korelasyonlarına baktığımızda, W BÖ-E toplam ve alt boyut puanları arasında 0.79 ile 0.93 arasında değerler yeterli korelasyon katsayıları saptanmıştır. Özgün ölçek çalışmasında test-tekrar test güvenilirliği ile ilgili bir bilgi verilmediğinden çalışmamızın sonuçları ile bir karşılaştırma yapılamamıştır.

Sonuç olarak W BÖ-E'nin güvenilirliğini de erlendirebilmek için iç tutarlık, ölçek alt boyutlarının toplam puanla ve birbirleriyle olan korelasyonları ve test-tekrar test korelasyonları incelenmiş olup, W BÖ-E'nin güvenilirliğinin yeterli düzeyde olduğunu kanısına varılmıştır. Riskli eylemler alt boyutunda elde edilen düşük iç tutarlık katsayılarının farklı çalışmalarda yeniden gözden geçirilmesinin önemli olduğunu düşünülmüştür.

5.3. Ölçeğin Geçerliliği

W BÖ-E geçerliliği de erlendirmesi için, ölçek yapısını de erlendiren açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizleri, W BÖ-E puanlarının paralel ölçek puanları ile karşılaştırıldı. Birleştirilmiş geçerlik analizleri ve bilinen grup yöntemi ile farklı gruplar arasında W BÖ-E puan farklarının de erlendirildiği ayırt edici geçerlik analizleri yapılmıştır. W BÖ-E'nin geçerliliğine ilişkin bulgular W BÖ-E'nin çocuklarda DEHB'nin oluturduğu ve levsellikteki bozulmayı de erlendirmede geçerli bir ölçek olduğunu desteklemektedir.

Çalışmamızın örneklem büyüklüğü ve yeterliliği, faktör analizi öncesinde Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Bartlett testleri ile incelenmiş ve örneklemin faktör analizine uygun olduğunu saptanmıştır. W BÖ-E maddelerinden tamamı "0" olarak puanlanan altı madde çıkarıldıktan sonra yapılan açıklayıcı faktör analizinde ölçek maddelerinin en uygun olarak yedi faktörlü yapıya yerleştirildiği görülmüştür. Yedi

faktörlü yapı toplam varyansın %54.5'ini açıklamıştır. Çalı mamız sonucunda W BÖ-E için özgün ölçekte olduğu gibi “okul-ö renme” ve “okul-davranı ” faktörleri “okul” alt ba lı ı altında birleştirildikten sonra, “aile”, “okul”, “ya am becerileri”, “çocu un benlik algısı”, “sosyal etkinlikler”, “ riskli eylemler” olarak toplamda altı alt boyut elde edilmiştir (15,73).

Açıklayıcı faktör analizi sonrası bazı maddelerin özgün ölçekte yer aldığı alt boyuttan farklı bir alt boyutta yer aldığı görülmü tür.

Okul-davranı alt boyutunda yer alan altıncı madde (derse girmemesi ya da okula geç kalması) özgün ölçekten farklı olarak ya am becerileri alt boyutunda yer almıştır. Okula zamanında gidebilmek ve derse yeti ebilmek, okula zamanında hazırlanmakla ilgili ya am becerileri gerektirmesinden dolayı bu maddenin “ya am becerileri” alt boyutu altında yer alması olabilece i dü ünülmü tür.

Ya am becerileri alt boyutunda yer alan yedinci madde (yaralanır ya da bir yerini incitir) ve dokuzuncu madde (doktora “tıbbi” yardıma ihtiyacının olması) özgün ölçekten farklı olarak riskli eylemler alt boyutunda yer almıştır. DEHB’li çocukların a ırı hareketlilik ve dürtüsellik nedeniyle gerçekle tirdikleri riskli eylemler sonucunda sıklıkla yaralanmaları, bir yerlerini incitmeleri ve doktora “tıbbi” yardıma gereksinimlerinin olmasından dolayı bu maddelerin “riskli eylemler” alt boyutu altında yer alması olabilece i dü ünülmü tür.

Ya am becerileri alt boyutunda yer alan onuncu madde (ilaç içmek, i ne olmak ya da doktora/di hekimine gitmekle ilgili sıkıntı ya aması) ise çocu un benlik algısı alt boyutunda yer almıştır. “Sıkıntı ya amak” öznel olarak algılanan bir duyguyu yansıttı ından bu maddenin ya am kalitesi göstergesi olarak algılanarak daha çok ya am kalitesini de erlendirdi i dü ünülen “çocu un benlik algısı” alt boyutu altında yer alması olabilece ini dü ündürmü tür.

Sosyal etkinlikler alt boyutunda yer alan dördüncü madde [okul sonrası etkinliklerine (spor, müzik, kulüpler gibi) katılmakla ilgili sorunlar] özgün ölçekten farklı olarak ya am becerileri alt boyutunda yer almıştır. Bu durumun çalı mamız örneğine özgü olabilece i dü ünülmü tür.

Riskli eylemler alt boyutunda yer alan birinci madde “kolayca di er çocuklara uyması ya da di er çocuklardan baskı görmesi”, özgün ölçekten farklı olarak sosyal etkinlikler alt boyutunda yer almıştır. “Di er çocuklara uyma ya da

baskı görme” ifadesinin ebeveynler tarafından arkadaş ili kilerinde ya anan bir zorluk olarak algılanması olabileceği ve bu nedenle bu maddenin genel olarak arkadaş ili kilerindeki zorluklarla ilgili maddeler içeren “sosyal etkinlikler” alt boyutu altında yer alması olabileceğini düşündürmektedir.

Özgün ölçekte yer aldıkları alt boyutlardan farklı alt boyutlara yerle en maddelerin örneklem grubumuza özgü olup olmadığının değerlendirilebilmesi için farklı örneklem gruplarıyla yapılacak çalışmalarla ihtiyaç duyulmaktadır.

Doğrusal faktör analizi sonucunda toplam ölçekte KU ve TOKH değerleri 0.95 ve 0.061 bulunmuştur. KU değerinin 0.9’den büyük olması ve TOKH değerinin 0.08’den küçük olması açıklayıcı faktör analizinden elde edilen genel model yapısının uygun olduğunu göstermiştir. W BÖ-E ile ilgili çalışmamızda geçerlik, güvenilirlik çalışması olmadığından doğrusal faktör analizi sonuçları başka çalışmalar ile karşılaştırılmamıştır.

W BÖ-E’nin birle en geçerliliğinin değerlendirilmesi amacıyla W BÖ-E toplam ve alt boyut puanlarının, YDBÖ-Ebeveyn, KG -G , Ç GDÖ ve Ç YKÖ-Ebeveyn puanları ile korelasyonları araştırılmıştır.

W BÖ-E toplam ve alt boyut puanları ile YDBÖ-Ebeveyn DEHB, YDBÖ-Ebeveyn dikkat eksikliği ve YDBÖ-Ebeveyn hareketlilik-dürtüsellik puanları arasında 0.23 ile 0.59 arasında de i en anlamlı korelasyon katsayıları bulunmuştur. Özgün ölçek çalışmasında W BÖ-E alt boyutları ile ADHD-Rating Scale (ADHD-RS) DEHB toplam puanı arasında 0.16 ile 0.44 arasında de i en korelasyon katsayıları saptanmıştır (73). Özgün çalışmada kullanılan ADHD-RS ölçeğinde DSM-IV’te yer alan 18 DEHB ölçütü ebeveynlerle yapılan görüşme sonrası klinisyen tarafından puanlanırken çalışmamızda kullanılan YDBÖ-Ebeveyn ölçeği ebeveynler tarafından puanlanmıştır. Bizim çalışmamızda ve özgün çalışmada kullanılan DEHB belirti ölçeklerinin farklı olması nedeniyle tam olarak bir karşılaştırma yapılamasa da çalışmamızda DEHB belirti iddetini ölçen ölçek ile W BÖ-E arasında özgün ölçek çalışmasındaki bulgulara benzer olarak birle en geçerliliği destekleyen korelasyonlar elde edilmiştir.

W BÖ-E toplam ve alt boyut puanları ile KG -G ölçek puanı arasında 0.49 ile 0.71 arasında de i en anlamlı korelasyonların olduğu görülmüştür. Genel olarak W BÖ-E ile klinisyen tarafından hastanın genel işlevsellik düzeyinin

de erlendirildi i KG -G ölçek puanı korelasyonlarına bakıldı ında, birle en geçerli i destekleyen bulgular elde edilmi tir. Özgün ölçek çalı masında ise W BÖ-E alt boyutları ile KG -G ölçek puanı arasında anlamlı korelasyon bulunmamı tir (73). Çalı mamızla özgün ölçek çalı ması arasındaki bu farklılı ın örneklem gruplarına özgü olabilece i dü ünülmü tür. Bu konuda ek çalı malara gereksinim duyulmaktadır.

