

**ERİŞKİN DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE ÖLÇEĞİNİN
(ADULT ADD/ADHD DSM IV- BASED DIAGNOSTIC SCREENING
AND RATING SCALE) DİLSEL EŞDEĞERLİLİK, GEÇERLİK
GÜVENİRLİK VE NORM ÇALIŞMASI***

Uzm.Psk.Dn. Şennur GÜNAY

Yrd.Doç. Dr. Canan SAVRAN

Dr. Umut Mert AKSOY

ÖZET

Amaç: Bu araştırmanın genel amacı, Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeğinin (Adult ADD/ADHD DSM IV- Based Diagnostic Screening and Rating Scale) Türkiye koşullarına uygun dilsel eşdeğerlilik, geçerlik, güvenilirlik ve norm çalışmasını gerçekleştirmektir.

Yöntem: Bu çalışmada, Erişkin DEHB ölçeği, Sifat Listesi, SCL 90-R ,Durumluluk ve Sürekli Kaygı Envanteri ölçekleri kullanılmıştır.Çalışma grupları, 30 kişilik DEHB, 30 Bipolar Bozukluk tanısı almış, 30 Alkol –Madde kötüye kullanımı olan, 47 öğrenci ve 163 kişilik normal populasyondan oluşmaktadır. (n=300).

Ölçeğin dilsel eşdeğerliliği, iç tutarlılık katsayısı, madde toplam korelasyon katsayısı, test tekrar test güvenirliliği, madde güvenirliliği, yapı ve kriter geçerlilikleri hesaplanmıştır.

Bulgular: Dilsel eşdeğerlilik için Erişkin DEB/DEHB ölçeğinin nın hem genel toplam, hem de alt boyutlar toplamları için yapılan ilişkili grup t testinde istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Güvenirlilik çalışmasında, iki uygulama arasındaki devamlılık katsayısı ,953 olarak bulunmuştur. Erişkin ADHD ölçeğinin genel toplam güvenirliliğini test etmek üzere hesaplanan iç tutarlık katsayılarından en yüksek güvenirliliği Cronbach Alfa (,9566) en düşük güvenirliliği ise Spearman Brown (,9072) ve Guttman (,9072) teknikleri vermiştir. Kaiser Meyer-Olkin değerinin (,875) ,50'nin üstünde olması nedeni ile örneklem büyüklüğünün faktör analizi

* 2004 yılında düzenlenen 40. Ulusal Psikiyatri Kongresinde, Türk Psikiyatri Derneği Poster bildirisi dalında ikincilik ödülü almıştır.

yapmaya uygun olduğu anlaşılmıştır. Barlett test sonucunun da anlamlı olması nedeni ile ölçülen özelliğin evren parametresinde çok boyutlu bir değişkenden geldiği kabul edilmiştir. Varimax rotated yöntemi ile yapılan faktör analizi sonucunda üç alt boyut belirlenmiştir. Birinci alt boyutun özdeğeri 9.182, İkinci alt boyuttun özdeğeri 7.356, Son alt boyutun özdeğeri 5.495 olarak bulunmuştur. Erişkin DEHB ölçeğinin norm değerleri de hesaplanmıştır.

Sonuç: Bu çalışma ADHD Rating Scale nin geçerli ve güvenilir olduğunu göstermiştir.

Anahtar Sözcükler: Hiperaktivite, geçerlilik, güvenilirlik, norm çalışması

SUMMARY

Introduction: The main objective was to investigate the norm study, transliteral equilivalence, the validity and reliability of the Turkish version of Adult ADD/ADHD DSM-IV Based Diagnostic Screening and Rating Scale developed by Prof.Dr..Atilla Turgay (1995).

Method: In this study; Adult ADHD Scale, Adjective Check List, SCL 90-R and State Trait Anxiety Inventory were used. The subjects of the study were: 30 patients diagnosed as Adult ADHD, 30 Patients diagnosed as Bipolar Disorder, 30 patients with Alcohol and Substance Abuse, 47 students and 163 healthy individuals (control) Translitoral equivalence, internal reliability coefficient, correlation coefficient of item summary, repeated test reliability, item reliability, construct and criterion validity were assessed.

Findings : Translitoral assesment of Adult ADHD Scale did not reveal any significant difference in related t test analysis both for general and subdimensional asesments.

General reliability are demonstrated with internal reliability coefficients; in which the highest reliability calculated with Cronbach Alpha (.9566) and less in Spearman Brown (.9072) and Gutmann (.9072) technics. Kaiser Meyer Olkin value over .50 indicating sampling size is large enough for factor analysis .Significant results in Barlett test showed that measured parameters are originated from a multtidimensional variable .Factor analysis processed with Varimax –rotated method revealed 3 sub-dimension of the scale and related subdimensional variables.

Results: Our study demonstrated that Adult ADHD Rating Scale Turkish version is transliterally equivalent, valid and reliable.

Key words: Hyperactivity, validity, reliability, norm studies.

GİRİŞ

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), yedi yaşından önce başlayan kendini dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik ve dürtüsellikle gösteren nöropsikiyatrik bir bozukluktur (Barkley, 1996).

DEHB de belirtiler üç ana başlık altında toplanabilir: Aşırı hareketlilik, dikkat eksikliği ve dürtüsellik. Aşırı hareketlilik; çok konuşma, dinleyebilmekte zorlanma, sürekli hareket halinde sanki bir motor tarafından sürükleniyormuş gibi olma ile belirgindir.