W BÖ-E toplam ve alt boyut puanları ile Ç GDÖ puanı arasında -0.41 ile -0.63 arasında anlamlı korelasyonların oldu u görülmü tür. Özgün ölçek çalı masında W BÖ-E toplam puanı ile Ç GDÖ'ye benzer bir ölçek olan Global Assessment of Functioning (GAF, levselli in Genel De erlendirilmesi Ölçe i) puanı arasında anlamlı bir korelasyon bulunmamı tir (73). Bizim çalı mamızda W BÖ-E ile klinisyen tarafından hastanın genel i levsellik düzeyinin de erlendirildi i Ç GDÖ puanı korelasyonlarına bakıldı ında, birle en geçerli i destekleyen bulgular elde edilmi tir. Çalı mamızla özgün ölçek çalı ması arasındaki bu farklılı ın örneklem gruplarına özgü olabilece i dü ünülmü tür. Bu konuda ek çalı malara gereksinim duyulmaktadır.

W BÖ-E toplam ve alt boyut puanları ile Ç YKÖ-Ebeveyn toplam, Ç YKÖ-Ebeveyn psikososyal sa lık puanı ve Ç YKÖ-Ebeveyn fiziksel sa lık puanı arasında -0.13 ile -0.64 arasında de i en anlamlı korelasyonların oldu u görülmü tür. Ç YKÖ-Ebeveyn fiziksel sa lık toplam puanı ile W BÖ-E alt boyutları arasında -0.13 ile -0.33 arasında de i en dü ük korelasyon katsayıları bulunmu tur. Bu bulgunun DEHB'li çocuklarda fiziksel sa lık ile ilgili ya am kalitesinde di er alanlara göre daha az bozulma oldu unu, buna kar ın psikososyal sa lıkta belirgin bozulma oldu unu bildiren çalı malarla uyumlu oldu u görülmektedir (90-92). Özgün ölçek çalı masında W BÖ-E alt boyutları ile Ç YKÖ gibi genel ya am kalitesi ölçe i olan ve ebeveynler tarafından doldurulmu Child Health and Illness Profile (CHIP) alt boyutları arasında -0.02 ile -0.77 arasında de i en korelasyonlar saptanmı tir (73). Bizim çalı mamızda ve özgün çalı mada kullanılan genel ya am kalitesi ölçeklerinin farklı olması nedeniyle tam olarak kar ıla tırma yapılamasa da genel olarak iki çalı mada da genel ya am kalitesi ölçekleri ile W BÖ-E arasında birle en geçerli i destekleyen korelasyonlar elde edilmi tir.

W BÖ-E'nin ayırt edici geçerli inin de erlendirilmesi için, bilinen grup yöntemi kullanılarak, DEHB grubu KG -G 'ye göre hafif derecede hasta (KG -G puanı 3 olanlar), orta derecede hasta (KG -G puanı 4 olanlar) ve a ır derecede hasta (KG -G puanı 5,6 ve 7 olanlar) olmak üzere üç farkı gruba bölünmü tür. Genel olarak de erlendirildi inde, ölçek boyutlarının tamamına yakınında kontrol grubu puanlarının hafif hasta olanlardan, hafif hasta olanların puanlarının orta derecede hasta olanlardan ve orta derecede hasta olanların puanlarının a ır derecede hasta olanlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede dü ük oldu u görülmü tür. Bu bulgulara göre W BÖ-E'nin, DEHB tanısı almayan sa lıklı çocuklar ile DEHB tanısı alanları ayırt edebildi i, aynı zamanda DEHB grubunda klinisyen tarafından de erlendirilen genel i levsellik düzeyindeki farklılıklara da iyi derecede duyarlı oldu u görülmü tür.

Sonuç olarak W BÖ-E'nin geçerli ini de erlendirebilmek için açıklayıcı ve do rulayıcı faktör analizleri, W BÖ-E puanlarının paralel ölçek puanları ile kar ıla tırıldı ı birle en geçerlik analizleri ve bilinen grup yöntemi ile gruplar arasındaki W BÖ-E puan farklarının de erlendirildi i ayırt edici geçerlik analizleri yapılmı olup W BÖ-E'nin yeterli geçerlik de erlerine sahip oldu u görülmü tür.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Bu çalışmada ile W BÖ-E Türkçe sürümünün geçerli ve güvenilir olduğu ve DEHB ile ilgili i levsellikte bozulmanın de erlendirilmesinde ülkemizde kullanılabilmesi görülmüştür.

Çalışmamızın önemli bir yönü, W BÖ-E'nin geliştiricileri tarafından yapılan özgün çalışmada farklı dil ya da kültürde W BÖ-E geçerlik ve güvenilirlik bulgularını araştıran ilk çalışma olmasıdır. W BÖ-E için ilk geçerlik ve güvenilirlik çalışması olduğundan çalışmada elde ettiğimiz bulgular farklı çalışmalarla yeterince karşılaştırılamamıştır. Çalışmamızda elde edilen bulguların, ileride ülkemizde ve diğer ülkelerde W BÖ-E ile ilgili yapılacak geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarına öncülük ederek DEHB'de i levsellikte bozulma kavramının farklı kültürlerle olan ilişkisinin incelenmesinde yararlı olabileceği düşünülmüştür.

W BÖ-E'nin DEHB'de i levsellik bozulduğu alanlara odaklanması ve DEHB belirtilerini içermemesi, hem tedavi öncesi hem de tedavi sonrası DEHB belirtileri ile i levsellikte bozulma arasındaki ilişkilerin de erlendirilmesine olanak sağlamaktadır. Ebeveynler tarafından kolayca anlaşılıp, kısa sürede doldurulduğu gözlenen W BÖ-E'nin, yaygın olarak DEHB tanı sürecinde ve DEHB tedavisinin de erlendirilmesinde kullanılabilmesi düşünülmüştür.

Çalışmamızda W BÖ-E'nin; DEHB belirti şiddetini, genel i levsellik düzeyini ve genel yaşam kalitesini de erlendiren ölçekler ile birleştirilerek en geçerli olduğu düşünülecek düzeyde olan, ancak mükemmel olmayan korelasyonlar elde edilmiştir. Elde edilen korelasyonların mükemmel olmaması, i levsellikte bozulma, hastalık belirtileri ve yaşam kalitesi kavramlarının birbirleriyle ilişkili ancak farklı kavramlar olduklarını desteklemektedir. DEHB tanı ve tedavisinde DEHB belirtilerine ek olarak i levsellikte bozulma ve yaşam kalitesi kavramlarının da de erlendirilmesinin, DEHB'nin bütüncül olarak ele alınmasında önemli olacaktır düşünülmüştür.

Çalışma örnekleminin Türkiye'deki tüm çocukluk çağı DEHB olgularını içermeyen yapısı, çalışmada bulgularının genellenmesini güçleştirir. Bu konuda ulusal bir veri havuzu oluşturulmasının ileride yapılacak W BÖ-E ile ilgili psikometrik çalışmalar için faydalı olabileceği düşünülmüştür. Ulusal veri

havuzunun olu turulmasının, W BÖ-E Türkçe sürümünün kesme puanının belirlenmesi, Türk çocukları için persentil de erlerinin hesaplanması ve farklı kültürlerde DEHB tanısı alanların kar ıla tırılması gibi DEHB ile ilgili çok önemli bulgulara kaynaklık edece i dü ünülmü tür.

W BÖ-E'de tamamı 0 olarak puanlanan altı maddenin bulunması sonucu faktör analizleri 44 madde üzerinden yapılmı , W BÖ-E'nin okul-davranı ve riskli eylemler alt boyutlarında yer alan maddelerde yüksek taban yüzdeleri elde edilmi ve açıklayıcı faktör analizinde bazı maddelerin özgün ölçekten farklı alt boyutlara yerle ti i görülmü tür. Ölçek geçerlik ve güvenilirlik çalı malarının devam süreçler oldu u, farklı örneklem gruplarında farklı sonuçların alınabilece i dü ünüldü ünde elde edilen bulguların dikkatli bir ekilde yorumlanmasının ve farklı örneklem gruplarında yapılacak çalı malarla kar ıla tırılmasının uygun olaca ı dü ünülmü tür.

Çalı mamızda DEHB tanısı alanların tedavi sonrası de erlendirmesi yapılmadı ından, W BÖ-E'nin tedavi sonrası belirtilerdeki de i imle ili kisi incelenmemi tir. leride yapılacak çalı malarda W BÖ-E'nin tedavi öncesinde ve sonrasında de erlendirilmesinin, ölçe in de i ime duyarlı ının ara tırılması açısından uygun olaca ı dü ünülmü tür.

DEHB'ye e lik eden di er ruhsal bozuklukların i levsellik üzerindeki olumsuz etkileri dü ünüldü ünde, ileride W BÖ-E ile ilgili yapılacak çalı malarda DEHB'ye e lik eden farklı ruhsal bozuklukların i levsellik üzerindeki etkilerinin incelenmesi, DEHB'li çocu un ya adı ı sorunların bütüncül olarak de erlendirilmesinde ve anla ılmasında katkı sa layabilece i dü ünülmü tür.

Çalı mamızda W BÖ-E'nin ayırt edici özelli ini de erlendirmek amacıyla inceledi imiz kontrol grubundaki çocuklar ve ebeveynleri ile klinik görü me yapılmamı tir. Klinik görü menin önemi dü ünüldü ünde ileride yapılacak çalı malarda kontrol grubuyla da klinik görü me yapılmasının uygun olaca ı dü ünülmü tür.

leride yapılacak çalı malarda çocuk ve ergenlerde DEHB'ye özgü i levsellikte bozulmayı de erlendiren Weiss levsellikte Bozulma Ölçe i Öz bildirim (W BÖ-Ö) formu için de Türkçe geçerlik ve güvenilirlik analizlerinin yapılmasının, DEHB'de i levsellikte bozulmanın hem ebeveyn hem de çocuk veya

ergenin kendisi tarafından de erlendirilmesine olanak sa layaca ı ve faydalı klinik bulguların ortaya çıkmasına yardımcı olabilece i d ünlm tür.