Dikkat Eksikliği belirtilerinde ise; üzerine aldıkları bir işi bitirmekte zorlanma, bir işi bitirmeden hemen diğerine geçme, konuşulanı dinlemiyormuş görüntüsü, dışarıdan gelen uyarılarla hemen dikkatinin dağılması gözlenmektedir.

Dürtüsellik (İmpulsivite) belirtileri gösterenlerin, sabırsızlık, sıra beklemekte güçlük ve yönergeleri dinlememe tipik özellikleridir.

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), bir çok toplumda oldukça sık görülen, erken çocukluk ve hatta intrauterin dönemde bile kendini belli edebilen bir durumdur. Hastaların yarısından fazlasında erişkinlikte de etkinliğini sürdürüp, bireysel gelişim ve sosyal ilişkiler açısından, toplum ve sağlık hizmetlerinin en önemli sorunlarından biri olmaktadır.

Yapılan çalışmalarda hastaların en az %60'ında DEHB nin önemli belirtilerinin gençlik ve erişkinlik yaşantısında da olumsuz etkilerini sürdürdüğü gösterilmiştir. Başkaldırım Bozukluğu, Davranım Bozukluğu, Öğrenim Bozuklukları, Depresyon, Distimi ve çeşitli Anksiyete Bozuklukları, Alkol ve İlaç Kötüye Kullanımı da DEHB ile birlikte görülmektedir. (Turgay, 1998).

DEHB ilk olarak 1968 de DSM-II tanı ölçütlerinde 'Çocukluğun Hiperaktif reaksiyonu' olarak yer almış olup günümüzde DSM-IV-TR ve ICD-10 tanıları arasında sadece çocukluk dönemindeki psikiyatrik bozukluklar başlığı altında ele alınmaktadır. Ancak çocukluk döneminde saptanan DEHB' nin erişkin dönemde de devam ettiği çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir (Turgay,1998, Tuğlu1996, Weiss ve Hachtman1993). Erişkinlikte DEHB tanısının konulamamasının nedenlerinden biri günümüzde uygun ölçme aracı bulma konusunda yaşanan güçlüklerdir. Erişkinlerde hastalığın yaygınlık ve seyrinin anlaşılabilmesi çocuklukta DEHB tanısı alanların erişkin yaşamında da izlenmesiyle mümkün olmaktadır. Ancak özellikle ülkemizde henüz yeterli sayıda uzun dönemli çalışma yoktur.

Klinik araştırmalarda davranış derecelendirme ölçekleri DEHB tedavisinin etkinliğini değerlendirmek için kullanılabilir. Bu derecelendirme

ölçekleri, davranıştaki değişikliklerin ve tedaviye yanıtın güvenilir ve doğru ölçümünü sağlamaktadır. IOWA Connors alt ölçekleri, SKAMP derecelendirme ölçeği ve SNAP-IV yaygın olarak kullanılan ölçekler arasındadır.

IOWA (Inattention With Overactivity ana Agression/ Aşırı Aktivite ve Saldırganlıkla Birlikte Görülen Dikkatsizlik) Connors derecelendirme ölçeği iki alt ölçekten oluşmaktadır: (1) Dikkatsizlik/Aşırı Aktivite (I/O) ve (2) Saldırganlık (A); bu alt ölçekte davranışı daha iyi yansıtmak üzere Karşıt olma/Karşıt Gelme (O/D) olarak yeniden adlandırılmıştır (Pelham ve ark, 1989).Bu alt ölçekler dört puanlı bir ölçek kullanılarak ayrı ayrı puanlanmaktadır.

SKAMP (Swanson, Kotkin, Agler, M-Flynn ve Pelham) derecelendirme ölçeği, DEHB'nin labaratuvar sınıf görünümünü değerlendirilmek üzere geliştirilmiştir. Değerlendirilen görünüm, akademik üretkenlikte azalmaya yol açan dikkat sorunlarını ve sınıf içinde aksamalara yol açan davranış sorunlarını içermektedir (Swanson, 1992).Her bir hedef davranış yedi puanlı bir ölçek üzerinde derecelendirilir ve derecelendirmeler iki semptom alt tipi için ayrı ayrı değerlendirilir.

Erişkinlerde DEHB tanısı koymada Wender-Utah ölçeği de kullanılabilir (War, Wender; Reimherr, 2000) Bu ölçek çocuklukta hiperaktivite varsa onun ortaya çıkarılmasına da yardımcı olabilir. Wender Utah Ölçeğindeki ölçütler şunlardır: Dar ölçüt: DSM IV e göre çocukluk çağı DE/HB ölçütlerini karşılamış olması gerekir.

Kapsamlı Ölçüt: Hiperaktivite ve dikkat sorunlarının yanı sıra şu özelliklerden en az birinin bulunması gerekir: Hiperaktivite, dikkat sorunları, okulda davranış sorunları, dürtüsellik, aşırı eksitabilite, öfke patlamaları.

Wender Utah ölçeği şizofreni ve kişilik bozuklukları belirtileri dışarıda bırakılarak oluşturulduğu için; bu bozukluklarla DEHB arasında ayırım yapılmasında kullanılamaz (Wender ve ark.2000). Bu ölçeğin kullanılabilirliği sorgulanmaktadır. Çünkü ölçeğin ayrımlı geçerliliğinin DEHB saptamada duyarlılığı kayıtlara geçirilmiştir ancak bunun yanı sıra olumsuz yanlış veriler de gösterilmektedir (McCann ve ark.2000).

Bir başka ölçek olan, Adult ADD/ADHD DSM IV- Based Diagnostic Screening and Rating Scale çeşitli çalışmalarda erişkinlerde DEHB ile ilgili araştırmalarda kullanılmıştır (Turgay,1998). 1995 yılında A.Turgay tarafından geliştirilmiş ve Türkçe'ye çevirisi kendisi tarafından yapılmıştır.

Bu çalışmada, Erişkinlerin Dikkat Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Belirtilerini ölçmek için geliştirilen Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeği (Adult ADD/ADHD DSM IV- Based Diagnostic Screening and Rating Scale) nin geçerlilik, güvenilirlik ve norm çalışması amaçlandı.

YÖNTEM

Örnekleme

Örneklemin %55 sı (s=163) kadın, %45 ü (s=136) erkek olup, 16 yaş ve üzeri toplam 299 kişiden oluşmuştur. Medeni duruma göre %66 sı (s=199) bekar, %34 ü (s=100) evli, eğitim durumuna göre ise %9 u (s=25) ilkokul, %11 i (s=32) ortaokul, %27 si (s=83) lise, %53 ü (s=161) yüksekokul mezunu idi.

Birinci grup İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite polikliniğine başvuran Erişkin DEHB tanısı almış hastalardan oluşmuştur(n=30).

İkinci grup Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Mizaç Bozukluğu polikliniğinden bipolar bozukluk tanısı ile takip edilen hastalardır.(n=30). Üçüncü grubumuz ise Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM bölümüne başvuran ve takipleri yapılan hastalardan oluşmuştur (n=30).

Kontrol grubu ise 46 kişilik 2003-2004 öğretim yılı Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik bölümü 2. sınıf öğrencileri ve 163 kişilik normal popülasyondan rastgele seçilerek oluşmuştur.

Veri Toplama Araçları

Araştırmada uygulanan ölçek araçları şunlardır:

1. Bireyi tanıma formu

2. Yetişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeği (Turgay, Adult ADHD Screening and Rating Scale and Structured Interview Guidelines. Integrative Therapy Institute Publication, Toronto, Ontario, 1995

Birey Tanıma Formu

Örnekleme hakkında bilgi toplamak için araştırmacı tarafından hazırlanan formula; bireyin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim düzeyi, mesleği, aylık geliri, alkol-madde kullanımının olup olmadığı, çocukluk döneminde psikiyatrik başvurusunun olup olmadığına dair sorular ve demografik özelliklerinin belirlenmesi hedeflenmiştir.

Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeği

Erişkin DEHB ölçeği 1995 yılında Kanada'da A. Turgay tarafından geliştirilmiştir. Ölçek, beşli (5'li) likert tipi derecelendirme ölçeği olup, üç alt bölüme ayrılmıştır:

1.Bölüm: Dikkat Eksikliği bölümü (DE): DSM-IV teki Dikkat Eksikliği (DE) belirtileri alınarak oluşturulmuş, toplam 9 madde vardır.

2.Bölüm: Aşırı Hareketlilik/ Dürtüsellik Bölümü (AH): Bu bölümde de yine DSM IV teki Aşırı Hareketlilik belirtileri alınmış ve toplam 9 maddeden oluşmaktadır.

3. Bölüm: DEHB ile ilgili özellikler ve sorunlar (Sorun) bölümü: Klinik deneyim ve gözlemlere göre oluşturulan bölüm toplam 30 maddeyi içermektedir.

Verilerin Analizi

İstatistik işlemlerinde S.P.S.S. for Windows (version 10.0) paket program kullanılmıştır. Araştırma bir testin dilsel eşdeğerlilik, geçerlik, güvenilirlik ve norm çalışması amaçlı olduğu için birbirinden değişik istatistik teknikler kullanılmıştır.

Erişkin DEB/DEHB testinin dilsel eşdeğerliliğinin belirlenmesi için hem İngilizceyi hem Türkçeyi çok iyi bilen üniversite mezunu 30 yetişkin seçilmiştir. Erişkin DEB/DEHB testinin orijinal İngilizce formu uygulanıp aradan bir hafta geçtikten sonra bu kez Türkçe form uygulanmıştır. Her iki uygulama sonuçları puanlanmış ve puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan ilişkili grup t testi yapılmıştır. Burada pearson r değerinin istatistiksel açıdan anlamlı, t değerinin ise istatistiksel açıdan anlamlı bir sonuç vermemesi beklenmiştir. Bulunan r değeri dilsel eşdeğerlilik katsayısı olarak kabul edilmiştir.

Testin güvenilirliğini saptamak üzere test bir hafta arayla aynı gruba iki kez uygulanmıştır. Burada pearson r değerinin istatistiksel açıdan anlamlı, t değerinin ise istatistiksel açıdan anlamlı bir sonuç vermemesi beklenmiştir. Yetişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeği 'nin güvenilirlik çalışması için envanterin geneline ilişkin iç tutarlılık katsayısı,farklı iki yöntemle incelenmiştir. İlki her bir maddenin varyansına dayalı cronbach alfa yöntemidir. İkinci yöntem ise ölçeğin birbirine eşit iki ayrı yarıya ayrılması yöntemidir. Bu yöntem gereği Spearman-Brown ve Guttman iç tutarlılık katsayıları hesaplanmıştır.

Testin toplam güvenilirlik katsayısının belirlenmesinden sonra madde güvenilirlik katsayılarının belirlenmesine geçilmiştir. Ölçeğin tüm göstergelerine ilişkin güvenilirlik çalışması, test maddelerinin güvenilirliğini sınamak üzere madde analiz işlemleri yapılmıştır. Madde toplam (item-total) ve madde kalan (item-remainder) değerleri her bir soru için ayrı ayrı elde edilmiş ve sonuçların istatistiksel olarak anlamlılıkları sınanmıştır.

Yetişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeği' nin toplam puanları temel alınarak tüm grup puan sıralamasına tabi tutulmuş ve daha sonra en yüksek puan alan % 27 lik grup ile en düşük puan alan % 27'lik grup arasında, her bir soru ortalamaları için 'ilişkisiz grup t testi' yapılmıştır.

Yapı geçerliliğinin sınanmasında faktör analizi uygulanmıştır. Faktör analizinin ilk aşamasında Kaiser-Meyer Olkin değeri ve Barlett test işlemleri yapılmıştır. Daha sonra Varimax rotated yöntemleri ile faktör analizi işlemleri yapılmıştır.

Çalışmasının son aşamasında norm çalışması yapılmıştır. Norm çalışmasında her bir faktör için Skewness ve Kurtosis değerleri hesaplanarak tanımlayıcı istatistik değerleri hesaplanıp dağılımın durumu belirlenmiştir. Norm çalışmasında ham puanlar persantil olarak puanlara dönüştürülmüştür.

Araştırma kapsamında tüm sonuçlar çift yönlü olarak sınanmış ve anlamlılık düzeyi en az .05 olarak kabul edilmiştir. Araştırmanın tüm istatistik işlemleri, SPSS 10.0 for windows paket programında gerçekleştirilmiştir.

BULGULAR

Kanada'da A. Turgay tarafından geliştirilen ve henüz orada da geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmayan ancak Türkçe çevirisi de yine geliştiren kişi tarafından yapılan Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeğinin (Adult ADD/ADHD DSM IV- Based Diagnostic Screening and Rating Scale) ülkemize ait dilsel eşdeğerlilik, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması için öncelikle dilsel eşdeğerlilik çalışması yapıldı. Bunun için, İngilizce ve Türkçe'yi çok iyi bilen 30 kişilik bir gruba her iki form da birer hafta arayla uygulandı. Önce İngilizce sonra Türkçe uygulama puanları arasında ilişkili grup t testi yapıldı. Yapılan istatistik analizler sonucunda hiçbir madde bu istenmeyen özelliklere sahip bulunmamıştır (Tablo 1).

Tablo 1. Test alt ölçekleri için test tekrar test için yapılan ilişkili grup "t" testi sonuçları

	Ort.	N	S.S.	r	p	t	sd	p
IDETOP	6,4667	30	3,84827	,805	P<,01	1,265	29	p>,05
TDETOP	5,7667	30	3,95216					
IAHTOP	6,3667	30	3,95216	,840	P<,01	1,133	29	p>,05
TAHTOP	5,8667	30	4,43134					
ISTOP	20,9333	30	12,06286	,771	P<,01	,825	29	p>,05
TSETOP	19,6333	30	13,23914					
Gentopt	11,25	3	6,65	0.8053	P<,01	1,0743	29	p>,05
Tgentop	10,4166	30	7,5833					

Testin güvenilirliğini saptamak üzere ilk önce test bir hafta arayla aynı gruba iki defa uygulanmıştır. Burada pearson r değeri istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuş, t değeri ise istatistiksel açıdan anlamlı bir sonuç vermemiştir. İki uygulama arasındaki devamlılık katsayısı 0,953 olarak bulunmuştur (p<0.01). Testin farklı zamanlardaki uygulama güvenilirliği % 95 civarındadır.

Araştırma kapsamı içinde kullanılan Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeği'nin güvenilirlik çalışması için envanterin geneline ilişkin iç tutarlılık katsayısı, madde toplam korelasyon katsayısı, madde güvenilirliği (madde remainder) korelasyon katsayısı teknikleri ile parça bütün arasındaki ilişki yoluyla tutarlılığı belirlenmiş ve her madde için ayrı ayrı hesaplanmıştır. Cronbach-Alpha, Spearman Brown ve Guttman teknikleri ile de parçalar arası ortak ilişki dikkate alınarak bütün için tek bir tutarlılık katsayısı hesaplanmıştır. Erişkin ADHD ölçeğinin genel toplam güvenilirliğini test etmek üzere hesaplanan iç tutarlılık katsayılarından en yüksek güvenilirliği Cronbach Alfa (0,9566) en düşük güvenilirliği ise Spearman Brown (0,9072) ve Guttman (0,9072) teknikleri vermiştir.(Tablo 2). Bu sonuçlar APA'nın kriterlerine göre testin çok yüksek bir güvenilirliğe sahip olduğunu göstermektedir.

Tablo 2.. Erişkin DEB/ DEHB Ölçeği Genel Toplam İçin İç Tutarlılık Katsayıları

İç Tutarlılık Katsayıları	n	r	p
Cronbach alfa	167	,9566	P<,01
Spearman-Brown	167	,9072	P<,01
Guttman	167	,9072	P<,01

Testin güvenilirlik katsayısının belirlenmesinden sonra madde güvenilirlik katsayılarının belirlenmesine geçilmiştir. Madde toplam ve madde kalan değerleri her bir soru için ayrı ayrı elde edilmiş ve sonuçların istatistiksel olarak anlamlılıkları sınıanmıştır. Madde toplam ve madde kalan ilişkisinde tüm maddelerin istatistiksel açıdan 0,01 düzeyinde anlamlı oldukları görülmüştür (p<0,01). Bu sonuçlar test maddelerinin de güvenilirliğinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Yapı geçerliliğinin sınıanmasında ilk adımda faktör analizi uygulanmıştır. Faktör analizinin ilk aşamasında Kaiser-Meyer Olkin değeri ve Barlett test işlemleri yapılmıştır (Tablo 3).