7. ÖZET

Amaç: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), çocukluk döneminde sık görülmekte ve i levsellikte belirgin bozulmaya yol açmaktadır. Türkiye’de DEHB’ye özgü i levsellikte bozulmayı de erlendiren, geçerli i ve güvenilirli i kanıtlanmış bir ölçek bulunmamaktadır. Bu çalışmada DEHB’ye özgü i levsellikte bozulmayı de erlendiren Weiss levsellikte Bozulma Ölçeği-Ebeveyn Formu’nun (W BÖ-E) Türkçe’ye uyarlanması ve psikometrik özelliklerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya 250 DEHB tanılı ve 250 sağlıklı çocuk ve ebeveynleri katılmıştır. W BÖ-E Türkçe sürümünün güvenilirliğinin de erlendirilmesinde iç tutarlılık ve test-tekrar test yöntemleri kullanılmıştır. Geçerliliğinin de erlendirilmesinde açıklayıcı ve do rulayıcı faktör analizi, birleştirici geçerlilik ve ayırt edici geçerlilik analizleri yapılmıştır.

Bulgular: W BÖ-E okul-davranış ve riskli eylemler alt boyutlarında yer alan altı sorunun tamamının “0” olarak puanlanması nedeniyle hem 50 maddeden oluşan özgün ölçek formu için, hem de tamamı “0” olarak puanlanan altı sorunun dahil edilmediği 44 maddelik form için analizler yapılmıştır. W BÖ-E’nin 50 ve 44 maddelik formlarında toplam ölçek için Cronbach alfa katsayısı 0.93 bulunmuştur. Test-tekrar test güvenilirliği için Spearman korelasyon katsayısı 0.93 bulunmuştur. 44 maddelik form üzerinden yapılan açıklayıcı faktör analizinde ölçek maddelerinin en iyilerde yedi faktörlü yapıda temsil edildiği ancak bazı maddelerin özgün ölçekten farklı alt boyutlara yerleştirildiği görülmüştür. Do rulayıcı faktör analizinde toplam model için tahminin ortalama karekök hatası (TOKH)=0.95 ve karışık uyum indeksi (KU)=0.061 bulunmuştur. W BÖ-E ile DEHB belirtileri, genel i levsellik düzeyini ve yaşam kalitesini de erlendiren ölçekler arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar bulunmuştur. W BÖ-E’nin sağlıklı kontrol grubunu ve farklı belirtilerindeki DEHB’li hastaları ayırt edebildiği saptanmıştır.

Tartışma: Çalışma sonucunda W BÖ-E’nin DEHB’de i levsellikte bozulmanın de erlendirilmesinde geçerli ve güvenilir olduğu kararlaştırılmıştır. Çalışmamızda bazı maddelerde taban etkisinin saptanması ve açıklayıcı faktör analizinde bazı maddelerin özgün ölçekten farklı alt boyutlara yerleştirilmesi nedeniyle W BÖ-E alt boyut puanlarının dikkatle yorumlanması önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler: DEHB, i levsellik, geçerlilik, güvenilirlik, ölçek, yaşam kalitesi

8. NG L ZCE ÖZET

Reliability and Validity Study of the Turkish Version of Weiss Functional Impairment Scale-Parent (WFIRS-P)

Objective: Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is common in childhood and causes significant impairment in functioning. In Turkey, a validated and reliable functional impairment rating scale for ADHD is not available. In this study, we aimed to examine Turkish adaptation and psychometric properties of the Weiss Functional Impairment Rating Scale-Parent (WFIRS-P) which evaluates functional impairment related to ADHD.

Method: 250 children with ADHD and 250 healthy children and their parents participated in the study. Internal consistency, test-retest reliability, exploratory and confirmatory factor analyses, convergent and divergent validity analyses were examined for reliability and validity of the Turkish version of WFIRS-P.

Results: Analyses were performed with original 50-item scale and 44-item scale as all of the participants rated “0” in six items which were in school-behavior and risky activities domains. Internal consistency, for the whole scale is 0.93 both for original 50-item scale and 44-item scale, measured using Cronbach’s alpha. Spearman correlation coefficient for test retest reliability was 0.93. In exploratory factor analysis performed for the 44 item scale, the items were best explained by a seven factor solution. But, some items participated in different domains than original scale. In confirmatory factor analysis for the whole scale, root mean square error of approximation (RMSEA) was 0.95 and comparative fit index (CFI) was 0.061. The scale had statistically significant correlations with symptoms, global functioning and quality of life scales. The scale discriminated healthy children and children with ADHD having different severity levels.

Conclusion: The Turkish version of the WFIRS-P is a reliable and valid instrument to evaluate ADHD-related functional impairment. In our study, as we found floor effects in some items and in exploratory factor analysis some items participated in different domains than original scale, WFIRS-P domain scores should be interpreted with caution.

Key words: ADHD, functioning, validity, reliability, scale, quality of life

9. KAYNAKLAR

1. Gülseren . Psikopatolojinin tanınması ve ölçülmesi. içinde: Aydemir Ö, Köro lu E, ed. *Psikiyatride kullanılan klinik ölçekler*. Ankara: Hekimler Yayın Birli i, 2012:11-19.
2. Aydemir Ö. Psikiyatride de erlendirme araçları: Özellikleri, türleri, kullanımı. içinde: Aydemir Ö, Köro lu E, ed. *Psikiyatride kullanılan klinik ölçekler*. Ankara: Hekimler Yayın Birli i, 2012:21-30.
3. Liberman RP. *Recovery from disability, manual of psychiatric rehabilitation*. Washington DC: American Psychiatric Publishing, 2008.
4. Palermo TM, Long AC, Lewandowski AS ve ark. Evidence-based assessment of health-related quality of life and functional impairment in pediatric psychology. *J Pediatr Psychol* 2008; **33(9)**:983-96.
5. Goldman L, Genel M, Bezman RJ ve ark. Diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *JAMA* 1998; **279**:1100-107.
6. Amerikan Psikiyatri Birli i. *Psikiyatride hastalıkların tanımlanması ve sınıflandırılması el kitabı. Yeniden gözden geçirilmi dördüncü baskı (DSM-IV-TR)*, Washington DC, 2000, Köro lu E, (çeviri ed.). Ankara: Hekimler Yayın Birli i, 2007.
7. Fabiano GA, Pelham WE. Measuring impairment in children with attention-deficit-hyperactivity disorder. *The ADHD Report* 2002; **10**:6-10.
8. Haack LM, Gerdes AC. Functional impairment in Latino children with ADHD: Implications for culturally appropriate conceptualization and measurement. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2011; **14(3)**:318-28.
9. Park J-H, Lee SI, Schachar RJ. Reliability and validity of the child and adolescent functioning impairment scale in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatry Investig* 2011; **8(2)**:113-22.

10. Rapee RM, Bögels SM, Van Der Sluis CM, Craske MG, Ollendick T. Annual research review: Conceptualising functional impairment in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry* 2011; **5(92)**:454-68.
11. Maziade M, Rouleau N, Lee B, Rogers A, Davis L, Dickson R. Atomoxetine and neuropsychological function in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Results of a pilot study. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2009; **19(6)**:709-18.
12. Stein MA, Waldman ID, Charney E, Aryal S, Sable C, Gruber R ve ark. Dose effects and comparative effectiveness of extended release dexamethylphenidate and mixed amphetamine salts. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2011; **21(6)**:581-8.
13. Hantson J, Wang PP, Grizenko-Vida M, Ter-Stepanian M, Harvey W, Joobar R ve ark. Effectiveness of a therapeutic summer camp for children with ADHD: Phase I clinical intervention trial. *J Atten Disord* 2012; **16(7)**:610-7.
14. Coghill D. Pragmatic measures in paediatric psychopharmacology-are we getting it right? *Eur Neuropsychopharmacol* 2011; **21(8)**:571-83.
15. Canadian Attention Deficit Disorder Resource Alliance. *Canadian practice guidelines for ADHD*. Toronto, Ontario: McCleery McCann, 2006. www.caddra.ca/http://www.caddra.ca/cms4/pdfs/caddraGuidelines2011WFIRInstructions.pdf (05.11.2012).
16. enol S. Dikkat eksikli i hiperaktivite bozuklu u. çinde: Çuhadaro lu Çetin F ve ark. ed. *Çocuk ve ergen psikiyatrisi temel kitabı*, Ankara: Hekimler Yayın Birli i, 2008:293-311.
17. I ık E, Taner YI. *Çocuk, ergen ve eri kinlerde dikkat eksikli i hiperaktivite bozuklu u*. Ankara: Türkiye Klinikleri, 2009.
18. Hechtman L. Dikkat eksikli i hiperaktivite bozuklu u. çinde: Sadock BJ, Sadock VA, ed. *Kaplan and Sadoc's comprehensive textbook of psychiatry* [8th ed.] Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2005, Aydın H, Bozkurt A, (çeviri ed.). Ankara: Güne Tıp Kitabevi, 2007;3183-98.