Tablo 3. Erişkin DEB/ DEHB Ölçeği İçin Yapılan Barlett Test ve Kaiser-Meyer- Olkin Sonuçları

Kaiser-Meyer-Olkin	.875
Bartlett's Test	4974.131
Sd	1128
P	.000

Daha sonra Varimax rotated yöntemleri ile faktör analizi işlemleri yapılmıştır. Kaiser Meyer-Olkin değerinin (0,875) 0,50'nin üstünde olması nedeni ile örneklem büyüklüğünün faktör analizi yapmaya uygun olduğu anlaşılmıştır. Bartlett test sonucunun da anlamlı olması nedeni ile ölçülen özelliğin evren parametresinde çok boyutlu bir değişkenden geldiği kabul edilmiştir. Varimax rotated yöntemi ile yapılan faktör analizi sonucunda üç alt boyut belirlenmiştir. Birinci alt boyutun özdeğeri 9.182' dir ve toplam varyansın %19.129'unu karşılamaktadır. İkinci alt boyuttun özdeğeri 7.356' dır ve total varyansın %15.324' ünü karşılamaktadır. Son alt boyutun özdeğeri 5.495 olarak bulunmuştur. Ve toplam varyansın %11.447' sini karşılamıştır. Üç alt boyut, ölçülen değişkenin toplam varyansının %46'sını karşılamaktadır (Tablo4).

Tablo 4. Erişkin DEB/ DEHB Ölçeği Faktör Analizi Sonuçlar

Alt Boyut	Özdeğer	Açıklanan Yüzde	Toplam Yüzde
1	9.182	19.129	19.129
2	7.356	15.324	34.453
3	5.495	11.447	45.900

Tablo 5'te Erişkin DEB/ DEHB Ölçeğinin genel toplam ve Alt Ölçeklerinin norm çalışması için yapılan tanımlayıcı istatistikler sunulmuştur. Buna göre ölçeğin genel toplamının aritmetik ortalaması 41.0403; standart hatası 1.5633; medyan'ı 36.000; standart sapması 26.9863; Sveknees değeri .733; Sveknees değeri standart hatası .141; Kurtosis değeri .-50; Kurtosis değerinin standart hatası .281; dir.

Tablo 5. Erişkin DEB/ DEHB Ölçeğinin Genel Toplamı ve Alt Ölçekleri için Tanımlayıcı İstatistik Değerleri

	DETOP	AHTOP	STOP	DEHBTOP
N	299	299	300	298
A.Ort.	7,9130	7,4314	25,7000	41,0403
Std Hata	,3393	,3602	,9768	1,5633
Medyan	7,0000	6,0000	23,0000	36,0000
S.S.	5,8670	6,2292	16,9182	26,9863
Skewns	,970	1,007	,684	,733
Skewness S:H.	,141	,141	,141	,141
Kurtosis	,494	,550	-,155	-,050
KurtosisS.H.	,281	,281	,281	,281
Q ₁	3,0000	3,0000	13,0000	20,0000
Q ₂	7,0000	6,0000	23,0000	36,0000
Q ₃ Q	11,0000	11,0000	35,7500	59,0000

DE (Dikkat Eksikliği) bölümünde 3'ten düşük puan alanlar DE (Dikkat Eksikliği) belirtileri düşük düzeyde olanlardır. 3,01 ile 10,99 arasında puan alanlar orta düzeyde DE (Dikkat Eksikliği) belirtileri olanlardır. 11'in üstünde puan alanlar ise DE (Dikkat Eksikliği) belirtileri üst düzeyde olanlar grubuna girmektedir.

AH (Aşırı Hareketlilik) bölümünde de; 3'ten düşük puan alanlar AH (Aşırı Hareketlilik) belirtileri düşük düzeyde olanlardır. 3,01 ile 10,99 arasında puan alanlar orta düzeyde AH (Aşırı Hareketlilik) belirtileri olanlardır. 11'in üstünde puan alanlar ise AH (Aşırı Hareketlilik) belirtileri üst düzeyde olanlar grubuna girmektedir.

S (Sorun) bölümünde ise 0 ile 12,99 arasında puan alanlar düşük, 13 ile 35 arasında puan alanlar orta düzeyde, 35 ile 75 arasında puan alanlar yüksek düzeyde sorun bölümünde belirtilen özellikleri taşımaktadır.

Genel toplamda ise 20 'nin altında alanlar düşük düzeyde DEHB , 20 ile 59 arasında puan alanlar orta derecede DEHB, 59'un üstünde puan alanlar ise yüksek düzeyde DEHB belirtileri göstermektedir.

TARTIŞMA

Daha önceleri sadece çocukluk döneminde görüldüğü düşünülen Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun erişkin döneminde de devam ettiği tespit edilmiştir. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu her toplumda görülen, hastaların yarısından fazlasında erişkinlik yaşamında da etkinliğini sürdüren, yaşama, kişiler arası ilişkilere, okul ve iş dünyasına yansıyan çeşitli olumsuz etkileri açısından toplumun ve sağlık hizmetlerinin önemli sorunlarından biridir.

Yetişkinlerde DEHB'nun oluşumuyla ilgili olarak epidemiyolojik çalışmalar yetersizdir. Ancak yapılan araştırmalar sonucunda çocukluk çağında başlayan DEHB nun %30-60'ın erişkinlikte de devam ettiği ortaya konmuştur (Weiss ve ark. 1985). DEHB nun çocuklarda görülme oranı %4 olarak düşünülürken bu oranın yirmili yaşlarda %0.8 olduğu, ve 40 yaşlarında da %0.05 oranına ulaştığı görülmüştür (Hill ve Schoner, 1996). Bir başka çalışmada ise yetişkinlerde DEHB' nun toplam yetişkin oranının % 2 sini oluşturduğunu bulmuştur (Wender,1988). Hiperaktif çocukların 2/3' ünde hastalığın en az bir semptomu erişkin dönemde de devam etmektedir (Weiss,2000). ABD de yapılan geniş örneklemlili (10,000 denek) bir çalışmada ise genel erişkin toplumunun % 4.4 ünde DEHB olduğu saptanmıştır (Kessler, 2004).

Son yıllarda Erişkin DEHB ile ilgili olarak yurt dışında bir çok araştırma yapılmıştır. Ancak ülkemizde DEHB ile ilgili yapılan çalışmaların çocuklar üzerine yoğunlaştığı ilişkili literatürde gözlenmektedir. Erişkin DEHB tanısının konulamaması bu durumun en önemli sebeplerinden biridir.Yapılan bu çalışma ile ülkemizde de Erişkin DEHB tanısı konulabilmesine önemli bir yarar sağlayabileceği düşünülmektedir.

DEHB olan yetişkinlerin %75 inde komorbid bir durum bulunmaktadır. Birçok bozukluğun bir arada olması tanı konulmasında güçlük yaratır (Biederman ve ark.1995). Yetişkin DEHB olan kişilerde %27-46 oranında alkol kötüye kullanımı; %12-27 oranında antisosyal kişilik bozukluğu; %50 oranında da anksiyete bozukluğu, % 40-50 oranında distimik bozukluk ya da major depresyon görülebilmektedir. DEHB' unda çeşitli komorbid bozuklukların varlığı çocuk ve yetişkin gruplarında aynı biçimde önemlidir. Ancak, komorbiditenin çeşitleri değişik yaşlarda farklı bulunmaktadır. Çocuklarda daha çok davranış bozuklukları görülürken, gençlerde anksiyete bozukluğu ve erişkinlerde hem anksiyete hem duygudurum bozuklukları önem kazanmaktadır (Turgay ve ark,2004). Alkol kötüye kullanımı olan hastalarda DEHB nun daha fazla görüldüğü belirtilmiştir (Schubiner ve ark,2000, Turgay ve ark). Biz de

çalışmamızda erişkin DEHB ile alkol madde kullanım bozukluğu olan hastalarda erişkin DEHB belirtilerinin bipolar bozukluk tanısı almış olan hasta grubuna göre daha fazla olduğunu saptadık ($p>0.01$).

Erişkin DEHB ile ilgili geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan bir ölçek bulunmamaktadır. Bu durum da hastalara tanı koyabilmeyi engellemekte, zaman zaman bu tanı atlanabilmekte ve bu konuda büyük zorluklar çekilmektedir. Tanı konulamadığı için de bir çok hasta tedavi görememektedir. Ayrıca, tedavinin etkinliğini gösterecek ölçütlerin bulunmaması da tedavinin denetlenmesini zorlaştırmaktadır. Geçerlilik ve güvenilirliği Türkiye’de yapılmış bir ölçeğin varlığı tanı ve tedaviye yardımcı olacaktır.

DEHB olan erişkinlerin %75 inde eştanı saptanmıştır. Bu durum DEHB tanısı konulmasını etkiler (Biederman ve ark.1995). Yetişkin DEHB olan kişilerde %27-46 oranında alkol kötüye kullanımı; %12-27 oranında antisosyal kişilik bozukluğu; %50 oranında da anksiyete bozukluğu görülmektedir. Komorbidite ilişkisi çocuk ve yetişkin gruplarında eşit olarak görülmektedir. Alkol kötüye kullanımı olan hastalarda DEHB nun daha fazla görüldüğü belirtilmiştir (Schubiner ve ark,2000).

Bu çalışmanın sonuçlarının geçerli ve güvenilir olması sebebiyle Erişkin DEHB ile ilgili olarak bundan sonra akademik anlamda yapılacak tüm çalışmalarda bir tanı koyma testi olarak görev yapabilecektir. Erişkin DEB/DEHB ölçeğinin geçerlilik, güvenilirlik ve norm çalışmasının sadece Türkiye ayağı yapıldı. Ölçeği geliştiren kişi olarak A. Turgay’ın katkısıyla Kanada’daki hastaların verdiği cevaplar karşılaştırılarak uluslararası norm çalışması yapılabilir.

Sonuç olarak, Turgay, Erişkin DEHB ölçeğinin erişkinlerde DEHB nun genel toplumla ve değişik klinik durumlarda ayırt edilmesinde yararlı bir test olduğu görülmüştür. Tanıya duyarlılığı, geçerliliği, güvenilirliği ve test-yeniden test tutarlılığı yüksek bulunmuş olması nedeni ile klinik uygulama alanı yüksek görülmektedir. Hasta olanları ayırt etme duyarlılığı yüksek ve hasta olmayanları hasta gibi gösterme yanlılığı çok düşük olarak saptanmıştır. Tanı, tedavi ve araştırmalarda kullanılacak bir ölçüt olduğu saptanmıştır.