19. Weiss M, Weiss G. Attention deficit hyperactivity disorder. çinde: Lewis M, ed. *Child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook*. [3rd ed.]. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 2002:645-78.
20. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* [2 nd ed.]. Washington DC: APA Press, 1968.
21. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III)*. Washington DC: APA Press, 1980.
22. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Revised (DSM-III-R)*. Washington DC: APA Press, 1987.
23. Polanczyk G, De Lima MS, Horta BL ve ark. The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. *Am J Psychiatry* 2007; **164(6)**:942-8.
24. Polanczyk G, PS J. Epidemiologic considerations in attention deficit hyperactivity disorder: A review and update. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2008; **17(2)**:245-60.
25. Ercan ES. Dikkat eksikli i hiperaktivite bozuklu unda epidemiyolojik veriler. *Turkiye Klinikleri J Peditr Sci* 2010; **6(2)**:1-5.
26. Er an EE, Do an O, Do an S, Sümer H. The distribution of symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder in school age children in Turkey. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2004; **13(6)**:354-61.
27. Aras , Ünlü G, Ta FV. Çocuk ve ergen psikiyatrisi poliklini ine ba vuran hastalarda belirtiler, tanılar ve tanıya yönelik incelemeler. *Klinik Psikiyatri* 2007; **10**:28-37.
28. Cantwell DP. Attention deficit disorder: A review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; **35(8)**:978-87.
29. Akay A. Dikkat eksikli i hiperaktivite bozuklu unda etyopatogenez. *Turkiye Klinikleri J Peditr Sci* 2010; **6(2)**:6-14.
30. Faraone SV, Biederman J. Neurobiology of attention deficit-hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry* 1998; **10**:951-58.

31. Kieling C, Roman T, Doyle AE, Hutz MH, Rohde LA. Association between DRD4 gene and performance of children with ADHD in a test of sustained attention. *Biol Psychiatry* 2006; **60(10)**:1163-5.
32. Castellanos FX, Lee PP, Sharp W, Jeffries NO, Greenstein DK, Clasen LS ve ark. Developmental trajectories of brain volume abnormalities in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *JAMA* 2002; **288(14)**:1740-8.
33. Shaw P, Lerch J, Greenstein D, Sharp W, Clasen L, Evans A ve ark. Longitudinal mapping of cortical thickness and clinical outcome in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2006; **63(5)**:540-9.
34. Tannock R. Attention deficit hyperactivity disorder: Advances in cognitive, neurobiological and genetic research. *J Child Psychol Psychiatry* 1998; **39**:65-99.
35. Castellanos FX. Toward a pathophysiology of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clin Pediatr* 1997; **36(7)**:381-93.
36. Oner O, Oner P, Aysev A, Küçük O, bis E. Regional cerebral blood flow in children with ADHD: Changes with age. *Brain Dev* 2005; **27(4)**:279-85.
37. Yildiz Oc O, Agaoglu B, Berk F, Komsuoglu S, Karakaya I, Coskun A. Evaluation of the effect of methylphenidate by computed tomography, electroencephalography, neuropsychological tests, and clinical symptoms in attention deficit hyperactivity disorder: A prospective cohort study. *Current Therapeutic Research* 2007; **67(6)**:432-49.
38. Biederman J, Spencer TJ. Genetics of childhood disorders: XIX. ADHD. Part 3: Is ADHD a noradrenergic disorder? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000, **39(10)**:1330-32.
39. Zametkin AJ, Rapoport JL. Neurobiology of attention deficit disorder with hyperactivity: Where have we come in 50 years? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1987; **26**:676-86.
40. Stahl SM. *Essential psychopharmacology neuroscientific basis and practical applications*. [2nd ed.]. London: Cambridge University Press; 2000.
41. Goldman-Rakic PS. Working memory and the mind. *Sci Am* 1991; **267**:110-17.

42. Bhatia MS, Nigam VR, Bohra N, Malik SC. Attention deficit disorder with hyperactivity among paediatric outpatients. *J Child Psychol Psychiatry* 1991; **32**:297-306.
43. Biederman J. Attention-deficit/hyperactivity disorder: A selective overview. *Biol Psychiatry* 2005; **57(11)**:1215-20.
44. Hack M, Youngstrom EA, Cartar L ve ark. Behavioral outcomes and evidence of psychopathology among low birth weights infants at age 20 years. *Pediatrics* 2004; **114(4)**:932-40.
45. Mick E, Biederman J, Faraone SV ve ark. Impact on low birth weight on attention deficit-hyperactivity disorder. *J Dev Behav Pediatr* 2002; **23(1)**:16-22.
46. Batstra L, Hadders-Algra M, Neeleman J. Effect of antenatal exposure to maternal smoking on behavioral problems and academic achievements in childhood: Prospective evidence from Dutch birth cohort. *Early Hum Dev* 2003; **75(1-2)**:21-33.
47. Ercan ES, Aydın C. Dikkat eksikli i hiperaktivite bozuklu u. çinde: Ek i A, ed. *Ben hasta de ilim çocuk sa lı ı ve hastalıklarının psikososyal yönü*. stanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 1999:270-84.
48. Waslick B, Greenhill L. Attention deficit hyperactivity disorder. çinde: Wiener J, Dulcan M ed. *Text book of child and adolescent psychiatry* [3rd ed.]. Washington DC, American Psychiatric Publishing, 2004:485-509.
49. Berkem M. ki uçlu bozukluk. çinde: Soykan Aysev A, I ık Taner Y, ed. *Çocuk ve ergen ruh sa lı ı ve hastalıkları*, stanbul: Golden Print, 2007:373-81.
50. Öner Ö, Soykan Aysev A. Dikkat eksikli i hiperaktivite bozuklu u. çinde: Soykan Aysev A, I ık Taner Y, ed. *Çocuk ve ergen ruh sa lı ı ve hastalıkları*, stanbul: Golden Print, 2007:397-420.
51. Barkley RA, Brown TE. Unrecognized attention-deficit/hyperactivity disorder in adults presenting with other psychiatric disorders. *CNS Spectr* 2008; **13(11)**:977-84.
52. Turgay A. Psikostimulanlar. çinde: Çuhadaro lu Çetin F ve ark. ed. *Çocuk ve ergen psikiyatrisi temel kitabı*, Ankara: Hekimler Yayın Birli i, 2008:647-60.

53. Tutkunkardas MD, Mukaddes NM. Dikkat eksikli i hiperaktivite bozuklu unda tedavi yakla ımları. *Turkiye Klinikleri J Pediatr Sci* 2010; **6(2)**:55-66.
54. Rapport MD, Moffitt C. Attention deficit/hyperactivity disorder and methylphenidate. A review of height/weight, cardiovascular, and somatic complaint side effects. *Clin Psychol Rev* 2002; **22(8)**:1107–31.
55. Plizska S. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007; **46(7)**:894-921.
56. Bates MP, Furlong MJ, Green JG. Are CAFAS subscales and item weights valid? A preliminary investigation of the child and adolescent functional assessment scale. *Adm Policy Ment Health* 2006; **33(6)**:682-95.
57. Lahey BB, Applegate B, McBurnett K ve ark. DSM-IV field trials for attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. *Am J Psychiatry* 1994; **151**:1673-85.
58. Mota VL, Schachar RJ. Reformulating attention-deficit/hyperactivity disorder according to signal detection theory. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; **39**:1144-51.
59. Winters NC, Collett BR, Myers KM. Ten-year review of rating scales VII: Scales assessing functional impairment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005; **44(4)**:309-38.
60. Danckaerts M, Sonuga-Barke EJS, Banaschewski T ve ark. The quality of life of children with attention deficit/hyperactivity disorder: A systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2010; **19(2)**:83-105.
61. Üstün B, Kennedy C. What is “functional impairment”? Disentangling disability from clinical significance. *World Psychiatry* 2009; **8(2)**:82-5.
62. Eiser C, Morse R. Quality-of-life measures in chronic diseases of childhood. *Health Technol Assess* 2001; **5(4)**:1-157.
63. Shaffer D, Gould MS, Brasic J ve ark. A children’s global assessment scale (CGAS). *Arch Gen Psychiatry* 1983; **40(11)**:1228-31.
64. Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J. The global assessment scale. *Arch Gen Psychiatry* 1976; **33**:766-71.

65. Gökler B, Ünal F, Pehlivan Türk B. Okul ça ı çocukları için duygulanım bozuklukları ve izofreni görü me çizelgesi imdi ve ya am boyu ekli - Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenilirli i. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sa lı ı Dergisi* 2004; **11**:109-16.
66. Smith GN, Ehmann TS, Flynn SW ve ark. The assessment of symptom severity and functional impairment with DSM-IV Axis V. *Psychiatr Serv* 2011; **62(4)**:411-7.
67. Bird HR, Shaffer D, Fisher P ve ark. The Columbia impairment scale (CIS): Pilot findings on a measure of global impairment for children and adolescents. *Int J Methods Psych Res* 1993; **3**:167-76.
68. Lue YJ, Su CY, Yang RC ve ark. Development and validation of a muscular dystrophy-specific functional rating scale. *Clin Rehabil* 2006; **(20)**:804-17.
69. Cedarbaum JM, Stambler N. Performance of the amyotrophic lateral sclerosis functional rating scale (ALSFERS) in multicenter clinical trials. *J Neurol Sci* 1997; **152 (1)**:1-9.
70. Coghill D, Danckaerts M, Sonuga-Barke E, Sergeant J, Group TAEG. Practitioner review: Quality of life in child mental health: conceptual challenges and practical choices. *J Child Psychol Psychiatry* 2009; **50(5)**:544-61.
71. Landgraf JM, Rich M, Rappaport L. Measuring quality of life in children with attention-deficit/hyperactivity disorder and their families: Development and evaluation of a new tool. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002; **156(4)**:384-91.
72. Wong ICK, Asherson P, Bilbow A ve ark. Cessation of attention deficit hyperactivity disorder drugs in the young (CADDY) a pharmacoepidemiological and qualitative study. *Health Technol Assess* 2009; **13(50)**:25-33.
73. Weiss MD, Brooks BL, Iverson GL ve ark. *Reliability and validity of the Weiss functional impairment rating scale*. World Psychiatry Association Conference, Shanghai, 2007.
74. Herguner S, Ozbaran B. *Çocuk ve ergen psikiyatrisinde ölçütler ve ölçekler*. stanbul: Nobel Matbaacılık, 2010.
75. Kaufman J, Birmaher B, Brent D ve ark. *Kiddie-SADS-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL), version 1.0 of October 1996 ed*. Pittsburgh: University of Pittsburgh School of Medicine, Department of Psychiatry, 1996.

76. Guy E. *Assessment manual for psychopharmacology*. Rockville: National Institute of Mental Health, 1976.
77. Turgay A. *Turgay's DSM-IV based ADHD and disruptive behaviour disorders screening scale*. Toronto: Integrative Therapy Institute Publication, 1997.
78. Ercan ES, Amado S, Somer O ve ark. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve yıkıcı davranış bozuklukları için bir test bataryası geli tirmesi çalışması. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sa lı ı Dergisi* 2001; **8**:132-44.
79. Dereboy Ç, enol S, ener , Derenoy F. Conner's kısa form ö retmen ve ana baba derecelendirme ölçe i geçerlili i. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2007; **18(1)**:48-58.
80. Uneri OS, Agaoglu B, Coskun A, Memik NC. Validity and reliability of pediatric quality of life inventory for 2-to 4-year-old and 5-to 7-year-old Turkish children. *Qual Life Res* 2008; **17(2)**:307-15.
81. Çakın Memik N, A ao lu B, Co kun A, Karakaya I. Çocuklar için yaşam kalitesi ölçe inin 8-12 yaş çocuk formunun geçerlik ve güvenilirli i. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sa lı ı Dergisi* 2008; **5(2)**:87-98.
82. Çakın Memik N, A ao lu B, Co kun A, Üneri Ö , Karakaya I. Çocuklar için yaşam kalitesi ölçe inin 13-18 yaş ergen formunun geçerlik ve güvenilirli i. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2007; **18(4)**:353-63.
83. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. [2nd ed.]. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1988.
84. Eser E, La arlı T, Baydur H ve ark. EUROHIS (WHOQOL-8.Tr) Türkçe sürümünün Türk toplumundaki psikometrik özellikleri. *Türkiye Halk Sa lı ı Dergisi* 2010; **8(3)**:136-52.
85. Baydur H, Eser E. Uygulama: Yaşam kalitesi ölçeklerinin psikometrik çözümlenmesi. *Sa lıkta Birikim* 2006; **1(2)**:99-123.
86. Aydemir Ö, Uykur B. Kısa i levsellik de erlendirme ölçe i'nin Türkçe sürümünün bipolar bozuklukta güvenilirli i ve geçerlili i. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2012; **23(3)**:193-200.
87. Tahiro lu AY, Avcı A, Fırat S, Seydao lu G. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu: Alt tipleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2005; **6**:5-10.

88. Semerci B. Ergenlik döneminde dikkat eksikliği i hiperaktivite bozukluğu u. *Turkiye Klinikleri J Pediatr Sci* 2010; **6(2)**:38-44.
89. Turgay A. *Tedavi edilmeyen dikkat eksikliği i hiperaktivite bozukluğu unun bedeli ve tedavide yenilikler*. Ankara: Türkiye Klinikleri, 2009.
90. Varni JW, Burwinkle TM. The PedsQL as a patient- reported outcome in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: A population-based study. *Health Qual Life Outcomes* 2006; **4**:26.
91. Klassen AF, Miller A, Fine S. Health-related quality of life in children and adolescents who have a diagnosis of attention deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics* 2004; **114**:e541-e547.
92. Matza LS, Rentz AM, Secnik K ve ark. The link between health-related quality of life and clinical symptoms among children with attention-deficit hyperactivity disorder. *J Dev Behav Pediatr* 2004; **25**:166-74.

10. EKLER

10. 1. Çocuk/Ergen Bilgilendirme Formu

Merhaba,

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) kişinin eğitim, sosyal ve özel yaşamını olumsuz etkileyebilir. Bu nedenle DEHB'nin çalınmaya katılan arkadaşlarımız üzerine etkilerini de erlendirmek, onları DEHB olmayan arkadaşlarımızla karıla tırmak ve bu konuya dikkat çekmek istiyoruz. Bütün bunları de erlendirebilmek için dünyada kullanılan Weiss İlevsellikte Bozulma Ölçe i-Ebeveyn formunun Türkiye'de kullanılabilmesi amacıyla ölçe in Türkçe'ye çevrilmiş formunun, hasta ve sa lam çocukların anne babalarına uygulanıp verilerin de erlendirilmesi gerekmektedir.

Bunu yapabilmek için hastanemiz çocuk ve ergen ruh sa lı lı polikliniklerine ba vuran arkadaşlarımızla ve onlarla benzer sınıflarda okuyan herhangi bir hastalı lı olmayan arkadaşlarımızla çalınmaya karar verdik.

Gönüllü isen ve bu çalınmaya katılmayı kabul edersen; seninle ve ebeveynlerinle görüşme yapılacak, ebeveynlerinden bazı ölçekleri doldurması istenecektir.

Bu çalınmanın sana ek bir zararı yoktur ancak uygulanacak ölçek ortalama 5-10 dakika zamanını alacaktır.

Bu çalınma sadece gönüllü olarak çalınmamıza katılmayı isteyenlerle gerçekleştirilecektir.

Bu çalınma ve seninle ilgili tüm bilgiler saklı tutulacaktır.

Çalınma bitti inde sonuçlar bilimsel bir dergide yayımlanacaktır.

Çalınma ile ilgili aklına takılan bir soru veya ya adının bir sorun olursa a a ıdaki telefon numaralarından ara tırmacılara ula abilirsin.

Doç. Dr. Nursu Çakın Memik
Çocuk Ruh Sa lı lı ve Hastalıkları

02623038636

Dr. Mahmut Cem Tarakçio lu
Çocuk Ruh Sa lı lı ve Hastalıkları

02623038702

10.2. Ebeveyn Bilgilendirme Formu

Çalı manın adı:

Weiss İlevsellikte Bozulma Ölçe i Ebeveyn Formu (W BÖ-E) Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalı ması

Ara tırmacıların adları, kurumları ve ileti im numaraları.

Doç. Dr. Nursu Çakın Memik, Çocuk Ruh ve Ergen Sa lı ı ve Hastalıkları AD, 3038826
Ar . Gör. Dr. Mahmut Cem Tarakçio lu, Çocuk Ruh ve Ergen Sa lı ı ve Hastalıkları AD, 3038702

Ara tırma amacının anla ılır ve özet açıklaması: Bir ara tırma projesine davet edilmektesiniz. Bu ara tırmanın amacı dikkat eksikli i hiperaktivite bozulu unun (DEHB) normal geli im, akademik ve sosyal alanlardaki i levsellik üzerine etkilerini taramak, DEHB saptanmayan normal çocuklarla kar ıla tırmak ve gerekli tedaviyi düzenlemektir. Bütün bunları de erlendirebilmek için dünyada kullanılan Weiss İlevsellikte Bozulma Ölçe i-Ebeveyn formunun Türkiye’de kullanılabilmesi amacıyla ölçe in Türkçe’ye çevrilmi formunun, hasta ve sa lam çocukların ebeveynlerine uygulanıp verilerin de erlendirilmesi gerekmektedir. Karar vermeden önce ara tırmanın neden ve nasıl yapılaca ını anlamanız çok önemlidir. Açık olmayan bir bölüm varsa ya da daha ayrıntılı bilgiye ihtiyaç duyuyorsanız lütfen bizi arayın.

Neden ben seçildim? Ara tırmamıza hastanemiz Çocuk Ruh ve Ergen Sa lı ı poliklini inde DEHB ön tanısıyla takip edilmesi dü ünülen hastalar ve onlarla aynı ya ta olan herhangi bir hastalı ı olmayan çocuklar alınmaktadır.

Ara tırmaya katılmak / bir kez katıldıktan sonra sonuna kadar devam etmek zorunda mıyım? Ara tırmaya katılım gönüllü olup, istedi iniz zaman herhangi bir neden göstermeden çalı madan ayrılabilirsiniz.

Katılmayı kabul edersem bana ne yapılacak? Yalnızca 20-30 dakikanızı ayırıp görü meye katılacak ve size verilen bazı ölçekleri dolduracaksınız. Görü meler sırasında herhangi bir görüntü ya da ses kaydı alınmayacaktır.

Ara tırmaya katılmanın olası dezavantajları ve riskleri nelerdir? Uygulanacak olan görü me ve testlerin bir zararı yoktur.

Ara tırmaya katılmanın olası yararları nelerdir? De erlendirme sonunda bir sorun ya da hastalık saptanırsa bölümümüzde tedavi ve takip edilecektir.

Ara tırma masrafları: Katılımcı gönüllülerden ücret istenmeyecektir.

Ara tırmada ters giden bir ey olursa? Katılımcı arkada lar istedikleri anda çalı madan ayrılabilirler. Uygulanan görü me ve testlerin kalıcı bir etkisi bulunmamaktadır.

Kimlik bilgilerim ve elde edilen verilerin gizlili i nasıl sa lanacak? Tüm formlar ara tırmacı tarafından toplanıp, bölümümüzde kilitli bir dolapta tutulacaktır.

Ara tırma sonunda bana bilgi verilecek mi? DEHB saptanırsa hastalıkla ilgi bilgi verilecektir.

Ara tırma sonuçlarına ne olacak? Ki inin kimli i bildirilmeden bilimsel bir dergide yayımlanacaktır.

Daha ayrıntılı bilgi için,

Ar . Gör. Dr. Mahmut Cem Tarakçio lu, Çocuk Ruh ve Ergen Sa lı ı ve Hastalıkları AD, 3038702

Te ekkür: Bu çalı maya katıldı ınız ve bilimsel çalı malara katkıda bulundu unuz için te ekkür ederim.

ikâyetleriniz için ileti im bilgileri:

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu, 3037164

10.3. Aydınlatılmış Onam Formu

Ara tırmanın Adı: Weiss İlevsellikte Bozulma Ölçeği Ebeveyn Formu (W BÖ-E)
Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması

	Evet	Hayır
Hasta Bilgilendirme Formunu okudunuz mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ara tırma projesi size sözlü olarak da anlatıldı mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Size ara tırma ile ilgili soru sorma, tartışma fırsatı tanındı mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sorduğunuz tüm sorulara tatmin edici yanıtlar alabildiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ara tırma hakkında yeterli bilgi aldınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herhangi bir zamanda herhangi bir nedenle ya da neden göstermeksizin ara tırmadan çekilme hakkına sahip olduğunuzu anladınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ara tırma sonuçlarının uygun bir yolla yayınlanacağına katılıyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yukarıdaki soruların yanıtları size kim tarafından açıklandı? <i>Lütfen ismini yazınız:</i>		

İmza:

Adı / Soyadı:

Tarih:

10.4. Weiss İlevsellikte Bozulma Ölçeği-Ebeveyn Formu

WEISS İLEVSELLİKTE BOZULMA ÖLÇEĞİ EBEVEYN FORMU (WBÖ-E)

Sizin:

Çocukla yakınlık dereceniz:

Çocuğunuzun duygusal ve davranışsal sorunlarını göz önüne alarak, SON BİR AY içerisinde çocuğunuzun duygusal ve davranışsal sorunlarının aşağıdaki maddelerden her birini nasıl etkilediğini en iyi tarif eden seçeneği yuvarlak içerisinde alınız.

		Hiçbir zaman	Bazen	Sık	Çok sık	Uygun değil
A	AİLE					
1	Kardeşleri ile sorunlar yaşamaması	0	1	2	3	u.d.
2	Anne baba arasında sorunlara neden olması	0	1	2	3	u.d.
3	Çocuğun yol açtığı sorunlarla uğraşmaktan aile üyelerinin yapacağı işleri ya da etkinliklere yeterince zaman ayıramaması	0	1	2	3	u.d.
4	Ailede kavga ya da tartışma çıkmasına neden olması	0	1	2	3	u.d.
5	Aileyi dostlarından ve sosyal etkinliklerden uzaklaştırması	0	1	2	3	u.d.
6	Ailenin emelcili vakit geçirmesini zorlaştırması	0	1	2	3	u.d.
7	Anne babalık yapmanızı (ebeveynlik görevlerinizi yerine getirmeyi) zorlaştırması	0	1	2	3	u.d.
8	Aile üyelerinin her birine emel zaman, ilgi, dikkat vermenizi zorlaştırması	0	1	2	3	u.d.
9	Bakıcılarını kendisine vurması ya da baktırması için kısıtlanması	0	1	2	3	u.d.
10	Çocuğunuzun yaşadığı sorunlar nedeniyle daha fazla para harcamak zorunda kalmanız	0	1	2	3	u.d.
B	OKUL					
	Öğrenme					
1	Okulda derslere yeti mekte güçlük çekmesi	0	1	2	3	u.d.
2	Okulda derslerle ilgili fazladan yardıma ihtiyaç duyması	0	1	2	3	u.d.
3	Özel derse ihtiyaç duyması	0	1	2	3	u.d.
4	Beceri düzeyinin altında notlar alması	0	1	2	3	u.d.

		Hiçbir zaman	Bazen	Sık	Çok sık	Uygun değil
	Davranı					
1	Sınıfta öğretmenlere sorun çıkarması	0	1	2	3	u.d.
2	Sınıfta ceza alması ya da sınıftan çıkarılması	0	1	2	3	u.d.
3	Okul bahçesinde (arkadaşlar, öğretmen, görevli gibi kişilerle) sorun yaşamaması	0	1	2	3	u.d.
4	Teneffüse çıkmama ya da eve geç gitme cezası alması	0	1	2	3	u.d.
5	Okuldan uzaklaştırılması ya da atılması	0	1	2	3	u.d.
6	Derse girmemesi ya da okula geç kalması	0	1	2	3	u.d.
C	YAKIN BAKIM BECERİLERİ					
1	Televizyon, bilgisayar ya da video oyunlarını aktif olarak kullanması	0	1	2	3	u.d.
2	Temizlik, diş fırçalama, saç tarama, yıkanma gibi işlemlerde sorun yaşamaması	0	1	2	3	u.d.
3	Okula hazırlanmakla ilgili sorunlarının olması	0	1	2	3	u.d.
4	Yatmaya hazırlanmakla ilgili sorunlarının olması	0	1	2	3	u.d.
5	Yemek yemeyle ilgili sorunlarının olması (yemek seçme, abur cubur yeme)	0	1	2	3	u.d.
6	Uykuyla ilgili sorunlarının olması	0	1	2	3	u.d.
7	Yaralanır ya da bir yerini incitir	0	1	2	3	u.d.
8	Egzersizden (spor etkinliklerinden) kaçınır	0	1	2	3	u.d.
9	Doktora (tıbbi yardıma) ihtiyacının olması	0	1	2	3	u.d.
10	Yaşamak için ilaç içmek, diyet olmak ya da doktora/derman hekimine gitmekle ilgili sıkıntı yaşamaması	0	1	2	3	u.d.
D	ÇOCUK KENDİSİ HAKKINDA DUYGULARI					
1	Çocuk kendisi hakkında olumsuz duygulara sahip	0	1	2	3	u.d.
2	Çocuk kendini yeteri kadar değerlendiremiyor	0	1	2	3	u.d.
3	Çocuk hayatından memnun değil	0	1	2	3	u.d.

		Hiçbir zaman	Bazen	Sık	Çok sık	Uygun değil
E	SOSYAL ETKİNLİKLER					
1	Diğer çocukların çocuğuna satması ya da kabadayılık taslaması	0	1	2	3	u.d.
2	Çocuğunun diğer çocuklara satması ya da onlara kabadayılık taslaması	0	1	2	3	u.d.
3	Diğer çocuklarla geçinememesi	0	1	2	3	u.d.
4	Okul sonrası etkinliklerine (spor, müzik, kulüpler gibi) katılmakla ilgili sorunlar	0	1	2	3	u.d.
5	Arkadaş edinmekle ilgili sorunlar	0	1	2	3	u.d.
6	Arkadaşlıklarını sürdürmekle ilgili sorunlar	0	1	2	3	u.d.
7	Arkadaş toplantıları ile ilgili sorunlar (davet edilmeme, davetlere gitmeme, davetlerde uygunsuz davranma)	0	1	2	3	u.d.
F	RİSKLİ EYLEMLER					
1	Kolayca diğer çocuklara uyması ya da diğer çocuklardan baskı görmesi	0	1	2	3	u.d.
2	Eğeryaları kırması ya da zarar vermesi	0	1	2	3	u.d.
3	Kanun dışı eylemler yapması	0	1	2	3	u.d.
4	Polis ile başının derde girmesi	0	1	2	3	u.d.
5	Sigara içmesi	0	1	2	3	u.d.
6	Yasadışı madde kullanması	0	1	2	3	u.d.
7	Tehlikeli eylemler yapması	0	1	2	3	u.d.
8	Başkalarını yaralaması	0	1	2	3	u.d.
9	Acımasız ya da uygunsuz eylemler söylemesi	0	1	2	3	u.d.
10	Cinsel olarak uygun olmayan davranışlarda bulunması	0	1	2	3	u.d.

PUANLAMA:

1. 2 ya da 3 olarak puanlanan madde sayısı
2. Toplam puan
3. Puan ortalaması

©University of British Columbia 2011. Any part of this document may be freely reproduced without obtaining the permission of the copyright owner, provided that no changes whatsoever are made to the text and provided that this copyright notice is included in its entirety in any and all copies of this document.

Version: October 2011. Refer to www.caddra.ca for latest updates.

BU ALANI DOLDURMAYINIZ

A. Aile	
B. Okul	
Öğrenme Davranışları	
C. Yaşam becerileri	
D. Çocuğunun benlik algısı	
E. Sosyal etkinlikler	
F. Riskli eylemler	
Toplam	

10.5. Sosyodemografik Bilgi Formu

Hastanın Adı-Soyadı:

Çalışma no:

Doğum tarihi:

Dosya no:

Cinsiyeti: 1) Erkek 2) Kız

Görüşme tarihi:

Oturulan semt/ilçe:

Telefonlar: Ev:

Cep:

Okulu:

Sınıfı:

Annenin adı:

Babanın adı:

Yaşı:

Yaşı:

Eğitim durumu:

Eğitim durumu:

Mesleği:

- 1) Okuryazar değil
- 2) İlkokul
- 3) Ortaokul
- 4) Lise
- 5) Üniversite

Mesleği:

- 1) Okuryazar değil
- 2) İlkokul
- 3) Ortaokul
- 4) Lise
- 5) Üniversite

Anne baba:

1. Çalışmıyor
2. Çalışıyor

Mesleği:

1. Çalışmıyor
2. Çalışıyor

Anne baba:

1. Birlikte
2. Boşanmış
3. Ayrı yaşıyor
4. Biri ya da her ikisi ölü

Doğumda komplikasyon: var() yok()

Anne baba arasında akrabalık: 0) Yok 1) Var

Ailede kişi başına düşen aylık gelir:

Kardeşler:

Kardeşlerde ruhsal hastalık: 0) Yok 1) Var

Kardeş sayısı:

Var ise tanı:

- 1) DEHB
- 2) KOKGB
- 3) Davranım bozukluğu
- 4) Konuşma bozukluğu
- 5) ÖÖG
- 6) Tik bozukluğu
- 7) OKB
- 8) YAB
- 9) Depresyon
- 10) Bipolar bozukluk
- 11) Psikotik bozukluk
- 12) MR
- 13) YGB
- 14) Diğer

Anne, baba, teyze, amca, hala, dayıda bilinen ruhsal veya fiziksel hastalık:

10.6. Çocuklar için Genel Değerlendirme Ölçeği

COCUKLAR İÇİN GENEL DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Ara değerler kullanın (örn: 35, 58, 62). Tedavi ve sonlanımı dikkate almadan o sıradaki işlevselliği ölçün. Aşağıdaki örnekler yalnızca yol göstermek amacıyla verilmiştir, değerlendirme yapılırken aynı koşulların bulunması gerekli değildir.

- 100-91 Bütün alanlarda çok iyi işlevsellik (evde, okulda ve akran ilişkilerinde); çok çeşitli etkinliklerde bulunur ve bir çok ilgi alanı vardır (hobiler, okul dışındaki etkinliklere katılma ya da izcilik gibi bir organizasyonun içinde yer alma); sevilir, güvenlidir; "sıradan" kaygılar hiç bir zaman kontrol dışına çıkmaz; okulda iyidir; herhangi bir belirti yoktur.
- 90-81 Bütün alanlarda iyi işlevsellik; evde, okulda ve yaşlıları ile ilişkileri güvenlidir; geçici zorluklar olabilir ve "sıradan" kaygılar nadiren kontrol dışına çıkabilir (önemli bir sınavı olduğunda hafif kaygılanma, nadiren kardeşlerine, ana babasına ya da yaşlılarına karşı yaşanan öfke patlamaları).
- 80-71 Evde, okulda ya da yaşlı ilişkilerinde işlevsellikte yalnızca hafif bir bozulma; zorlu yaşam olayları (anne baba ayrılığı, ölüm, kardeş doğumu) karşısında hafif bir duygusal sıkıntı ya da davranışlarda bir miktar bozulma görülebilir; ancak bunlar kısa sürelidir ve işlevsellikteki engellenme geçicidir; bu çocuklar başkaları için yalnızca çok az rahatsız edicidir ve onları iyi tanıyan kişiler tarafından sorunlu olarak düşünülmezler.
- 70-61 Bir alanda bir miktar zorluk fakat genelde işlevselliği oldukça iyidir (nadiren okulu asma, önemsiz hırsızlıklar gibi tek tük antisosyal davranışlar; okul ödevlerinde süregen hafif zorluklar; kısa süreli duygudurum değişimleri; belirgin kaçınma davranışına yol açmayan korku ve kaygılar; kendinden emin olmama); anlamlı bazı kişiler arası ilişkileri vardır; çocuğu iyi tanımayan bir çok kişi cnda bir sorun olduğunu düşünmese de iyi tanıyanlar bu sorunları ciddiye alabilir.
- 60-51 Yer yer bozulmalarla giden değişken işlevsellik ya da sosyal alanların hepsinde olmasa da bir çoğunda belirtilerin olması; çocuğun işlevselliğini bozan bir ortamda ya da zamanda değerlendirme yapan için işlevsellikteki bozulma açıktır ama çocuğu diğer ortamlarda gözleyenler bunu fark etmezler.
- 50-41 Çoğu sosyal alanda işlevsellikte orta düzeyde bir engellenme ya da bir alandaki işlevsellikte ciddi bozulma (intihar düşünceleri, okul reddi ve diğer kaygı biçimleri, obsesif ritüeller, majör konversiyon belirtileri, sık anksiyete atakları, zayıf ya da yetersiz sosyal beceriler, anlamlı sosyal ilişkinin bir miktar korunması ile birlikte sık saldırgan ya da antisosyal davranış dönemleri).
- 40-31 Bir çok alandaki işlevsellikte belirgin bozulma vardır ve bu alanların birinde işlevsel değildir; okulda, evde, yaşlı ilişkilerinde ya da topluluk içinde belirgin bir bozulma vardır (Örn: belli bir tehdit olmaksızın süren saldırganlık, belirgin sosyal içine kapanma ve duygulanım ya da düşünce bozukluğu nedeniyle davranışlarda izolasyon, ölüm niyetiyle olduğu açık intihar girişimlerinde bulunma); bu çocukların özel eğitim koşullarında okutulmasına, hastaneye yatırılmasına ya da okuldan alınmasına (bu durum bu kategoride yer alması için yeterli bir koşul değildir) gerek olabilir.
- 30-21 İşlevselliğinin hemen her alanında engelli (Örn: sosyal etkinliklere katılmadan bütün gününü evde, kurumda ya da yatağında geçirir; gerçeği değerlendirmesinde ya da iletişimde ciddi bozulma vardır, bazen enkoheran ve uygunsuz davranır).
- 20-11 Başkalarına ya da kendine zarar (Örn: sıklıkla saldırgan olma, yineleyen intihar girişimlerinin olması) vermesini önlemek için belirgin bir düzeyde yardıma gereksinim duyma; kişisel bakımını sürdürme ya da iletişimin tüm boyutlarında ciddi yetersizlik (Örn: sözel iletişim ve jestleri kullanmada ciddi sorunlar, belirgin sosyal kapalılık, stupor) nedeniyle yardıma gereksinim duyar.
- 10-1 Sürekli denetim gereklidir (24 saat bakım); şiddetli saldırganlık ya da kendine zarar verici davranışlar vardır; gerçeği değerlendirmede, iletişimde, öz bakım becerilerinde duygulanım ve bilişsel alanlarda ciddi bozulma gözlenir.

Çocuklar için genel değerlendirme ölçeği (Children's Global Assessment Scale) yetişkinler için genel değerlendirme ölçeğinden (Global Assessment Scale for Adults) uyarlanmıştır (Shaffer, D., Gould, M., Brasic, J., Ambrosini, P., Fischer, P., Bird, H., Aluwahlia, S. A Children's Global Assessment Scale (CGAS). Arch Gen Psychiatry, 1983, 40:1228-1231).

10.7. Klinik Global İzlenim Ölçeği-Genel Şiddet

Hastanın Adı, Soyadı:	Tarih:
Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:	Değerlendirici:

KLİNİK GLOBAL İZLENİM ÖLÇEĞİ (CGI)

HASTALIK ŞİDDETİ

Bu hasta grubu ile olan klinik deneyimlerinize dayanarak, sizce bu kişi ne kadar hasta?

1. Normal, hasta değil
2. Hastalık sınırında
3. Hafif düzeyde hasta
4. Orta düzeyde hasta
5. Belirgin düzeyde hasta
6. Ağır hasta
7. Çok ağır hasta

10.8. Yıkıcı Davranı Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve De erlendirme Ölçe i

Davranı sorunları ya da bozukluklarına çocukluk ve ergenlik döneminde oldukça çok rastlanmaktadır. Bu tarama ve de erlendirme ölçe i Amerikan Psikiyatri Birli i'nce ruhsal bozuklukların de erlendirilmesinde kullanılan en son tanı ölçütlerine ve Dr. Turgay'ın konuya ili kin ara tırma bulgularına dayanmaktadır.

A a ıdaki sorular u an de erlendirilmesini yaptı ınız çocu un/gencin sık rastlanan davranı sorunlarının bazılarını gözden geçirecek ve de erlendirecektir. Lütfen her bir soruda size en uygun gelen seçene i i aretleyiniz.

1. BÖLÜM

A. D KKATS ZL K

SORUN	SORUNUN DERECES			
	Yok	Biraz	Fazla	Çok Fazla
1. Dikkatini ayrıntılara veremez ya da okul ödevlerinde, i inde ya da di er etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapar.	0	1	2	3
2. Üzerine aldı ı görevlerde ya da oynadı ı oyunlarda dikkatini sürdürmede zorluk çeker.	0	1	2	3
3. Kendisine do rudan hitap edildi inde dinlemiyormu gibi görünür.	0	1	2	3
4. Yönergeleri gerekti i gibi izlemez ve okul ödevlerini, ufak tefek i leri ya da i yerindeki görevlerini tamamlayamaz.	0	1	2	3
5. Görev ve etkinliklerini düzenlemekte güçlük çeker.	0	1	2	3
6. Uzun süreli dikkat gerektiren i lerden (okul ödevi, ev ödevi gibi) kaçınır, bunlardan ho lanmaz ve bunlara kar ı isteksizdir.	0	1	2	3
7. Üzerine aldı ı görev ya da etkinlikler için gerekli olan e yaları (kalem, kitap, oyuncak, araç-gereç gibi) kaybeder.	0	1	2	3
8. Dikkati kolayca da ılır.	0	1	2	3
9. Günlük etkinliklerde unutkandır.	0	1	2	3

B. A İRİ HAREKETLİLER K – DÜRTÜSELLİK

• A İRİ HAREKETLİLER K

SORUN	SORUN DERECE			
	Yok	Biraz	Fazla	Çok Fazla
10. Elleri ayakları kıpır kıpır ya da oturduğu yerde kıpırır.	0	1	2	3
11. Sınıfta ya da oturması gereken diğer durumlarda yerinde oturamaz.	0	1	2	3
12. Uygun olmayan durumlarda sağa sola koşturur ya da tırmanır (gençlerde ya da erişkinlerde huzursuzluk ile sınırlı olabilir).	0	1	2	3
13. Sokakta oyun oynamakta ya da boş zaman etkinliklerine katılmakta güçlük çeker.	0	1	2	3
14. Hep hareket halindedir ya da sanki motor takılmış gibi davranır.	0	1	2	3
15. Çok konuşur.	0	1	2	3

• DÜRTÜSELLİK

SORUN	SORUN DERECE			
	Yok	Biraz	Fazla	Çok Fazla
16. Sorulan soru tamamlanmadan yanıt verir.	0	1	2	3
17. Sırasını beklemekte güçlük çeker.	0	1	2	3
18. Bekleneni konuşmaması ya da yaptıklarının arasına girer (bekleneni konuşmaları ya da oyunlarına burnunu sokar).	0	1	2	3

II. BÖLÜM

• KARİT OLMA KARİT GELME

SORUN	SORUN DERECE			
	Yok	Biraz	Fazla	Çok Fazla
19. Kontrolü kaybeder.	0	1	2	3
20. Erişkinlerle tartışır.	0	1	2	3
21. Kurallara ve isteklere karşı çıkar ya da reddeder.	0	1	2	3
22. Bekleneni isteyerek rahatsız eder.	0	1	2	3
23. Hataları ya da yanlış davranışları için bekleneni suçlar.	0	1	2	3
24. Alıngandır ve bekleneni tarafından kolayca kızdırılır.	0	1	2	3
25. Kızgın ve güceniktir.	0	1	2	3
26. Çok zaman kincidir ve intikam almak ister.	0	1	2	3

III. BÖLÜM

• Davranım Bozukluğu

SORUN	Yok	SORUN DERESES		
		Biraz	Fazla	Çok Fazla
A. İnsanlara ve hayvanlara karşı saldırganlık				
27. Kabadayılık eder, tehdit eder ya da gözdeyi verir.	0	1	2	3
28. Kavga dövümlerine katılır.	0	1	2	3
29. Başkalarına ciddi biçimde fiziksel zarar verecek silah (sopa, tahta, kırık teneke, bıçak vb.) kullanır.	0	1	2	3
30. İnsanlara fiziksel olarak acımasız davranır.	0	1	2	3
31. Hayvanlara fiziksel olarak acımasız davranır.	0	1	2	3
32. Başkalarının gözü önünde hırsızlık (saldırarak soygun, çanta kapıp kaçma, tehditle soyma, silahlı soygun) yapar.	0	1	2	3
33. Başka birini cinsel etkinlikte bulunmak için zorlar.	0	1	2	3
B. Mala zarar verme				
34. Ciddi hasar vermek amacıyla yangın çıkarır.	0	1	2	3
35. Başkalarının malına mülküne isteyerek zarar verir (yangın çıkarmadığında).	0	1	2	3
C. Dolandırıcılık ya da hırsızlık				
36. Başkalarının evine, binasına ya da aracına zorla girer.	0	1	2	3
37. Bir şey elde etmek, bir çıkar sağlamak ya da sorumluluklarından kaçmak için yalan söyler (başkalarını atlatır).	0	1	2	3
38. Hiç kimse görmeden derhâlde çalar (mal azalardan mal çalma, sahtekarlık).	0	1	2	3
D. Kuralları ciddi biçimde bozma				
39. 13 yaş öncesinden başlayarak ailenin yasaklarına karşı inatçıdır.	0	1	2	3
40. Anne babasının ya da onların yerini tutan kişilerle evinde yaarken en az iki kez geceyi evden kaçırmıştır (ya da uzun süreli dönmemiştir).	0	1	2	3
41. 13 yaş öncesinden başlayarak okuldan kaçır.	0	1	2	3

10.9. Connors Ana Baba Derecelendirme Ölçe i-Kısa Formu*

*Özgün formun sahibi yayınevi tarafından ölçe in basımına izin verilmedi inden ölçek basılamamı tır.

10.10. Çocuklar için Ya am Kalitesi Ölçe i-Ebeveyn Formu

ÇOCUKLAR Ç N YA AM KAL TES ÖLÇE

Çocu unuzun ;
Adı - Soyadı :
Tarih :

Çocuk De erlendirme Formu (Anne - Baba) (8 - 12 Ya)

Bir sonraki sayfada çocu unuz için sorun olabilecek durumların listesi bulunmaktadır. Lütfen son bir aylık süre içinde herbirinin çocu unuz için ne kadar sorun olu turdu unu daire içine alarak belirtiniz.

E er çocu unuz için hiçbir zaman sorun de ilse	0
E er çocu unuz için nadiren sorun oluyorsa	1
E er çocu unuz için bazen sorun oluyorsa	2
E er çocu unuz için sıklıkla sorun oluyorsa	3
E er çocu unuz için hemen her zaman sorun oluyorsa	4

Burada yanlı ya da do ru cevaplar yoktur.
E er herhangi bir soruyu anlayamazsanız lütfen yardım isteyiniz.

Son bir ay içinde a a idakiler çocu unuz için ne kadar sorun yarattı ?

Fiziksel i levsellik ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen Her Zaman
1. Bir bloktan fazla yürümek	0	1	2	3	4
2. Ko mak	0	1	2	3	4
3. Spor ya da egzersiz yapmak	0	1	2	3	4
4. A ır bir ey kaldırmak	0	1	2	3	4
5. Kendi ba ına du ya da banyo yapmak	0	1	2	3	4
6. Evdeki günlük i leri yapmak	0	1	2	3	4
7. Acısının ya da a rısının olması	0	1	2	3	4
8. Dü ük enerji düzeyi	0	1	2	3	4

Duygusal levsellik le ilgili Sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen Her Zaman
1. Korkmu ya da ürkmü hissetmek	0	1	2	3	4
2. Hüzünlü ya da üzgün hissetmek	0	1	2	3	4
3. Öfkeli hissetmek	0	1	2	3	4
4. Uyku ile ilgili zorluklar	0	1	2	3	4
5. Kendisine ne olaca ı konusunda ndi e duymak	0	1	2	3	4

Sosyal levsellik le ilgili Sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen Her Zaman
1. Ya ıtları ile geçimi	0	1	2	3	4
2. Ya ıtlarının onunla arkada olmak istememesi	0	1	2	3	4
3. Ya ıtları tarafından alay edilmesi	0	1	2	3	4
4. Ya ıtlarının yapabildi i eylemleri yapamaması	0	1	2	3	4
5. Ya ıtları ile oyun oynarken geri kalması	0	1	2	3	4

Okul le ilgili Sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen Her Zaman
1. Sınıfta dikkatini toplayamaması	0	1	2	3	4
2. Bazı eylemleri unutması	0	1	2	3	4
3. Derslerinden geri kalması	0	1	2	3	4
4. Kendini iyi hissetmedi i için okula gidememesi	0	1	2	3	4
5. Doktora ya da hastaneye gitti i için okula gidememesi	0	1	2	3	4