NOT: Erişkin DEB/DEHB ölçeğinin kullanım izni için ölçeği geliştiren Prof. Dr. Atilla Turgay’ a (turgay@sympatico.ca), değerlendirme işlemleri için de ölçeğin geçerlilik, güvenilirlik ve norm çalışmasını yapan Psk. Şennur Gunay’ a (sennurgunay@hotmail.com) başvurulması gereklidir.

KAYNAKLAR

- American Psychiatric Association (APA). (1968). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Fourth Ed (DSM-IV). Washington DC. APA.
- Barkley, R.A. (1996). Attention deficit/hyperactivity disorder. In: Child Psychopathology. Mash EJ, Barkley RA, eds, New York, Guilford.
- Biederman, J., Wilens, T., Mick, E. Ve ark. (1995). Psychoactive substance use disorder in adults with deficit hyperactivity disorder (ADHD): effects of ADHD and psychiatric comorbidity *Am J Psychiatry* 52: 464-470
- Hill, JC., Schoner, EP. (1996). Age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry*: 153 (9): 1143-1146.
- Özdamar, K. (2002). Paket programlar ile İstatistiksel Veri Analizi. Kaan Kitabevi, Eskişehir.
- Pelham WE, Milich R, Murphy DA, et al. (1989). Normative data on the IOWA Teacher Rating scale. *J Clin Child Psychol.* 18:259-262.
- Raymond, P., Lewis, S., Matuschka, PR., Rudzinskiy, P., Saf, M., Lippmann, S. (2002). Attention Deficit Disorder in Adults. *Annals of Clinical Psychiatry*, 14(2): 105-111
- Ronald C. Kessler (2004). Prevalence of adult ADHD in the United States: Results from the national comorbidity survey replication, Presented at the American Psychiatric Association Annual Scientific Meeting, May 1,
- Schubiner, H., Tzelepis, A., Milberger, S., Lockhart, N., Kruger, M., Kelley, BJ., Schoener, EP.(2000). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder and conduct disorder and substance abusers. *J Clin Psychiatry* 61(4):244-251.
- Smalley, S., Mc Gough, J., Homme, M. Et al (2000). Familial clustering of symptoms and Disruptive Behaviors in Multiplex Families With ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.*39(9):1135-42
- Swanson JM. (1992). The SKAMP Scale School based assessments and interventions for ADD students. Irvine, CA: KC Publishing. 65-69.
- Tuğlu, C. (1996). Hiperaktivite bozukluğu olan çocukların babalarında bu tanının ve ruhsal durumun gözden geçirilmesi. *Erişkin Psikiyatri Uzmanlık tezi.*
- Turgay, A. (1998). ADHD: Solve Those Common Treatment Problems. *Purst Exchange.* Vol.6 Number 7.
- Turgay A, ve ark. (2002). ADHD subtypes change dramatically with age and gender. *Johns Hopkins University School of Medicine Advanced Studies in Medicine* Vol 2, No 25, p 930 .
- Weis G., Hechtman, L., Milroy, T., Perlman, T. (1985). Psychiatric status of hyperactives as adults: A controlled prospective 16- year follow up of 63 hyperactive children. *J Am Acad Child Psychiatry* Vol:24:211-220.

- Weiss, M. , Hechtman, L., Weiss, G.(2000). ADHD in parents. J Am Acad Child Psychiatry .39:1059-61.
- Weiss, G. and Hechtman, L. (1993). Hyperactive Children Grown Up. New York: Guilford Press.
- Wender, PH. (1998). Attention Deficit Disorder in adults. Psychiatr Clin N Am Vol:21 (14):761-774.
- West, M. (1999). Attention Deficit Hyperactive Disorders Through the Lifespan, 2nd edn. MA: Western Schools Press, South Easton.

EK-1

DSM-IV' E DAYALI

ERİŞKİN DEB/DEHB TANI VE DEĞERLENDİRME ENVANTERİ

(Turgay, Kasım 1995)

Adınız, Soyadınız:

Tarih:

Yaşınız:

Cinsiyetiniz:

Halen kullandığınız ilaçlar:

Daha önce aldığınız tanılar:

Yukarıdaki bölümü tamamladıktan sonra, aşağıdaki cümleleri dikkatle okuyun ve **şu anki durumunuzu** en iyi ifade eden rakamı işaretleyin. Dikkatli ve dürüst yanıtlarınızla teşhisinizin güvenilirliği artacak ve sorunlarınızın şiddeti ve doğası hakkında temel verileri elde edeceğiz

Anlamadığınız sorular olursa size bu soru formunu veren hekime danışabilirsiniz.

Bu soru formu aynı zamanda tedavinin sonuçları ve gidişi hakkında nesnel karşılaştırma yapma olanağı sunacaktır. İşbirliğiniz için teşekkür ederiz.

Bu formun kullanım hakları Entegratif Terapi Enstitüsü (ITI)' ne aittir. Yazarın ya da enstitünün yazılı izni olmadan kullanılamaz.

Kullanım izni için : Dr. Atilla Turgay, Clinical Director, Scarborough General Hospital ADHD Clinic, Department of Mental Health Services, 3040 Lawrence East, Scarborough, Ontario, Kanada M1P 2V5.

1. BÖLÜM

Dikkat Eksikliği Bölümü

Sorun

Sorunun şiddeti ve sıklığı

	Hemen hiç	Biraz ya da bazan	Sıklıkla	Çok sık
1. Ayrıntılara dikkat etmekte zorluk ya da okul, iş ve diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapma	0	1	2	3
2. Dikkat gerektiren görevler ya da işlerde dikkati sürdürme güçlüğü	0	1	2	3
3. Birisiyle yüzyüze konuşurken dinlemede güçlük çekme	0	1	2	3
4. Okul ödevlerini ya da iş yerinde verilen görevleri bitirmekte zorlanma, verilen yönergeleri izlemekte zorluk çekme (yönergeleri anlama güçlüğüne ya da inatlaşmaya bağlı değildir)	0	1	2	3
5. Görevleri ve etkinlikleri düzenleme/ organize etme güçlüğü	0	1	2	3
6. Uzun zihinsel çaba gerektiren işlerden kaçınma, bu işlerden hoşlanmama ya da bu işlere karşı isteksizlik	0	1	2	3
7. Görev ve etkinlikler için gereken eşyaları kaybetme (örneğin: oyuncak, okul ödevleri, kalem, kitap ya da araç gereç)	0	1	2	3
8. Dikkatin kolayca dağılması	0	1	2	3
9. Günlük etkinliklerde unutkanlık	0	1	2	3

Klinisyenin yanıtlayacağı bölüm

1.bölümde karşılanan kriter sayısı:

1. bölümden elde edilen DEHB puanı:

2. BÖLÜM

Aşırı hareketlilik /Dürtüsellik Bölümü

a) Aşırı hareketlilik

Sorun

Sorunun şiddeti ve sıklığı

	Hemen hiç	Biraz ya da bazan	Sıklıkla	Çok sık
1. El ve ayakların kıpır kıpır olması, oturduğu yerde duramama	0	1	2	3
2. Oturulması gereken durumlarda yerinden kalkma	0	1	2	3
3. Koşuşturup durma ya da huzursuzluk hissi	0	1	2	3
4. Boş zaman faaliyetlerini sessizce yapmakta güçlük	0	1	2	3
5. Sürekli hareket halinde olma ya da sanki motor takılıymış gibi hareket etme	0	1	2	3
6. Çok konuşma	0	1	2	3
b) Dürtüsellik				
7. Sorulan soru tamamlanmadan yanıt verme	0	1	2	3
8. Sıra beklemekte zorluk çekme	0	1	2	3
9. Başkalarının işine karışma ya da konuşmalarını bölme	0	1	2	3

Klinisyenin yanıtlayacağı bölüm

2.bölümde karşılanan kriter sayısı:

2. bölümden elde edilen DEHB puanı (Aşırı hareketlilik/dürtüsellik):

1. ve 2.bölümlerde karşılanan kriter sayısı:

1.ve 2.bölümlerde elde edilen toplam DEHB puanı:

3. BÖLÜM

DEB/DEHB ile ilişkili özellikler

Sorun

Sorunun şiddeti ve sıklığı

	Hemen hiç	Biraz ya da bazan	Sıklıkla	Çok sık
1. Hedeflerine ulaşamama ve başarısızlık hissi	0	1	2	3
2. Başlanan bir işi bitirememeye ya da işe başlama güçlüğü	0	1	2	3
3. Aynı anda pek çok işle/projeyle uğraşma; bu işleri takipte ve tamamlamakta güçlük	0	1	2	3
4. Zamanı ve yeri uygun olmasa da aklına geleni o anda söyleme eğilimi	0	1	2	3
5. Sık sık büyük heyecanlar peşinde koşma	0	1	2	3
6. Sıkılmaya tahammül edememe	0	1	2	3
7. Herkez tarafından izlenen yolları ve kuralları uygulamamak	0	1	2	3
8. Sabırsızlık; engellenme eşiğinin düşük olması	0	1	2	3
9. Dürtüsellik (düşünmeden hareket etme)	0	1	2	3
10. Kendini güvensiz hissetme	0	1	2	3
11. Duygu durumunda sık görülen oynamalar	0	1	2	3
12. Aniden parlama, tepki gösterme	0	1	2	3
13. Düşük benlik değeri	0	1	2	3
14. Parmaklarla tempo tutma, ayak sallama ya da ayak vurma	0	1	2	3
15. Sık sık iş değiştirme	0	1	2	3
16. Strese karşı aşırı duyarlılık, dayanamama	0	1	2	3
17. Zamanı ayarlamakta güçlük	0	1	2	3
18. Unutkanlık	0	1	2	3
19. Sözel saldırganlık	0	1	2	3
20. Fiziksel saldırganlık	0	1	2	3
21. Alkol kullanımı	0	1	2	3
22. Madde kullanımı	0	1	2	3
23. Yasal güçlük ve sorunlar	0	1	2	3
24. Çökkünlük (depresyon)	0	1	2	3
25. Kendine zarar verecek davranışlarda bulunma	0	1	2	3
26. Sebepsiz yere sinirli ve gergin olma (kaygı)	0	1	2	3
27. İşinden zevk alamama	0	1	2	3
28. Hayal kırıklığı ve cesaretsizlik hissi	0	1	2	3
29. Uzun süredir devam eden mutsuzluk hissi	0	1	2	3
30. Kapasitesiyle uyumlu bir düzeye ulaşamama	0	1	2	3

Klinisyenin yanıtlayacağı bölüm:

3. bölümde karşılanan kriter sayısı:

3. bölümden elde edilen DEHB puanı (Aşırı hareketlilik/dürtüsellik):

1. ve 2.bölümlerde karşılanan kriter sayısı+ 3. bölümdeki pozitif semptom sayısı:

1., 2.ve 3. bölümlerden elde edilen toplam DEHB puanı: