

T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

ÇOCUK VE ERGENLERDE DAVRANIŞ ENVANTERİ
AİLE FORMU' NUN
TÜRKÇE' YE UYARLANMASI

UZMANLIK TEZİ
DR. EROL ÇİFTÇİ

DANIŞMAN
DR. Ö. Ü. ÖMER BAŞAY

DENİZLİ – 2019

T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

ÇOCUK VE ERGENLERDE DAVRANIŞ ENVANTERİ
AİLE FORMU' NUN
TÜRKÇE' YE UYARLANMASI

UZMANLIK TEZİ
DR. EROL ÇİFTÇİ

DANIŞMAN
DR. Ö. Ü. ÖMER BAŞAY

DENİZLİ – 2019

Dr. Ö. Ü. Ömer BAŞAY danışmanlığında Dr. Erol ÇİFTÇİ tarafından yapılan "Çocuk ve Ergenlerde Davranış Envanteri Aile Formu' nun Türkçe' ye Uyarlanması" başlıklı tez çalışması 21/06/2019 tarihinde yapılan tez savunma sınavı sonrası yapılan değerlendirme sonucu jürimiz tarafından Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı' nda TIPTA UZMANLIK TEZİ olarak kabul edilmiştir.

BAŞKAN

Doc. Dr. Gülşen Dnlr

ÜYE

Doc. Dr. Ham Krdarı

ÜYE

Dr. Öğr. Ü. Cımer Bay

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylım.

08/11/2019

Prof. Dr. Osman ÇİFTÇİ
Pamukkale Üniversitesi
Tıp Fakültesi Dekanı

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim sürecinde eğitimime olan destek ve katkıları, yakın ilgileri, sağladıkları çalışma ortamı ve koşulları ile verimli bir asistanlık süreci geçirmemi sağlayan değerli hocalarım Doç. Dr. Gülşen ÜNLÜ' ye, Dr. Öğr. Üyesi Bürge KABUKÇU BAŞAY' a, Dr. Öğr. Üyesi Ömer BAŞAY' a ve Dr. Öğr. Üyesi Ahmet BÜBER' e;

Tez sürecindeki ilgisi, desteği, katkıları, hoşgörüsü nedeniyle tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Ömer BAŞAY' a;

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Bölümü eğitim rotasyonum sürecinde Anabilim Dalı'nın değerli hocaları Prof. Dr. Nalan KALKAN OĞUZHANOĞLU' na, Prof. Dr. Osman ÖZDEL' e, Prof. Dr. Figen ÇULHA ATEŞCİ' ye, Prof. Dr. Gülfizar VARMA' ya, Prof. Dr. Selim TÜMKAYA' ya ve Psikiyatri Anabilim Dalı'nın tüm değerli çalışanlarına;

Çocuk Nörolojisi eğitim rotasyonu boyunca çalışma şansı bulduğum ve bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım Prof. Dr. Ayşe Fahriye TOSUN' a;

Birlikte çalışmaktan keyif aldığım, gerek asistanlık sürecimde gerek tezimin hazırlık ve çalışma aşamalarında sağladıkları destek ve yardımlar için tüm Çocuk ve Ergen Psikiyatri uzman ve asistanı arkadaşlarıma;

Tezimin istatistik alanındaki yardımları için Uz. Dr. Caner ÖZDEMİR'e;

Çalışmamıza gönüllü katılan çocuk ve ergenler ile değerli ailelerine, yardım ve destekte bulunan değerli öğretmenlere;

Herşeyde olduğu gibi tez çalışması boyunca da sevgisini ve anlayışını esirgemeyen sevgili eşim Ebru' ya, asistanlık sürecinde hayatımıza katılarak süreçteki zorlukların azalmasına vesile olan canım kızım Duru' ya, başta annem olmak üzere yaşamımın her döneminde olduğu gibi tez sürecinde de yanımda olan aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
ONAY SAYFASI.....	I
TEŞEKKÜR.....	II
İÇİNDEKİLER.....	III
SİMGELER VE KISALTMALAR	V
TABLOLAR DİZİNİ.....	VII
ÖZET.....	VIII
İNGİLİZCE ÖZET.....	X
GİRİŞ.....	1
GENEL BİLGİLER.....	3
YAVAŞ BİLİŞSEL TEMPO.....	3
ANKSİYETE BOZUKLUĞU.....	7
MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUK.....	11
DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU....	15
KARŞIT OLMA – KARŞI GELME.....	22
DUYGU İÇERMEYEN KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ.....	25
ÖLÇEK UYARLAMA.....	27
GEREÇ VE YÖNTEM.....	33
ARAŞTIRMANIN TİPİ.....	33
ARAŞTIRMANIN YERİ VE TARİHİ.....	33
ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	33
Araştırmaya Dahil Etme ve Dışlama Kriterleri.....	33
VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	34
Çocuk ve Ergenlerde Davranış Envanteri (ÇEDE).....	34
ÇEDE’ NİN TÜRKÇEYE UYARLANMASI.....	36
Dil Uyarlaması.....	36
Geçerlilik.....	36
Güvenilirlik.....	37
ÇEDE’ NİN ÖN UYGULAMASI (PİLOT ARAŞTIRMA).....	37
İSTATİSTİKSEL ANALİZ.....	38
BULGULAR.....	39
ÇEDE Aile Formu Ölçeği’ nin Uyarlanmasına İlişkin Bulgular ...	41
Geçerliliğe İlişkin Bulgular.....	41
Güvenilirliğe İlişkin Bulgular.....	50
Anne ve Babaların Alt Ölçek Puanlamaları ve İlişkili Faktörlere İlişkin Bulgular.....	54
ÇEDE Aile Formu Alt Ölçek Grupları’ nın Cinsiyete Göre Karşılaştırılması.....	55
ÇEDE Aile Formu Alt Ölçek Grupları’ nın Yaş İle	

Korelasyonları.....	56
TARTIŞMA	58
ÇEDE Aile Formu Ölçeği’ nin Geçerlilik İle İlgili Bulguların Değerlendirilmesi	58
ÇEDE Aile Formu’ nun Kapsam Geçerliğinin İncelenmesi	58
ÇEDE Aile Formu’ nun Yapı Geçerliğinin İncelenmesi	58
ÇEDE Aile Formu’ nun Güvenilirlik Analizlerine Dayalı Bulguları Değerlendirilmesi	62
İç Tutarlılık Güvenirlik Katsayısı	62
Madde - Alt Boyut Toplam Puan Korelasyonları	64
Zamana Karşı Değişmezlik (Test-Tekrar Test Güvenirliği)	64
ÇEDE Aile Formu’ nun Cinsiyet İle İlgili Bulgularının Değerlendirilmesi	64
SONUÇ	
ÖNERİLER	66
ARAŞTIRMANIN GÜÇLÜ VE KISITLI YÖNLERİ	66
KAYNAKLAR	67
EKLER	

SİMGELER VE KISALTMALAR

AAB	Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu
AFA	Açımlayıcı Faktör analizi
α	Cronbach Alfa Katsayısı
BDT	Bilişsel Davranışçı terapi
5 – HTTLPR	Serotonin Transporter Linked Promoter Region
CFI	Comparative Fit Index
CAA	Çeyrekler Arası Aralık
ÇEDE	Çocuk ce Ergenlerde Davranış Envanteri
ÇEYDE	Çocuk ve Ergen Yıkıcı Davranış Envanteri
DAT1	Dopamin Taşıyıcısı-1
DB	Davranım Bozukluğu
DEHB	Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
DEHB / DE	Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu’ nun Dikkat Eksikliği Boyutu
DEHB / HA	Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu’ nun Hiperaktivite Boyutu
DİKÖ	Duygu İçermeyen Kişilik Özellikleri
DFA	Doğrulayıcı Faktör Analizi
DSM-III	Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders 3rd ed.
DSM-III - R	Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders 3rd ed. Revision
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders 4th ed.
DSM – IV – TR	Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders 4th ed. Text Revision
DSM - V	Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders 5th ed.
DR	Dopamin Reseptör
DRD2	Dopamin Reseptör D2
DRD4	Dopamin Reseptör D4
DRD5	Dopamin Reseptör D4
FDA	Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi

FMRI	Fonksiyonel Manyetik Rezonans Görüntüleme
GFI	Goodness of Fit Index
+H	Hiperaktivitesi Olan
-H	Hiperaktivitesi Olmayan
ICD – 10	Uluslararası Hastalık Sınıflaması 10.Gözden Geçirme
KGİ	Kapsam Geçerlilik İndeksi
KMO	Kaiser – Meyer – Olkin Analizi
KOKGB	Karşıt Olma – Karşı Gelme Bozukluğu
Lisrel	Linear Structural Relations
MDB	Majör Depresif Bozukluk
n	Örneklem Sayısı
N	Toplam Uzman Sayısı
NG	Çok uygun değerlendirmesi yapan uzman sayısı
NNFI	Non-normed Fit Index
RMSEA	Root Mean Square Error of Approximation
SAB	Sosyal Anksiyete Bozukluğu
SNRI	Serotonin Ve Noradrenalin Geri Alım İnhibitörleri
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
SRMR	Standardized Root Mean Square Residuals
SS	Standart Sapma
SSRI	Serotonin Geri Alım İnhibitörleri
TADS	Depresyon Tanılı Ergenlerin Tedavisi
TBA	Temel Bileşenler Analizi
TLI	Tucker Lewis Index
YAB	Yaygın anksiyete Bozukluğu
YBT	Yavaş Bilişsel Tempo

TABLolar DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo - 1 Katılımcıların demografik ve sosyoekonomik özellikleri.....	43
Tablo - 2 Uzmanların ÇEDE Aile Formu ölçeği' nin maddeleri ile ilgili değerlendirmeleri.....	45
Tablo - 3 ÇEDE Aile Formu Ölçeği' nin maddelerinin kapsam geçerlilik indeksleri.....	47
Tablo - 4 ÇEDE ölçeği açımlayıcı faktör analizi sonuçları.....	50
Tablo - 5 Özgün ölçeğin alt ölçeklerinin uyum indeksleri değerleri.....	51
Tablo - 6 Türkçe Ölçeğin Uyum İndeksleri Değerleri ve Uyum İndekslerinin Sınır Değerleri.....	52
Tablo - 7 Toplum ve klinik örneklemede ÇEDE alt ölçek puanlarının karşılaştırılması.....	54
Tablo - 8 Türkçe ölçeğin düzeltilmiş madde -toplam korelasyon katsayıları ve ilgili madde çıkarıldığında iç tutarlılık katsayıları.....	54
Tablo - 9 Türkçe ve özgün ÇEDE Aile Formu ölçekleri ile alt ölçeklerinin iç tutarlılık katsayıları.....	56
Tablo - 10 ÇEDE Aile Formu ölçeği ve alt ölçekleri arasındaki korelasyon değerleri	57
Tablo - 11 Alt ölçeklerin test – tekrar test korelasyon değerleri.....	58
Tablo - 12 Anne ve babaların alt ölçek puanları.....	58
Tablo - 13 Yaş ve cinsiyete göre alt ölçek puan ortanca ve çeyrekler arası aralık değerleri.....	60
Tablo - 14 Alt ölçeklerin yaş ve cinsiyet ile korelasyonları.....	61

ÖZET

Çocuk ve Ergenlerde Davranış Envanteri (ÇEDE) Aile Formu' nun

Türkçe' ye Uyarlanması

Dr. Erol ÇİFTÇİ

Çocukluk çağında psikopatolojileri ölçmek için aileden ve öğretmenlerden bilgi almak önemlidir. Yavaş bilişsel tempo dahil çocukluk çağında görülen psikopatolojileri ve akademik sosyal bozulmayı değerlendiren ÇEDE Aile Formu ölçeği' nin Türkçe psikometrik özellikleri değerlendirilmiştir.

Metodolojik ve kesitsel yöntem ile yönetilen bu çalışmaya 6 – 14 yaş aralığında olan, toplum örnekleminde 762, klinik örnekleminde 253 çocuk ve ergenin ebeveyni katılmıştır. Ölçeğin dil uyarlama ve kapsam geçerliliğinin uzmanlarca tamamlanması sonrasında yapı geçerliliği için açımlayıcı, doğrulayıcı faktör analizleri (AFA, DFA) ile ayırt edici geçerlilik kullanılmıştır. Güvenilirlik ise cronbach alfa iç tutarlılık katsayıları ile sınanmış, 100 katılımcı üzerinde ÇEDE Aile Formu ölçeğinin test-tekrar test güvenilirliği denenmiştir.

AFA sonucunda faktörlerin 10 alt ölçekte toplandığı ve yük değerlerinin 0,43 ile 0,83 arasında değiştiği belirlenmiştir. On faktörde toplanan yapının açıkladığı toplam varyans miktarı %65,7 olup, özgün ölçekten farklı olarak oluşan 10. faktöre yüklenen maddelerin YBT' nin motor yavaşlık ve uykuluk alt boyutları ile ilişkili olduğu gözlenmiştir. Takiben yapılan DFA sonucunda faktör yük değerlerinin tamamının istatistiksel olarak anlamlı olduğu, ölçeğin uyum indeksi değerlerinin orta, iyi ve mükemmel düzeyde olduğu saptanmıştır. Klinik ve toplum örneklemlerinin alt ölçek puanları karşılaştırılmış, ÇEDE Aile Formu' nun ayırt edici özelliğinin olduğu bulunmuştur. Cronbach alfa iç tutarlılık katsayıları alt ölçek değerleri 0,77 ile 0,93 arasında bulunmuştur. Test - tekrar test değerlendirmesinde ortancalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ve ölçümler arasında tutarlılık olduğu, ölçek maddelerinin bireyleri ayırt etme seviyelerinin iyi veya çok iyi olduğu bulunmuştur.

Çalışmamızda ÇEDE Aile Formu Ölçeğinin geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu, toplum ve klinik örneklemlerinde 6 – 14 yaş aralığındaki Türk çocuk ve ergenlerin annelerine ve babalarına uygulanabileceği kanıtlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Yavaş Bilişsel Tempo, Geçerlilik, Güvenilirlik, Ölçek, Davranış



ABSTRACT

Adaptation of The Child and Adolescent Behavior Inventory (CABI)

Family Questionnaire into Turkish

Dr. Erol ÇİFTÇİ

In order to measure psychopathologies during childhood, it is significant to gather information from families and teachers. Sluggish Cognitive Tempo (SCT) included, CABI Family Questionnaire's, which evaluates psychopathologies seen during childhood and academic social deterioration, psychometric features in Turkish are evaluated.

Conducted with methodological and cross-sectional method, parents of children and adolescents, which are 253 clinical and 762 social samples, who aged between 6-14, participated to this study. This scale's language adaptation and scope of validity, which are concluded by the experts later on, by exploratory, confirmatory factor analyses (EFA, CFA) for construct validity, distinctive validity is used. Reliability is also crosschecked via Cronbach Alpha Internal Consistency Coefficients and CABI scale's test-retest reliability method is tried over 100 participants.

In EFA result, it has been determined that factors are gathered 10 subscales and factor loading changed between 0,43 and 0,83. Total variants number, that structure gathered in ten factors explains, is %65,7. Uploaded items to 10. Factor, which occurs different than original scale, is observed to have relation with SCT' s motor slowness and sleep sub-dimensions. Following, in result of CFA factor, loading values are statistically meaningful, fit indices of the scale's values are determined at the level of medium, good and perfect. Clinic and social samples' subscale scores are compared; CABI family Questionnaire's distinctive feature is acquired. Cronbach Alpha Internal Consistency Coefficients subscale values are found at between 0,77 and 0,93. In test-retest method, it has been reached that differences between medians are not meaningful statistically, and there is a consistency in measurements; scale items' levels for individual discernments are found as good or very good.

In our study, it is proved that CABI Family Questionnaire is a valid and reliable scale; it can be applied to Turkish mothers and fathers of children and adolescents, who aged between 6-14, in social and clinic samples.

Keywords: Sluggish Cognitive Tempo, Validity, Reliability, Scale, Behavior



GİRİŞ

Çocuk ve ergen Psikiyatrisinde klinik değerlendirmede ebeveynlerden gelen bilgiler oldukça önemlidir. Bu amaçla anketler değerlendirmelerde sıklıkla kullanılmaktadır, böylece psikiyatriste zaman kaybettirmeden hem ebeveynlerle hem de çocuklar ve ergenlerle ilgili bir dizi veri sunarlar. Dahası, çok sayıda denekten bilgi toplandığında ve yüz yüze görüşme mümkün olmadığında tarama ve epidemiyolojik çalışmalar için kullanılabilirler (1).

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu' nun dikkatsizlik (DEHB / DE), hiperaktivite / dürtüsellik (DEHB / HA) ile karşıt olma - karşı gelme bozukluğu (KOKGB) belirtilerine yönelik aile ve öğretmen değerlendirmeleri, bu bozuklukların anlaşılmasında ve araştırılmasında önemli rol oynamaktadır. Çocuk ve Ergen Yıkıcı Davranış Envanteri (ÇEYDE); ilk defa Burns, Taylor ve Rusby tarafından DEHB / DE, DEHB / HA ve KOKGB belirtilerini, ayrıca akademik yeterliliği belirlemek amacıyla 2001 yılında geliştirilmiştir (2).

ÇEYDE ölçeğinin farklı kültürlerdeki geçerlilik çalışmaları; DEHB / DE, DEHB / HA, KOKGB ve akademik işlevsellik alanlarını içerecek şekilde Brezilya örnekleminde (3), sosyal işlevsellik alanının eklenmesi ile de Tayland (4) ve Pakistan (5) örneklemelerinde yapılmıştır. İspanya' da ÇEYDE ölçeğinin yavaş bilişsel tempo ve DEHB / DE alt ölçeklerinin geçerlilik çalışmaları yapılmış(6) (7), yine İspanya' da yavaş bilişsel tempo, DEHB / DE ve depresyon semptomları arasındaki farklar ÇEYDE ölçeği kullanılarak değerlendirilmiştir (8). Güney Kore ve Şili toplum örneklemelerinde yapılan çalışmalarda ÇEYDE ölçeğinin YBT, DEHB / DE, DEHB / HA, KOKGB, depresyon, kaygı bozukluğu, sosyal ve akademik bozulma boyutlarının geçerliliği değerlendirilmiştir (9)(10).

ÇEYDE, 2018' in başlarında, YBT ve içe yönelim semptomları çoğu zaman yıkıcı davranışlarla ilişkili olmadığından, ölçeğin ismindeki yıkıcı kısmı çıkarılarak ÇEDE (Çocuk ve Ergen Davranış Envanteri) olarak yeniden adlandırılmıştır (11).

Ülkemizde toplum örnekleminde Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğinin yapılmış bir YBT belirti setinin olmaması, bu alanda yapılacak çalışmalar için önemli bir sınırlayıcı faktördür. YBT konusundaki çalışmaların ülkemizde ilerlemesi için toplum ve klinik örnekleme standart bir belirti seti tanımlamaya ihtiyaç olduğu açıktır. Ayrıca ÇEDE ölçeğinin aileyi çocuğun davranışının sıklığını belirleyecek şekilde

yönlendirmesi (neredeyse hiçbir zaman, haftada 1 kez, haftada birkaç kez, günde bir kez, günde birkaç kez, gün içinde birçok kez) diğer yaygın kullanılan ölçeklere göre klinik olarak daha kullanışlı bilgiler alınmasını sağlamaktadır. Bunun yanında, sadece çocuğun gözlenildiği alana vurgu yapması, örneğin aile formunda sadece evde ve toplum içindeki (okuldaki davranışları değerlendirilmeden) direkt gözlenen belirtilere odaklanması ölçülen içeriğin geçerliliğinin artışına yardımcı olmaktadır (12)(13). Her bir bozukluk için belirtilerin şu anda okul başarısı ve sosyal ilişkileri etkileyip etkilenmediğinin sorulması, işlevsellikteki bozulma hakkında bilgi alınmasına katkı sağlar.

Bu çalışmada yukarıdaki gerekçelerden yola çıkarak çocuk ve ergenlerdeki psikopatolojinin farklı boyutları ile birlikte sosyal ve akademik bozulmayı ölçen ÇEDE Ölçeği Aile Formu' nun Türkçe' ye uyarlanması amaçlanmaktadır.

GENEL BİLGİLER

YAVAŞ BİLİŞSEL TEMPO

Yavaş Bilişsel Tempo (YBT) uykululuk / uyuşukluk, zihni bulanık görünme, mental konfüzyon, yavaşlık, fiziksel hipoaktivite / letarji ve apati gibi davranış belirtileri ile karakterizedir. YBT ve DEHB arasındaki ilişki göz önüne alındığında, YBT' nin kendisinin psikososyal işlevsellikle ve bu işlevsellikte bozulma ile ilişkisine ve YBT' nin DSM dördüncü ve beşinci sayılarında tanımlanan DEHB' den deneysel olarak farklı olup olmadığına dair süregelen ve artan bir ilgi bulunmaktadır(14).

Düşük dikkat ya da düşük uyarılmışlık yeteneği olan, sıklıkla dalıp giden, dikkatsiz ya da ağır görünen kişilerle ilgili ilk bilgiler Crichton' un 1798 de yayımlanan kitabında yer almaktadır. Crichton burada iki farklı dikkat bozukluğu boyutu tariflemiştir. Tanımladığı ilk bozukluk DEHB' de gözlenen ile paralel olarak sık sık dikkatte kayma, dikkati devam ettirmekte zorluk, konsantrasyon güçlüğü ile ilgili iken ikinci bozuluk YBT' de beklenen dikkat sorunları ile daha uyumlu olan azalmış dikkat enerjisi ya da gücü ile ilgiliydi.

YBT' li çocuklara odaklanmış modern çalışmalar DSM III' de dikkat eksikliği bozukluğunun hiperaktivite olan (+H) ve olmayan (-H) şeklinde ayrılması ile başlamıştır (15). Bu alt tipler ile ilgili çalışmalar (-H) dikkat eksikliği bozukluğu tanısı alan bireylerde bilgi işleme ve geri çağırma, tetikte olma, hafıza / oryantasyon konularında daha çok sorun olduğunu ortaya koymuştur. Faktör analizlerinde tutarsız tetikte olma durumu, uyuşukluk, hayale dalıp gitme gibi belirtilerle karakterize yavaş bilişsel tempo faktörü (sluggish cognitive tempo factor) biçimlenmiştir (16).

DSM-III alt tip validasyon araştırması ve YBT faktörü analiz çalışmasından etkilenen DSM-IV çalışma grubu, DEHB'nin eski tip bir non - hiperaktif alt tipi için oluşturulacak tanı kriterlerine YBT semptomlarını dahil etmeyi düşünmüştür. YBT maddelerinin üçü - unutkanlık, hayale dalma, halsizlik / uyuşukluk - DSM-IV saha denemelerinde test edilmiştir. Her üçünün de güçlü pozitif kestirim gücü göstermesine rağmen, hayale dalma ve halsizlik / uyuşukluk öğeleri zayıf negatif kestirim gücü göstermiş, bu da çalışma grubunun her iki alt tipin teşhisinde kullanılacak tek bir dikkatsizlik belirtileri listesine karar vermesine yol açmıştır. Önerilen YBT

semptomlarından sadece unutkanlık, hem hiperaktif hem de hiperaktif olmayan alt tipler için yararlı olduğu gösterildiği için DSM-IV' e dahil edilmiştir (14).

DEHB' de son yirmi yıldaki yavaşlık belirtilerine artan ilgiye rağmen DSM - V, yavaş bilişsel - duygusal tarzı temsil eden öğeleri yeniden ortaya koymamıştır. Bununla birlikte, son psikometrik bulgulara dayanarak, DSM-III' den DSM-IV' e geçiş sırasındaki YBT semptomlarının ortadan kaldırılmasının, DEHB' nin homojenliğinde suni bir artış oluşturduğu iddia edilmektedir. Sonuç olarak, DEHB alt tiplerinden birinin tanısal kriterlerini gerçekten karşılayabilecek olan bazı bireylerin YBT maddelerinin kaldırılması nedeniyle kaçırıldığı varsayılmaktadır (17).

Son yıllarda araştırmacılar YBT' nin DEHB' den ayrı bir bozukluk olduğunu iddia etmişlerdir ki araştırmalar bu iddiayı destekler niteliktedir (18). Bu araştırmalar öncelikle YBT' nin iç ve dış geçerliliğini değerlendirmeye odaklanmıştır. Yapılan bir meta-analiz çalışması iç geçerliliği desteklemiştir (19).

Yavaş bilişsel temponun dış geçerliliğine yönelik yapılan çalışmalarda, YBT' nin yaşı ilerlemesi ile artabileceği, düşük sosyoekonomik düzey ile ilişkili olduğu, çocukluk döneminde erkeklerde kızlara göre orta düzeyde daha yüksek olduğu ancak yetişkinlikte cinsiyetler arasında fark olmadığı belirtilmektedir. DEHB / DE ile DEHB / HA' ya göre daha güçlü ilişkisi olduğu, benzer şekilde içselleştirme sorunları ile dışsallaştırma sorunlarına göre daha güçlü bir ilişkisi olduğu gösterilmiştir. YBT sosyal ve akademik alanlardaki bozulmalar ile de ilişkili bulunmuştur (20).

YBT şu anda herhangi bir nozolojik sistemde bir tanı olarak yer almamaktadır ve dolayısı ile YBT için belirlenmiş bir tanı kriteri yoktur (21). Bu nedenle günümüze kadar farklı araştırmacılar tarafından YBT' yi temsil eden farklı belirtiler kullanılmıştır. Bu çalışmalarda en sık kullanılan belirtiler hayale dalma, zihni bulanık görünme, boş boş bakma, yavaşlık ve isteksizliktir. 2009 yılında bir çalışmada literatür taraması ile YBT ölçümü için kullanılabilecek 26 madde belirlenmiş, bir grup uzman tarafından yapılan ön değerlendirmede sayı 14' e indirgenmiştir. Faktör analizleri, belirti seviyesi analizleri, güvenilirlik analizleri ve ön geçerlilik analizleri kullanılarak yeterli geçerlilik ve güvenilirliğe sahip 14 maddelik toplam ölçek puanı ile 3 alt ölçek puanı (yavaş, uykulu, hayale dalma) elde edilmiştir(22). Barkley, DEHB ile YBT arasındaki demografik özellik ile yürütücü işlev farklılıklarını araştırdığı çalışmasında bu 14 maddenin faktör analizini gerçekleştirmiş, 2 maddenin daha çok DEHB' nin

dikkat bozukluğu kapsamında olduğunu, 12 maddenin ise iç tutarlılığı ve test-tekrar test güvenilirliği olduğunu göstermiştir(23).

YBT' nin DEHB' yi tanımlayan dikkatsizlik ve hiperaktivite/dürtüsellik boyutlarından farklı bir semptom kategorisini temsil ettiğini varsayan araştırmacılar bu önermeye yönelik çalışmalar gerçekleştirmiştir. Bu çalışmalarda YBT belirtilerinin sadece DEHB olan çocuklarda değil, DEHB ölçütlerini karşılamayan çocuklarda da gözlemlendiği (22)(23), DEHB' lilerin daha yüksek KOKGB puanlarına sahipken YBT' lilerin depresyon / anksiyete bozuklukları gibi içselleştirici sorunlarla daha ilişkili olduğu(24)(25), DEHB' nin dikkatsizlik semptomları ile YBT semptomlarının beyin görüntüleme çalışmasında farklılıklar gösterdiği (26), dikkat eksikliği baskın tip DEHB ile YBT' li grupların her ikisinin de gündüz uykululuğu göstermelerine rağmen YBT semptomları gösterenlerin daha kalitesiz gece uykularının olduğu (27), YBT' nin kalıtsal boyutunun DEHB alt tiplerine göre daha az anlamlı olduğu (28), doğum öncesi alkole maruz kalmış çocukların DEHB' den bağımsız olarak artmış YBT belirtileri gösterdiği (29) gösterilmiştir.

YBT' nin DEHB ile tipik ilişkisi ve DEHB' nin yüksek oranda kalıtsallık gösterdiği gözlemi ile araştırmacılar YBT' nin genetik zemini ile ilgilenmeye başlamıştır (18). Bir ikiz çalışmasında, YBT ve DEHB / DE arasındaki ilişkinin, YBT ve DEHB / HA arasındaki ilişkiden daha güçlü olduğu, hiperaktivite ve impulsivitede genetik faktörlerin daha etkili olduğu, YBT' nin DEHB / DE ile ilişkisinin kısmen genetik, kısmen de çevresel faktörlerden kaynaklandığı, buna karşın YBT' nin DEHB / HA ile ilişkisinde genetik yönün daha baskın olduğu, çevresel faktörlerin dikkat eksikliği ve hiperaktivite – impulsiviteye göre YBT' de daha etkili olurken genetik faktörlerin daha az etkin olduğu bulunmuştur (28).

Akranlara kıyasla, DEHB'li gençlerin - özellikle dikkat eksikliği baskın veya kombine alt birimlerinin - daha yavaş bilişsel işlem hızını ve yavaş motor reaksiyon gösterdiği bulunmuştur. DEHB'li gençlerin yaklaşık % 30 - 60' ı yüksek düzeyde YBT özelliği gösterebildiğinden, yavaş işlem hızı ve reaksiyon süresinin YBT' li gençlerde görülen hipomotorik durumun nedenlerinden oldukları iddia edilebilir. Bununla birlikte, YBT' de yavaş işlemenin yavaş motora yanıtı yansıtıp yansıtmadığı henüz net değildir (30). Daha önceki araştırmalar, YBT' li çocukların yavaş motor hız ve işleme

hızı gösterdiklerini ileri sürmüşlerse de, daha yakın tarihli çalışmalarda YBT ile işlem hızı arasındaki bağlantı tekrarlanamamıştır (19).

Klasik uyanıklık (classic vigilance), bölünmüş dikkat ve seçici dikkat testleri gibi nöropsikolojik testleri uygulayan çalışmalar, DEHB alt tipleri arasında dikkat açısından bir fark olmadığını ortaya koyarken, algısal yük paradigmasında (perceptual load paradigm) YBT ile erken seçim defisitleri (early selection deficits) arasında benzersiz bir ilişki bulunmuştur. DEHB' ye komorbid YBT' si olan çocuklar, erken seçim görevlerinde DEHB' si olan fakat YBT olmayan çocuklara göre daha fazla engel (interference) göstermiştir. YBT' li bireylerin sürekli dikkat defisitleri daha çok uzaysal bellek performansındaki artmış değişkenlik ile açıklanmıştır. Yönetici işlev veya önleyici kontrol gibi fonksiyonların da işlem hızından ziyade sürekli dikkat eksikliğinden dolayı beklenenden farklı olması muhtemeldir (19).

Çocuklarda ve genç erişkinlerde kişinin kendisini raporladığı ölçeklerin kullanıldığı çalışmalarda genel olarak DEHB / DE belirtileri ile arasında olduğundan daha zayıf bir ilişki olsa da, YBT ile yürütücü işlev arasında ilişki gösterilmiş, fakat bu ilişki nöropsikolojik testlerde tekrarlanamamıştır (31).

DEHB tanılı ergenlerle yapılmış bir çalışmada YBT semptomlarının, ebeveyn tarafından bildirilen organizasyon, çalışma belleği, görevi başlatabilme gibi metaboliksel eksikliklerle ilişkili olduğu bulunmuşken başka bir ergen çalışmasında DEHB' nin dikkatsizlik belirtilerinin yürütücü işlev ile ilişkisinin YBT belirtilerine göre daha güçlü olduğu bulunmuştur (32).

Literatürlerin çoğu, YBT semptomlarının içselleştirici semptomlarla yüksek derecede korele olduğunu göstermektedir. Barkley, ebeveyn değerlendirmesinde yalnızca YBT' si olan gençler ile kontrol gruplarının anksiyete oranları arasında bir fark bulamamışken, yalnızca YBT grubundaki gençlerde kontrol grubundan daha yüksek depresyon oranı olduğunu göstermiştir. Buna karşılık, Skirbekk ve arkadaşları DEHB ve anksiyetesi olan çocukların, yalnızca DEHB veya anksiyetesi olan çocuklarla karşılaştırıldığında en yüksek YBT seviyesi gösteren grup olduğunu bulmuşlardır. Becker ve arkadaşlarının metaanalizlerinde YBT' nin dışsal belirtilere göre içselleştirici belirtilerle daha fazla ilişkili olduğu sonucuna varmışlardır. Her ne kadar YBT belirtileri genel olarak semptomların içselleştirilmesiyle ilişkili gibi görünse de, YBT ile anksiyete ve depresyon semptomlarının spesifik alanları

arasındaki ilişki belirsizliğini korumaktadır, ancak bugüne kadarki kanıtlar depresif semptomlarla biraz daha güçlü bir bağlantı olduğunu göstermektedir (33).

ANKSİYETE BOZUKLUĞU

Anksiyete bozuklukları genellikle 10 yaş ve altında başlar ve çocuklar ve ergenler arasında en sık rastlanan psikiyatrik bozukluklar arasındadır (34). Çocukluk çağında ve ergenlikte anksiyete bozukluklarının yaşam boyu prevalansı % 8 ile % 27 arasında değişmektedir. Yapılan bir çalışmada, kaygı bozukluğu tanısı olan 21 yaşındaki bireylerin % 80.5' inin 18 yaşından önce kaygı bozukluğu tanısı aldığını gösterilmiştir (35).

Anksiyete bozukluklarının genetik epidemiyolojisinin meta - analizleri, anksiyete bozukluklarının ailesel kümelenme eğiliminde olduğunu göstermekle birlikte çevresel faktörlerin etkisini de desteklemektedir. Davranışsal inhibisyon ve fizyolojik aşırı uyarılmışlık kalıtsal özellikleri, anksiyete bozukluğu gelişimi için önemli risk faktörleri olduğu gösterilmiştir. Çocukluk çağındaki anksiyete bozukluklarında kalıtımın etkisi % 36 ile % 65 arasında değişmekte olup, yaş küçüldükçe oranlar artmaktadır (36).

Çocukluk çağı kaygı bozukluklarının gelişimini anlamak adına öne sürülen teorik modeller, çevresel stres faktörleri bağlamında ebeveynler ile çocuklar arasındaki karşılıklı ilişkiyi vurgulamaktadır. Ebeveynlerdeki yüksek anksiyete seviyelerinin, çocuğun adaptif başa çıkma becerilerinin gelişimine müdahale ettiği ve çocuğun anksiyete bozukluğu geliştirmesine sebep olacak ebeveyn davranışlarına neden olduğu düşünülmektedir. İşsizlik, sevilen birinin kaybı, sosyal destek yetersizliği, sosyal izolasyon, anne - baba arasındaki uyuşmazlık gibi çevresel faktörler ebeveynlerin kaygı yönetimini bozabilir, ebeveynlerin davranışını olumsuz yönde etkileyebilir (37).

Artmış endişe hali okuldaki işlevsellikte bozulma, sosyal yaşam ve aile içi sorunlar gibi olumsuz sonuçlarla ilişkilendirilmiştir. Özellikle kaygı nedeniyle gençlerin akademik performansı olumsuz etkilenebilir, ortamdan geri çekilme sebebiyle akran ilişkilerinde olumsuzluklar yaşanabilir. Sağlıklı kontrollere göre, anksiyete bozukluğu olan gençlerin daha yaşam kalitesi daha düşüktür (38).

Ayrılma anksiyetesi; çocuğun çocuğun gelişimsel dönemine göre beklenenden daha aşırı olduğunda ya da onun korunmasına dönük bir işlevi varken, tersine olarak

onun uyumunu ve günlük işlevini bozar hale geldiğinde Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğundan bahsedilir. DSM-IV ‘ de AAB “ İlk Olarak Bebeklik veya Çocuklukta Tanı Konan Bozukluklar’’ başlığı altına toplanırken, DSM-V’ de anksiyete bozuklukları başlığı altında sınıflanmıştır (39).

Ayrılık kaygısı bozukluğu % 3,2 ile% 4,1 arasında değişir. Ergenlikten öncesi daha sık olduğu için, bozukluğun prevalansı yaşla birlikte azalmaktadır. Epidemiyolojik örneklerde kızlarda daha sık görülürken klinik örneklerde cinsiyet farkı yoktur.

İkiz ve aile çalışmaları ayrılık kaygısı bozukluğunun genetik yönü olduğunu göstermiştir. Erken korkuların üstesinden, korkulan durum ya da nesneye maruz kalma ile gelinir fakat üç durum sebebiyle bu süreç başarısız olabilir. Birincisi, bazı çocuklar yetişkin bağlanma figürlerinden ayrılma içeren durumlara yeterli sıklıkta maruz kalmasına rağmen alışamayabilir ki bu zayıf habitüasyon ayrılık kaygısına yatkınlık göstergesidir. İkincisi, bazı çocuklar güvenli bir şekilde ayrılık olaylarına maruz kalamayabilir. Üçüncüsü ise ebeveynlerin çocukların kaygı uyandıran durumlardan kaçınma seçeneğini güçlendirmesi olabilir (40).

Çocuklar evden ya da bağlanma figürlerinden ayrılma durumlarında veya beklentisi olduğunda tekrarlayıcı ve aşırı sıkıntı yaşarlar. Sevdikleri kişilerden ayrı kaldıklarında onların durumları konusunda kaygılanırlar, onları kaybedecekleri korkusu yaşarlar ve onların nerede olduklarını bilmek ve onlarla bağlantı kurma ihtiyacı içindedirler. Diğer yandan temel bağlanma figürleri ile kavuşmalarına engel olacak kötü bir olayın başlarına geleceği ile ilgili düşüncelere kapılırlar. Bu kaygıları sebebi ile dışarı çıkma konusunda isteksizdirler ve bu konuda reddedici davranırlar (39).

Güncel hali ile yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) en az 6 aylık sürenin çoğu gününde bir takım olaylar ya da etkinliklerle ilgili olarak kişilerin denetim altına almakta güçlük çektiği ve günlük işlevselliğini etkileyecek düzeyde aşırı kaygısının ya da kaygılı beklentisinin olması ile birlikte huzursuzluk, kolay yorulma, odaklanma zorluğu, irritabilite, kas gerginliği ve uyku bozukluğu belirtilerinden en az üçünün bulunması olarak tanımlanmıştır (41).

YAB özgül fobiden sonra en yaygın ikinci pediatrik anksiyete bozukluğu olup, yaygınlık oranı %15’ lere kadar çıkmaktadır. YAB’ nin diğer anksiyete bozuklukları

ile birlikteliği sıktır. Bununla birlikte DEHB ile önemli oranda komorbidite gösterir. Yüksek prevelansa rağmen sıklıkla tanılamada ve etkin tedavide zorlanılmaktadır.

Aşırı korumacı ebeveynler, çocuklarının korkularını tetikleyici bir model oluşturabilir, kaçınmayı daha da kolaylaştırarak çocukların baş etme becerilerini uygulamalarını engelleyebilir. YAB' nin nörobiyolojisi üzerine yapılan araştırmalar, merkezi korku devrelerinin düzensizliğinin bozukluğu tetiklediğini ortaya koymaktadır. Strawn ve ark. hastalığın fizyolojisini ve çeşitli farmakolojik tedavilerin etkisini açıklayabilen anterior limbik ağ, amigdala, anterior cingulate korteks ve ventrolateral prefrontal korteks arasındaki anormal aktivite ve bağlantıyı tanımlamışlardır. Nörogörüntüleme çalışmaları, emosyonel sıkıntısı olan kişiler ile fonksiyonel karın ağrısı olan hastalarda limbik sistemde aktivasyon olduğunu göstermektedir. Ayrıca, limbik sistem tarafından kontrol edilen kortizol salımının, kronik anksiyetesi bulunan kişilerde, ayrıca fonksiyonel karın ağrısı olan gençlerde yüksek olduğu bulunmuştur (42).

Sosyal Anksiyete Bozukluğu (SAB) çocuklarda ve ergenlerde prevalansın % 5 ile % 10 arasında değiştiği tahmin edilen sosyal ve eğitsel işleyişi etkileyen yaygın ve dirençli bir hastalıktır (43). SAB, kişinin tanımadığı insanlar ile aynı ortamda bulunduğu veya başkaları tarafından muhtemel bir incelemeye maruz kaldığı durumlarda gelişen belirgin ve kalıcı bir korku ile karakterizedir. Bilişsel modeller ve son araştırmalar, olumsuz değerlendirme korkusunun, sosyal kaygının temel unsurlarından biri olduğunu göstermektedir. Olumsuz değerlendirme korkusunun çocukluktan ergenliğe arttığı gösterilmiştir ki sosyal fobinin yaygınlığı da bu dönemde artmaktadır. Ebeveynlerin sosyal kaygısı, çocukların sosyal kaygıları için iyi bilinen bir risk faktörüdür. Sosyal fobik çocukların annelerinde, sosyal fobi dışındaki anksiyete bozukluğu tiplerinden birine sahip çocukların annelerinden daha yüksek oranda sosyal fobi öyküsü bulunmuştur (44).

Ergenlikte ya da erişkinlikte sosyal fobi gelişimi; 21 aya kadar olan bebeklerde görülen tanıdık olmayanlara karşı görülen davranışsal ketlenme mizaçsal özellikleri ile anlamlı olarak ilgili bulunmuştur. Davranışsal ketlenme, çekilme eğilimi gösterme, sınanma ya da değişiklik durumlarında aşırı otonomik uyarılma olarak tanımlanmaktadır.

SAB olan çocuk ve gençler sağlıklı gençlere göre daha sık depresif duygudurum, anksiyete ve aşağılanma hisleri duyabilirler. Bazı olgularda okul reddi görülebilir.

Özgül fobi belirgin, inatçı, aşırı, anlamsız ve günlük yaşantıyı bozan korkulardan oluşur. Bu korkular özgül bir nesnenin varlığı ya da varlığını anımsama ile alevlenebilir. Fobik uyarana maruz kalma aniden panik atak gibi bir anksiyete cevabını uyarabilir. Çocuklarda, bu yanıt nöbetler, ağlama, donup kalma ya da sarılma şeklinde görülmektedir (45).

Çocukluk çağının en sık görülen anksiyete bozukluğunun özgül fobi olduğu ifade edilmektedir. Genel olarak toplum örnekleminde çocuk ve ergenlerin ortalama %5-10' unda görüldüğü, klinik örnekleme ise bu oranın % 15-20' lere kadar çıktığı bulunmuştur.

Yapılan epidemiyolojik çalışmalarda, çocuklarda özgül fobinin beş alt tipinden (hayvan, doğa-çevre, durumsal, kan-enjeksiyon-yara, diğer) en sık hayvan ve doğa-çevre tipinin görüldüğü ifade edilmektedir.

Yapılan toplum ve klinik temelli çalışmalarda çocuk ve ergenlik dönemi özgül fobisine %25 - 72 oranında en az bir psikiyatrik bozukluğun eşlik ettiği bulunmuştur. Unutulmaması gereken önemli bir nokta da özgül fobiye ortalama % 50 oranında diğer bir özgül fobi tipinin eşlik ettiğidir (39).

Mevcut çalışmalar, çocukluk çağı anksiyete bozuklukları için bir dizi farmakolojik ve psikoterapötik tedaviyi desteklemektedir. En güçlü kanıtlar selektif serotonin geri alım inhibitörlerinin (SSRI) ve bilişsel-davranışçı terapi (BDT) kullanımı yönündedir. SSRI' lar ve BDT ile kombinasyon tedavisinin tek başına BDT ve SSRI' lardan daha etkili olduğu bulunmuştur (46).

BDT birçok temel bileşene sahiptir: Kaygının doğası konusunda çocuk ve bakım verenlerin psikoeğitimi; gevşeme egzersiz eğitimi ve diyaframik solunum gibi somatik reaksiyonların yönetimi için teknikler; kaygı uyandıran düşünceleri tanımlamak ve bunları bilişsel yeniden yapılandırmak; beklenen zorluklarla başa çıkmak için problem çözme pratiği yapmak; korkulan durumlara veya uyarıcılara sistematik maruz kalma, korkulan uyarıcılara duyarsızlaştırmaya özel odaklanma ve nüks önleme planları (47).

Çocukluk çağı anksiyete bozukluklarının tedavisinde SSRI' ların plaseboya göre ortalama iki kat daha etkin olduğu bilinse de, herhangi bir SSRI' ın üstün olduğuna yönelik bir veri bulunmamaktadır. Fluoksetinin ve aktif metabolitinin uzun yarı ömrü

günde tek doz kullanıma izin vermekte ve çekilme belirtisi ortaya çıkmasını engellemektedir. Bu durum tedavi uyumunda yaşanan sorunlara bağlı olarak etkinlikte azalma ve yan etki ortaya çıkması riskini de en aza indirmektedir. Buna karşın sertralinin farmakolojik yapısı dolayısı ile özellikle düşük dozlarda, kan düzeyinde gün içi dalgalanmaların engellenmesi için iki ayrı dozda kullanılması önerilmektedir.

Anksiyete bozukluklarında SNRI' ların SSRI' lara bir üstünlüğü olmadığı ve venlafaksin yan etki potansiyeli dikkate alındığında bir SSRI' ya yanıt alınmadığı durumda başka bir SSRI' a geçilmesi tavsiye edilmektedir (48).

MAJOR DEPRESİF BOZUKLUK

Major Depresif Bozukluk; mutsuzluk, ilgi kaybı, günlük aktivitelerden keyif alamama, huzursuzluk, enerji azalması, konsantrasyon güçlüğü, iştah ve / veya uyku bozuklukları, olumsuz düşünme gibi bulgularla karakterize epizodik bir ruhsal bozukluktur (39).

DSM - V için işlevsellikte bozulma şartı aranırken ICD - 10 da bu şart yoktur; ICD - 10 işlevsellikte bozulmayı depresyonun şiddetine bağlı olarak sıklıkla eşlik eden bir durum olarak tanımlar (49).

Çocuk ve ergen depresyonu ile ilgili araştırmalar iki önemli özelliği ortaya koymaktadır. Bunlardan birincisi ergenlikte depresyon ortaya çıkma riski artar. Diğer ise depresyonun ilk epizodları önceden sanıldığından daha erken yaşlarda ortaya çıkmaktadır. Gençler arasında özkıyım artışı toplum için bir uyarı etkisi yapmış ve özkıyım belirtilerinin araştırılması gereksinimini doğurmuştur. Sonuçta erken başlangıçlı depresyon tanınması ve önlenmesine yönelik çalışmalar önem kazanmış ve özellikle yüksek risk altındaki gruplara (davranışsal olarak inhibe mizacı olanlar, cinsel kötüye kullanıma maruz kalanlar, uyumsuz ailede yaşayanlar, alkol ve madde kullananlar) yönelik önleme çalışmaları hız kazanmıştır (50).

Okul öncesi dönemdeki çocukların sözel becerilerinin henüz gelişmekte olması nedeniyle depresif belirtilerin başlangıcı, sıklığı, şiddeti gibi parametrelerle ilgili olarak klinisyenleri bilgilendirme konusunda yaşanan güçlükler bu yaş grubunda depresif bozuklukların sıklığı ile ilgili çalışmaların sayısını sınırlandırmaktadır.

Okul öncesi yaş grubunda depresif bozukluklar yaygınlığı ile ilgili olarak yapılan çalışmalarda bildirilen oranlar %0,91 ile % 1,12 arasında değişmektedir. Okul öncesi dönemde ortalama % 1-2 arasında bildirilmektedir. Yaşla birlikte, özellikle

pubertal geçişle birlikte depresif bozuklukların yaygınlığı artmakta olup okul çağında % 0,03 ile % 1,9 arasında ve ergenlerde % 0,7 ile % 7 arasında olduğu bildirilmiştir.

Ergenlik dönemi ile birlikte prefrontal ve limbik yapıların değişimine bağlı duygusal düzenleme, ödöl cevabı, sosyal ipuçlarını yordama gibi işlevlerdeki bozulmaların depresyon sıklığındaki artıştan sorumlu olabileceği öne sürölmüştür.

Ölkemizde depresif bozukluk yaygınlığının değeriendirildiği çalışmalardan; Demir ve ark. İstanbul’ da 4 - 8. sınıflarda okuyan 1482 çocuğun değeriendirildiği çalışmada depresif bozukluk yaygınlık oranı % 4.2, Bilaç ve ark. 6-14 yaş aralığındaki 417 olguyu dahil ettikleri çalışmada ise bu oran % 1.4 olarak bildirilmiştir (51).

Hatırı sayılır düzeyde kanıt çocukluk çağındaki major depresyonun erişkinlikteki ile benzer temel bozukluk olduğuna ve bozukluğun nörobiyolojisinin genetik yatkınlık ile çevresel stresörlerin etkileşmesi ile açıklandığına işaret etmektedir (52).

Genetik çalışmalar duygudurum bozukluklarının %50’ sinin genetik geçişli olduğunu göstermektedir (39). Bir çalışmada depresif bir ebeveyne sahip olmanın çocukta 18 yaşından önce majör depresif bozukluğunun (MDB) ortaya çıkmasını ebeveynleri sağlıklı olan çocuklara göre 2 kat, her ikisi de depresif olan ebeveynlere sahip olmanın ise yaklaşık 4 kat artırdığı bulunmuştur (45).

Tekrarlayıcı ve erken başlangıçlı depresyonda kalıtımın rolünün daha belirgin olduğu düşünülmektedir (53). Yapılan çalışmalarda çocuktaki MDB’ de ebeveynde MDB’ nin başladığı yaşın da önemli olduğu bulunmuştur. 30 yaşından sonra MDB geçiren ebeveynlerin ve sağlıklı ebeveynlerin çocuklarına göre, 20 yaşından önce MDB geçirmiş ebeveynlerin çocuklarında MDB daha fazla görölmüştür. İkiz çalışmalarında tek yumurta ikizlerinde eş hastalanma oranı %76, çift yumurta ikizlerinde %19 bulunmuştur. Eğer tek yumurta ikizleri farklı ortamlarda büyürse eş hastalanma oranının % 67’ ye indiği görölmüştür (45).

Son yıllarda yapılan çok sayıda çalışmada, depresyonun gelişiminde anormal gen ekspresyonları ya da tek nükleotid polimorfizmlerinin rollerinden bahsedilmektedir. Patofizyolojide birçok gen ve gen aileleri çalışılmış, çalışmalarda daha çok dopaminerjik ve serotonerjik sistem reseptörleri ve bunlarla ilişkili metabolik enzimler üzerinde durulmuştur. Ergenlerde 5 - HTTLPR polimorfizminin, çocuklarda

serotonin taşıyıcı genin kısa varyantına sahip olmanın depresyonla ilişkili olduğu gösterilmiştir.

Depresif bozukluğun gelişiminde birçok nörotransmitter ile ilgili işlevsel bozuklukların rolü olduğu düşünülmektedir. Günümüzde gelinen noktada bazı nörotransmitterlerin depresif bozukluk oluşumunda daha yoğun rolü olduğu ancak genel olarak nörotransmitter sistemler arasındaki denge durumunun bozulmasının giderek önem kazandığı söylenebilir (53).

Depresyondaki çocuklarda yapılan nöro-görüntüleme çalışmaları bu çocukların frontal beyaz madde hacimlerinin daha az olduğunu, frontal gri madde hacimlerinin daha fazla olduğunu gösterir. Depresyondaki çocukların depresyonda olmayan çocuklarla karşılaştırıldığında korkunç yüzlere baskılanmış amigdala yanıtı gösterdikleri ve bu çocukların sağlıklı kontrollere göre amigdala hacimlerinin daha küçük olduğu bulunmuştur (52).

Erken dönem çocuklukta, bilişsel gelişimde ve dilin etkili kullanımındaki yetersizlikler nedeniyle depresyonun klinik bulguları birçok hastalığa benzerlik göstermektedir. Umutsuzluk, çaresizlik, değersizlik düşünceleri, suisidalite gibi depresyonun çekirdek bulguları saptanmayabilir. Uykuda bozulmalar, irritabilite, yeni ortaya çıkan ajitasyon, sosyal içe kapanıklık, akran ilişkisinin bozulması ve uyku düzensizlikleri klinisyenin aklına major depresif bozukluğu getirmelidir.

Edinilmiş beceriler alanındaki gerilemeye bağlı olarak enürezis ve enkoprezis görülebilir. Anlamsız ağlamalar, büyüme - gelişme geriliği, ses tonunda azalma, yeme reddi, korkular, anneye bağılılıkta artış, çevreye ilgisizlik de depresyona işaret eden diğer önemli bulgular arasındadır. DSM – V’ de MDB’ nin tanı kriterlerinde çocuklukta belirgin çökkün duygudurum yerine irritabilite olabileceği belirtilmiştir (54).

Spitz’ in anneden ayrılan bebeklerde tarif ettiği anaklitik depresyon kavramı ağır affektif yoksunluk durumlarında aile içinde yaşayan bebeklerde de ortaya çıkabilir. Bu bebekler bitkin, durgun, donuk bakışlı ve çevreye kayıtsız bir görünüm sergilerler. Yaşına uygun ‘agu’ gibi ses oyunlarını ve el oyunlarını gerçekleştirmediği gibi, çevreyi merak ve keşif davranışlarını da göstermezler. Bunların yerine kendi kendini uyarmaya yönelik stereotipik davranış örüntüleri sergilerler. Tablonun daha da ağırlaştığı durumlarda bebeğin psikomotor gelişimi yavaşlayabilir.

Yaşın büyümesi ile gelişen zihinsel kapasite ve kendini ifade olanaklarına bağlı olarak semptomatoloji daha içselleştirilmiş bir nitelik kazanır. Başka bir deyişle yatışkindeki depresyon tablosuna benzemeye başlar. Depresif ruh durumu ‘yapamam’, ‘bilmiyorum’, ‘yorgunum’ gibi ifadelerle aktarılır. Ancak bunun yanında depresif afektlere karşı koymayı amaçlayan, saldırgan ve dürtüsel davranışlar, hırsızlık, yalan, okuldan veya evden kaçma gibi tutumlara başvurulabilir. Okul başarısızlığı ise hemen hemen her olguda vardır (55).

Ergenlik döneminde pubertenin de başlaması ile önemli fiziksel değişiklikler görülmekte, hem akranlar hem de aile içindeki bireyler arası iletişimde değişiklikler oluşmakta ve akademik süreçteki sorunlar önemli sıkıntılara yol açabilmektedir. Tüm bu değişkenliklere uyum sağlama aşamasındaki ergenlerde depresyona eğilim de artabilmektedir (39).

Psikoeğitim, bireysel psikoterapi, aile müdahaleleri, ilaç tedavisi gibi tedavi yöntemleri tek başına ya da kombine şeklinde akut tedavide kullanılabilmektedir. Çeşitli tedavi yöntemlerinin karşılaştırıldığı çok merkezli bir çalışma olan ve tek başına BDT, tek başına fluoksetin, BDT ve fluoksetin kombinasyonu ve plasebonun karşılaştırıldığı Depresyon Tanılı Ergenlerin Tedavisi (TADS) çalışmasına göre 12 haftalık tedavi sonrası remisyon oranları: Kombinasyon %37, fluoksetin : %23, plasebo : %17, BDT: %16.

TADS verilerine göre 12. haftada akut tedavi sonunda tedaviye yanıt alanların % 50’ sinde en az bir kalıntı semptomun devam ettiği ve en sık görülen kalıntı semptomlarının uyku sorunları, yorgunluk ve konsantrasyon güçlüğü olduğu bildirilmektedir.

Genel olarak seçilen ajanla tedaviye düşük doz ile başlanıp yavaş bir şekilde hedef doza kadar artırılması gerekmektedir. Seçilen antidepresana yanıtı değerlendirmek için 8 hafta boyunca tedaviye devam edilmesi, ilk 4 haftada minimal iyileşme gözleniyorsa doz artışı açısından değerlendirilmesi, ancak semptomlarda kötüleşme varsa farmakolojik ajanın değişikliği açısından değerlendirilmesi önerilmektedir (56).

FDA’ nın antidepresanların çocuk ve ergenlerde intihar davranışını artırdığına yönelik yaptığı açıklama sonrasında yapılan analizler göstermektedir ki; tüm

antidepresanlar arasında sadece venlafaksin suisidalite açısından anlamlı bulunmuştur (57).

DİKKAT EKSİKLİĞİ ve HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) mesleki ve akademik olarak olumsuzluklara sebep olan, sosyal etkileri belirgin, maddi yük oluşturan, aileler için stres kaynağı olan, sık görülen, heterojen bir klinik bozukluktur (58). Dikkat süresinde sürekli ve kalıcı kısalık, engellemeye karşı denetim sorunlarına bağlı olarak biliş ya da davranışlarda ortaya çıkan huzursuzluk ve ataklıkla karakterizedir (41). Belirtilerin başlangıcı çoğunlukla erken çocukluk döneminde olmakta ve erişkinlik döneminde de devam edebilmektedir (59).

Dikkatsizliği, aşırı hareketliliği ve dürtüsellliği olan çocuklar on sekizinci yüzyıldan itibaren tanımlanmaktadır (60). İngiliz hekim Sir Alexander Crichton, 1798 yılında yayımladığı kitapta dikkat problemi ile ilgili tanımlamalarda bulunmuştur. Sir Crichton, “belirli bir duruma ideal seviyede dikkati verme kapasitesinde azalma” şeklinde bir dikkat bozukluğu belirtmiş olsa da hiperaktivite yönünde bir tanımlamada bulunmamıştır (61). Alman doktor Heinrich Hoffman tarafından 1846 yılında yazılmış bir hikayede hiperaktivite, impulsivite ve dikkat eksikliği özellikleri gösteren bir çocukla ebeveynlerinin durumu anlatılmaktadır (62).

DEHB tıp literatüründe ilk kez 1902 yılında Sir George Frederic Still tarafından tanımlanmıştır. Still ahlaki kontrolde yetersizlik olarak tanımladığı olgularda, çocukların dürtüsel ve hareketlilik gösterdikleri, dikkatini devam ettirmekte zorluk yaşadıklarını ve bazı emosyonel semptomlarının olduğunu belirtmiştir (63).

DEHB tanısına ilişkin ilk DSM tanımlamaları 1968 yılında yayımlanan DSM-II’ de yapılmıştır ve terim olarak “ Çocukluktaki Hiperkinetik Reaksiyon ” kullanılmıştır. 1980 yılında yayımlanmış olan DSM - III’ de bozukluk yeniden isimlendirilmiş “Dikkat Eksikliği Bozukluğu” olarak değiştirilmiştir. Dikkat Eksikliği Bozukluğu (DEB) hiperaktiviteli ve hiperaktivitesiz şeklinde ikiye ayrılmış, ataklık, huzursuzluk ve dikkatsizlik temel semptomlar olarak belirtilmiştir. Bozukluğun günümüzdeki adlandırması olan “Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu” adı ilk olarak 1987’ de yayımlanmış olan DSM – III - R’ de kullanılmıştır. Burada dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellik alanlarında, 8 tanesinin olması koşulunun arandığı 14 belirtili bir liste oluşturulmuştur (64).

DSM - IV 1994 yılında yayımlanmış olup, DEHB' nin dikkatsizliğin baskın olduğu tip, hiperaktivite-impulsivitenin baskın olduğu tip ve kombine tip olarak üç alt tipi sınıflandırılmıştır. 2000 yılında yayımlanan DSM – IV - TR' de DEHB ismi ya da tanı kriterleri adına bir değişiklik yapılmamıştır (65).

Günümüzde kullandığımız DSM - V' de DEHB "*Nörogelişimsel Bozukluklar*" başlığında sınıflandırılmıştır. Burada DSM - IV' den farklı olarak dikkatsizlik, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik alanlarında 9 belirtiden 6' sı yerine 5' inin varlığı yeterli kabul edilmiştir. Belirtilerin başlangıç yaşı 7' den 12' ye yükseltilmiştir (41).

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu yaygın görülen çocukluk dönemi psikiyatrik bozukluklarından biridir (66). DEHB prevalansına yönelik yapılmış çalışmaların sonuçları; ölçüm metodları, yararlanılan tanı kriterleri, çalışmanın yapıldığı coğrafik bölge ve bias riski gibi metodolojik yaklaşımlardaki farklılıklar sebebi ile tutarsızlıklar göstermektedir (67).

Polanczyk ve arkadaşlarınca, DEHB prevalansını belirlemek adına dünya çapında yapılan derleme ve metaregresyon analizinde, dünya genelindeki DEHB prevalans oranı %5.2 olarak bulunmuştur (68). Türkiye' de gerçekleştirilen çalışmalarda DEHB prevalans oranı %5 ile 13,3 arasında bulunmuştur (69)(70)(71).

Çalışmalar, kızlara nazaran erkeklerde DEHB sıklığının daha fazla olduğunu göstermektedir (72)(73). Toplum tabanlı çalışmalarda sıklığın kızlara göre erkeklerde 3 kata kadar, klinik tabanlı çalışmalarda ise 9 kata kadar fazla olduğu belirtilmiştir (74). Polanczyk ve arkadaşları yaptıkları meta-analiz çalışmasında DEHB' de erkek / kız oranının 2.4 / 1 olduğunu bildirmişlerdir(68).

Çocukluk çağında DEHB' sinin yarısından fazlasının erişkinlikte de devam ettiği gösterilmiştir (75). Erişkinlik dönemi DEHB prevalansının ise %2,8 ile %3,6 arasında olduğu bildirilmiştir (76). DEHB tanısı almış çocukların ileriye dönük olarak değerlendirildiği bir çalışmada, erişkinlikte dürtüsellik ve hiperaktivite semptomlarında gerileme olduğu ancak dikkatsizlik semptomlarının erişkinlikte devam etme eğiliminde olduğu gösterilmiştir (77).

Bulgular Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu' nun tek bir sebebe bağlanamayacağı, birçok faktörün etkili olduğu varsayımını desteklemektedir. Etyolojide genetik, çevresel, nörobiyolojik etmenler ile prenatal ve perinatal risk faktörleri üzerinde durulmaktadır (78).

Çalışmalar, çocukları DEHB olan ebeveynlerde bozukluğun görülme olasılığının 2-8 kat fazla olduğunu, DEHB' li bireylerin kardeşlerinde de riskin arttığını göstermiştir(79). Avrupa Birliği, İskandinavya, Avusturya ve ABD ülkelerinde yapılmış toplam 20 ikiz çalışmasında, tahmini kalıtılabilirlik oranı %76 olarak bulunmuştur (80).

Nörogörüntüleme, hayvan çalışmaları ile farmakolojik çalışmalar DEHB' nin dopaminerjik sistemdeki sorunlar ile ilişkisine dikkat çekmektedir (81). Dopaminerjik sistemle ilgili daha çok dopamin taşıyıcısı-1 (DAT1), Dopamin Reseptör D4 (DRD4), Dopamin Reseptör D5 (DRD5) genleri çalışılmıştır (82).

Yakın dönemde yapılan nörogörüntüleme çalışmaları ile genetik, nörofizyolojik ve nörokimyasal çalışmalardan elde edilen veriler; kaudat nükleus, putamen, dorsal anterior singulat korteks ve lateral prefrontal korteksi içeren fronto-striatal yapılardaki sorunların DEHB patofizyolojisinde temel rol oynadığını göstermektedir (83).

Beynin yapısal farklılıklarını saptamak için yapılan volumetrik analizler, toplam beyin hacminde, prefrontal korteks, bazal gangliyon, serebellum ve parietotemporal bölgelerde belirgin olmak üzere genel hacim azalmalarını göstermiştir (84)(85).

Bu çalışmalarda DEHB'nin önemli bir özelliği olarak sağ striatumdaki hacim kaybı vurgulanmıştır (85). Bunun dışında hipokampus, amigdala, talamus ve nükleus akumbens gibi limbik bölgede hacim azalmaları bildirilmektedir (86). Bununla birlikte motor kortekste normal gelişen çocuklara göre hacim artışı olduğunu gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (87).

Motor yanıt inhibisyonu ve çalışma belleği görevleri esnasında DEHB' li çocuklarda bazal gangliyonlar ile frontal korteks ve serebellum ile parietal loblar arasında azalmış fonksiyonel bağlanabilirlik bulgulanmıştır (88). Buna karşın kompensatuvar olarak serebellum, anterior singulat korteks ve süperior frontal lob arasındaki bağlantılarda artış saptanmıştır (89).

Kortikal yapılara uzanan uyanıklık sisteminin etkin elemanlarından olan dopamin ve noradrenalinin ideal şekilde çalışması prefrontal korteksin optimal şekilde çalışmasını sağlar. Dopamin ve noradrenalinin nörotransmitter olarak fazlalığı ya da eksikliği prefrontal korteksin duygu ve düşünce regülasyonunu bozabilmektedir(90). DEHB patofizyolojisi net bir şekilde aydınlatılamamış olmakla birlikte dopaminerjik

ve noradrenerjik sistemlerdeki sorunların, bozukluğun oluşumunda önemli rolü olduğu düşünülmektedir (78).

DEHB' yle ilişkilendirilen çok sayıda doğum öncesi risk etkeni vardır. Bunlar İntrauterin gelişim geriliği, düşük doğum ağırlığı, genetik esnasındaki stres, alkol-madde kullanımı, prematürite gibi faktörlerdir (90)(91). Prenatal etkenler ile DEHB arasında ilişki değerlendirmelerde anlamlı gibi görünse de bu görüş yönünde kanıtlar yetersizdir (92). DEHB ile maternal yaş arasındaki ilişkiyi değerlendiren çalışmalar yeterli tutarlılık sergileyememektedir. Bununla birlikte maternal strese sebep olan evlilik sorunları, depresyon, olumsuz yaşam olayları gibi durumlar ile DEHB arasında ilişki bulunduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır (90).

Yenidoğan hipoksisi, anoksi gibi doğum sonraki dönemdeki çevresel etkenler DEHB semptomlarına sebep olabilir (92). Sigara ve alkole gebelik esnasında maruz kalmanın DEHB riskini artırdığı yapılan çalışmalarda gösterilmiştir(93).

Yüksek seviyede aile içi sorunların ve psikososyal sıkıntıların DEHB ile ilişkili olduğu bulunmuştur (94). DEHB ile evlilik sorunları, aile içi çatışmalar, tutarsız ebeveynlik gibi daha spesifik aile içi sebeplerin de ilişkili olduğu gösterilmiştir (95). Erken dönemde yapısal yoksunluğa maruz kalınması ve bu maruziyetin altı aydan daha uzun sürmesinin de DEHB benzeri semptomlara sebebiyet verebileceği ileri sürülmüştür (94).

DEHB dürtüsellik, aşırı hareketlilik ve dikkat sorunlarının gözlemlendiği, bu yöndeki semptomların normal gelişim düzeyine veya yaşa kıyasla beklenenden fazla ya da uygunsuz seviyede bulunduğu bir bozukluktur (96). Sosyal, davranışsal, duygusal ve bilişsel alanlardaki işlevselliği bozar (97). DEHB' si olan çocuk dürtülerini kontrol etmekte, dikkatini sürdürmekte, gelişim düzeyine uygun olarak hareketlerini kontrol etmekte zorlanabilir, sosyal alanda güçlükler görülebilir. Birçoğu farklı ortamlarda artmış motor aktivite gösterirler. Hareketliliğin normal Kabul edilebileceği oyun alanı, park gibi yerlerin dışında, örneğin sınıfta yerinde oturamama, derste gezinme, kıpır kıpır olma, izinsizce dolaşma gibi belirtiler sergileyebilirler (98).

Dikkat sorunları akademik yönden belirgin zorluklara sebep olabilir. Görev almada zorluk, bu görevlere başlamakta zorluk, verilen görevleri tamamlayamama gibi problemler yaşayabilirler. Performanslarında dalgalı seyir izleyebilir, motivasyonlarını sürdürmekte ve talimatları izlemekte sorun yaşayabilirler. Unutkandırılar, eşya

kaybederler, dağınık olabilirler ve hayale dalıp dersten kopabilirler ki öğretmenleri genellikle bu belirtilerden yakınırlar (99).

Karar verip uygulamadan önce ortamın uygun olup olmadığını değerlendiremeyebilir, talimatları beklemeden harekete geçebilirler. Bu dürtüsel kararları kendilerini riskli durumlara sokabilir, bu durumdan zarar görebilirler. Yapmaları gereken şeyleri hızlıca veya az bir eforla yapmak isteyebilir, sıra beklemedeki zorlukları sebebiyle yaşları kaç olursa olsun sıkıntı yaşayabilirler. Söylemleri kendileri için olumsuz sonuçlara neden olup olmayacağını değerlendirmeden ve genellikle başkalarının duygularını önemsemeden patavatsızca olabilir. Karşısındaki kişi sorusunu tamamlamadan cevap verebilir, sözlerini bölebilirler (96).

Dikkatsizlik, dürtüsellik ve hiperaktivite okul öncesi dönemde normal gelişimsel sürecin bir parçası olabileceğinden DEHB' nin değerlendirilmesi kolay değildir. Ancak bu belirtiler yaygın, işlevsellikte belirgin zorluk oluşturan, şiddetli bir durumda olursa patolojik olarak değerlendirilebilir (100). Hiperkativite ve dürtüsellik semptomları okul öncesi dönemde genellikle daha baskın olur, ayrıca kognitif bozuklukların ileri dönemde DEHB belirtilerini öngördüğü de belirtilmektedir(101).

Ergenlikte DEHB' si olan gençlerin akranlarına kıyasla suça karışma, madde kötüye kullanımı riski daha yüksektir (102). Bunun dışında bu dönemde de organizasyon problemleri, planlama sorunları, akademik sorumluluklarını yerine getirmekte zorlanma, dikkat sorunları ön plandadır (103).

DEHB' li çocuk ve gençlerin akranları tarafından reddedilmesi sık görülür. Sosyal ortamlarda çok tercih edilmezler ve genellikle daha az sevilirler (104). Akademik sorunlar sık görülür, okul tekrarı, düşük okul başarısı olur. Bu nedenlerle bu bireylerde okulu bırakma motivasyonu oluşabilir (105).

Birçok alanda oluşan sorunlar sebebi ile bu çocukların benlik saygısı düşüktür. Bunun yanında ebeveynleri, arkadaşları ve öğretmenleri tarafından desteklendiklerinde benlik saygısındaki oluşabilecek azalma engellenebilir (106).

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu olan bireylerin aile içi ilişkileri de etkilenir, ebeveynleri ve kardeşleri ile ilişkilerinde bozukluk olumsuzluklara sebep olur. Ev içi ve dışı kazalara bağlı yaralanma daha sık görünür. Buna bağlı olarak sağlık kuruluşlarına başvurma olasılıkları daha fazladır (107).

DEHB açısından optimal bir değerlendirme için klinik görüşmenin yanında ebeveyn ve öğretmenlerin ölçek değerlendirmeleri ile bireyin tıbbi durumunun gözden geçirilmelidir. Zihinsel, gelişimsel, nöropsikolojik, eğitsel beceri değerlendirmesi ile eğitim ortamında doğrudan gözlem bazı olgularda gerekebilir.

DEHB' li birey ile yapılan görüşmede bilişsel ve ruhsal durumu hakkında bilgi edinmek amaçlanmalı, genel bir ruhsal durum muayenesi yapılmalıdır. Çocuğun net bir şekilde belirtilerini ifade etmeleri zordur fakat enerjik durumlarını, aşırı hareketliliklerini ve ernerjililiklerini, derslerdeki dikkat sorunlarını söyleyebilirler. Gelişim düzeyine uygun yaklaşımla semptomlarının, şikayetlerinin ve sorunlarının okul ve evde ne gibi zorluklara sebep olduğu, bu zorlukların hayatını nasıl etkilediği konusunda bilgi edinilebilir.

Çocuğun ne kadar süredir belirtilerinin olduğu, nasıl ortaya çıktığı, daha önce bu sebeple tedavi için başvurusunun olup olmadığı, tedavi alıp almadığı değerlendirilmeli, tanı klavuzlarındaki belirtilerin ayrı ayrı sorularak kaç tanesinin olduğu, ne denli sorun oluştuğu, ne zamandır olduğu ve hangi durumlarda ortaya çıktığı sorgulanmalıdır. DEHB' nin yüksek düzey kalıtsallığı göz önünde bulundurularak, anne ve babanın psikiyatrik durumu ortaya konmalıdır.

DEHB belirtilerini taklit edebilen tıbbi durumlar gözden geçirilmeli, DEHB tedavisi kontraendikasyonu oluşturabilecek rahatsızlıkların olup olmadığı değerlendirilmelidir (108)(109).

Ayırıcı tanıda; Öğrenme Bozukluğu, Davranım Bozukluğu (DB), Karşıt olma Karşı Gelme Bozukluğu (KOKGB), Major Depresyon, Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Obsesif Kompulsif Bozukluk, Otizm Spektrum Bozukluğu, Psikotik Bozukluk, Bipolar Bozukluk, Tik Bozukluğu/Tourette Sendromu, , Mental Retardasyon gibi psikiyatrik bozuklukların yanı sıra, DEHB'yi taklit edebilen işitme veya görme kaybı, kafa travması, tiroid fonksiyon bozuklukları, hipoglisemi, Uyku Bozuklukları, kurşun zehirlenmesi, Frajil X Sendromu, Fetal Alkol Spektrum Bozukluğu, Nörofibrinomatosis, Fenilketonuri gibi tıbbi durumlar, duygu durum düzenleyiciler, dekonjestanlar ve beta agonistler gibi tedavilere bağlı durumlar ve son olarak bağlanma bozukluğu, çocuk istismarı ya da ihmali, yetersiz ebeveynlik gibi durumlar da DEHB ayırıcı tanısında değerlendirmeye alınmalıdır (110).

DEHB' ye eşlik eden tanılarının oranı % 46 - 68 arasında olduğu bildirilmektedir. Yaş küçüldükçe komorbid tanı oranı artmakta, yaş büyükçe azalarak bozukluklar ayrı ayrı görülmeye başlamaktadır. DEHB Karşıt olma- karşı gelme ve davranım bozukluğu arasında hem klinik hem de klinik dışı örnekleme yüksek oranda birliktelik bulunmuştur.

Biederman ve arkadaşları bu çocukların diğer tanıları da almasının şu anlamlara gelebileceğini belirtmiştir; eşlik eden bozukluk ve DEHB aynı bozukluğu farklı görünümü olabilirler, ortak bir yatkınlığı paylaşabilirler, heterojen bir DEHB sendromunun alt tiplerini temsil edebilirler, DEHB birlikte bulunan bozukluğun erken görünümü olabilir ya da DEHB çocuğun diğer bozuklukları geliştirmesi için çocuğu riske sokabilir.

Klinik uygulama açısından bakıldığında, eşlik eden bozuklukların sıklığı bu çocukların ayrıntılı değerlendirilmeleri gerektiğini göstermektedir (45).

DEHB'ye eşlik etme oranları; KOKGB için %30,2 – 46,9, anksiyete bozuklukları için %24,5 - 37,5, davranım bozukluğu için %7,3 – 19,4, tik bozuklukları için %7,3 -14,7, duygudurum bozuklukları için ise %1 - 7,4 olarak bildirilmiştir(111).

DEHB tedavisine çocuk ve ailenin bozukluk konusunda bilgilendirilmesi ile başlanması gerekir. Tedavi yaklaşımında farmakolojik tedavinin yanında ebeveyn eğitimi, davranışçı yöntemler, okul temelli girişimler gibi non-farmakolojik yaklaşımlar da önemlidir. Farmakolojik ve non-farmakolojik yaklaşımların kombine olarak uygulanmaları tavsiye edilmektedir. Komorbid tanı ve aileye yönelik değerlendirmelerin de göz önünde bulundurulması önemlidir.

Avrupa temelli kılavuzlarda 6 yaş öncesi çocuklarda farmakolojik tedavi yerine psikoeğitim, ebeveyn eğitimi, psikoterapi tavsiye edilmektedir. Daha büyük çocuklarda bilişsel davranışçı yöntemler, grup temelli psikoeğitim, öğretmenlerin davranışsal müdahalesi ve sosyal beceri eğitimi gibi yöntemlerin ilk planda olması gerektiği belirtilmiştir. Bu yöntemlerin yeterli olmadığı veya ileri seviyede belirtilerin olduğu olgularda olaylı ilaç müdahaleleri multimodal tedavi yaklaşımının bir parçası olarak önerilmektedir (112).

Amerikan Pediatri Birliği kılavuzunda farklı olarak psikoterapi ve psikoeğitimden çok fayda görülmediği, işlevselliğin ciddi bozulduğu olgularda

metilfenidat reçete edilebileceği belirtilmektedir. Yan etki profili sebebi ile düşük dozlarda başlanması gerektiği vurgulanmaktadır(113).

İlaç tedavisinde ilk olarak onay almış ilaçların kullanılması gerektiği belirtilmiştir. Psikositümölanlar, atomoksetin, alfa - 2 adenerjik ajanlar guanfazin ve klonidin, bupropion ve modafinil kullanılabilir (114).

KARŞIT OLMA - KARŞI GELME BOZUKLUĞU

Karşıt olma karşı gelme bozukluğu (KOKGB), son 6 aydır devam eden karşı gelme, kurallara uymama, düşmanca davranış sergileme gibi belirtiler ile karakterize sık görülen bir çocukluk çağı psikiyatrik bozukluğudur. En sık karşılaşılan belirtiler arasında kurallara uymayı reddetme, öfkelenme, tartışma, kasıtlı olarak başkalarını rahatsız eden davranışlarda bulunma, hatalarından ve olumsuz davranışlarından dolayı başkalarını suçlama bulunmaktadır. Belirli gelişim dönemlerinde bu gibi davranışlar normal karşılanmakla birlikte, KOKGB’ de beklenenden daha sık ve şiddetli bir biçimde ortaya çıkar ve sosyal, akademik ve mesleki alanda işlevsellikte bozulmaya yol açar (97).

KOKGB ile davranım bozukluğu yıkıcı davranım bozuklukları olarak bilinmektedir fakat KOKGB’ de davranım bozukluğunda olduğu gibi hak ihlali görülmemektedir.

KOKGB’ ye yönelik yapılan çalışmalar her geçen gün artmaktadır ve bununla paralel tanılabilirliğine ilişkin tartışmalar devam etmektedir. Bu tartışmaların en önemli sebebi bu bozukluğun DEHB’ ye komorbiditesidir. KOKGB’ li çocukların % 40 -80 ’ inde DEHB, DEHB olan çocukların ise % 40 - 70’ inde KOKGB görülebilmektedir. Klinik ve epidemiyolojik örneklerde KOKGB’ nin DEHB’ ye en sık eşlik eden bozukluk olduğu görülmektedir (109). Davranım Bozukluğu ve KOKGB’ nin çalışmalarda sıklıkla aynı grupta değerlendirilmesi, yani yalnızca KOKGB’ nin değerlendirildiği çalışma sayısının az olması bu tartışmanın nedenlerinden birisidir (115). Farklı bir sebep ise okul öncesi dönem ile ergenlik döneminde KOKGB belirtilerinin normal olarak görülebilmesidir (116).

DSM - V KOKGB Tanı Ölçütlerinde bazı değişikliklere gidilmiştir. A Tanı Ölçütü ‘Kardeşler dışında başka kişi ya da kişilere de gösterilen, karşı koyan ve kinici davranışın eşlik ettiği, sürekli olarak kızgın, irritable duygudurum’ ifadesi ile

değiştirilmiştir. 8. Maddede yer alan sıklıkla terimi ‘Son 6 ay içinde en az iki kez’ terimi ile değiştirilmiştir. ‘Davranışlar bir alanda sınırlı olabilir ya da daha ciddi vakalarda birçok alanda görülebilir’ maddesi eklenmiştir. Davranım Bozukluğu varlığında tanı konamaz maddesi kaldırılmıştır (117).

KOKGB epidemiyolojisi de çoğunlukla KOKGB olarak araştırıldığından KOKGB’ nin tek başına prevalansı da tam olarak bilinmemekte ve KOKGB prevalansı %2 - 15 gibi çok geniş bir aralıkta verilmektedir (97)(118)(119). KOKGB prevalansında ki bu önemli farklılığın küçük, temsil edici olmayan örneklemelerle ve birbiriyle tutarsız tanı sistemlerinin kullanıldığı araştırmalardan kaynaklandığını öne sürülmüştür (118).

Araştırmacılar, KOKGB için tek bir neden veya tek bir risk faktörü olmadığı konusunda hemfikirlerdir. Etyolojide daha çok çocuğun biyolojik yatkınlığı ile çevresel koruyucu – zararlı etkenlerin karmaşık etkileşimi içeren biyopsikososyal model öne çıkmaktadır (120).

Yıkıcı davranış bozuklukları arasında KOKGB en sık görülen bozukluk olmasına rağmen hakkında yapılan araştırma sayısı oldukça azdır. Bundan dolayı etiyolojik çalışmalar daha çok yıkıcı davranışların kökenini ele almaktadır (45).

Agresyon, kuralları yıkma, karşı gelme gibi birçok özellik yıkıcı davranış bozukluklarında ortak özellik olarak görülür. Özellikle öfke ve saldırganlığın doğası ve kapsamının analizi yıkıcı davranış bozukluklarını tanılamada, birbirinden ayırt etmede ve anlamada önemlidir (121).

Agresif davranışlarda kalıtsal etkilerin rolünü tanımlamak güçtür. Sebebi genetik etkiyi çevresel etkilerden ayırmak, mental kapasite ve sosyo-ekonomik düzey gibi faktörleri dışarıda bırakmanın zor olmasıdır. Buna rağmen bazı çocukların kalıtsal aktarım sebebiyle agresif dışa vuruma daha çok duyarlı olduğu görülmektedir (122).

Nörolojik kontrollerde davranış bozukluğu olan gençlerin düşük frontal lob aktivitesi gösterdiği bulgulanmıştır. Frontal lob işlevindeki sorun planlama yeteneğinde azalmaya ve davranışsal yanıtların kısıtlanmasına sebep olmaktadır. Bu bulguların davranım bozukluğu ile DEHB’ nin yüksek komorbiditesinde de açıklayıcı olabileceği düşünülmektedir (121).

İkiz çalışmaları çevresel etkenlerin davranış bozukluğunda yaklaşık %30 oranında etkili olduğunu bildirmektedir. Dolayısıyla davranış bozukluklarında diğer çocuklarda görülen bozukluklara göre genetik etmenin daha az rol oynadığı düşünülmektedir. Buna rağmen genetik etkenlerin erken dönemden itibaren hiperkativite ile birlikte bulunan davranış bozukluklarında etkili olduğu belirtilmektedir. Davranış bozukluklarının erken başlangıç göstermesine yürütücü işlev sorunları, sözel yeteneklerde kısıtlılık ve zihinsel yetersizlik gibi nörobilişsel bozuklukların yatkınlık oluşturduğu düşünülmektedir (123).

Öfke sorunları olan çocukların anne ve babalarının da öfke sorunları olduğu genel olarak kabul gören bir varsayımdır. Geçiş dönemlerindeki sorunlarla başa çıkamama ve destekleyici olamama gibi durumlarla giden aile içi iletişim problemleri KOKGB' ye neden olabilir (124).

KOKGB' nin davranım bozukluğuna dönüşmesinde düşük sosyoekonomik düzeyin risk faktörü olduğunu öne sürülmüştür (125). Buna rağmen, sosyal sınıf ile ilişkili faktörler göz önüne alınırsa (ailenin büyüklüğü, kalabalıklığı gibi) düşük sınıflar ile antisosyal davranışlar arasında çok az bir ilişkili olduğu gösterilmiştir (126).

KOKGB ile ilgili birçok risk faktörü tanımlanmış olsa da, az sayıda çalışma bu değişkenler arasındaki ilişkiyi sistematik olarak değerlendirmiştir. Tek istisna KOKGB ve DEHB semptomlarının nedeninin karşılaştırılması ile ilgili olan çalışmadır. Bu araştırmacılar annelerin tanımladığı KOKGB ve DEHB gruplarının, annenin psikolojik problemleri ve çocuğun okuldaki davranışlarıyla değişiklik gösterdiğini, oysa öğretmenin tanımladığı gruplarda; eşhastalanım durumları, anne – çocuk ilişkisi ve ebeveynlerinin alkol kullanımı gibi durumlarla değişiklik gösterdiğini saptamıştır (127).

KOKGB çoğunlukla başka psikiyatrik bozukluklar ile bir arada bulunur, çocuk ve gençlerin yaşamlarında ciddi sorunlara neden olabilir. Madde kullanım bozukluğu ve davranım bozukluğuna öncelik edebilmesi bu bozukluğu ayrıca önemli kılar (119)(128). Çeşitli epidemiyolojik ve klinik örneklemelerde KOKGB ile DEHB' nin yüksek oranda binişiklik gösterdiği gösterilmiştir (128). Bu birliktelik bir çalışmada % 40 olarak gösterilmişken (129), bir diğer çalışmada %65 olarak (130)gösterilmiştir.

KOKGB ve DB birbiriyle karşılıklı olarak çok yüksek oranda komorbidite göstermekte ayrıca KOKGB olan çocukların bir kısmının ileride DB tanısı aldıkları

bilinmekte ve KOKGB' nin DB' nin hafif formu olduğu yaygın kabul görmektedir (131)(132).

Yazında, davranım problemi ile karşı gelmeleri olan çocuklarda psikososyal girişimlerin önemli olduğu vurgulanmaktadır. Aile terapisi, bilişsel davranışçı terapi, ev ve okul tabanlı eğitimler ile çok yönlü terapiler uygulanabilmektedir (133).

KOKGB' ye müdahalede bütüncül yaklaşım diğer psikiyatrik hastalıklarda olduğu gibi değerlidir. Psikososyal müdahale ilk yaklaşım olmalıdır. Öfke kontrol güçlükleri ve emosyon disregülasyonunun eşlik ettiği karşı gelme davranışında, psikososyal müdahalelere farmakoterapinin eklenmesi ile daha iyi sonuçlar alınabilmektedir (134).

Komorbid bozukluğun olduğu durumlarda farmakoterapi ilk olarak tercih edilmelidir. DEHB komorbiditesinde stimülanlar KOKGB semptomlarının azalmasını sağlayabilmektedir. Stimülanların yanında alfa - 2 agonistler (klonidin, guanfazin) ile atomosetinden de faydalanım olduğu belirtilmiştir (135). Bu müdahaleler ile belirtiler yeterince gerilemediğinde tedaviye atipik antipsikotikler eklenebilir. Etkin doza kadar tedricen doz artırılır. Yeterli yanıt alınamadığında farklı bir antipsikotiğe geçilebilir, ya da antipsikotiğin yanında bir duygudurum düzenleyici eklenebilir. Agresyon ve irritabilitede en iyi sonuç alınan antipsikotikler risperidon ve aripiprazoldür (136).

DUYGU İÇERMİYEN KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ

Duygu içermeyen kişilik özellikleri (DİKÖ), suçluluk ve pişmanlık eksikliği, başkalarının duygularını önemsememe, duyguları sıkı veya yüzeysel şekilde ifade etme ve önemli faaliyetlerde performansla ilgili yeterince endişe duymama ile karakterizedir. Bu özellikler erişkin antisosyal davranışlar üzerine yapılan araştırmalarda “psikopati” tanımlarına çoğunlukla kullanılmıştır ve çocuklarda birçok sosyalleşme tanımının önemli negatif göstergelerinden olmuştur. DİKÖ, 2 yaşa kadar çocuklarda değerlendirilmiştir. Prevelans oranları toplum örneklemelerinde % 10 – 32 arasında, klinik örnekleminde ise % 21 – 50 arasında değişmiştir (137).

Bugüne kadar, DİKÖ' ye yönelik araştırmalar büyük ölçüde ergenlik dönemlerine ve orta - geç çocukluk dönemine odaklanmıştır. Yıkıcı davranış bozukluğu olan çocuklar ve ergenler arasında, DİKÖ' ye sahip olanlar, yüksek düzeyde proaktif veya enstrümental saldırganlık ile karakterize şiddetli ve kronik antisosyal davranış sergilerler. Ayrıca, bu özelliklere sahip çocukların ve ergenlerin

tedavi ihtiyaçlarının daha şiddetli olduğu, antisosyal davranışlara yönelik müdahalelere cevap ihtimalinin daha düşük olduğu düşünülmektedir (138).

DİKÖ gösteren ve ciddi davranış problemleri olan çocuklar ve ergenler, davranış problemleri olan diğer gençlere kıyasla farklı bilişsel özellikler göstermektedir. Bu çocuk ve ergenlerin yanlış davranışları sebebiyle cezalandırılma ihtimallerini hafife aldıkları, saldırganlığı hedeflerine ulaşmak için kabul edilebilir bir araç olarak gördükleri, sosyal çatışmalarda dominantlığı ve intikam almayı fazlaca önemsedikleri gösterilmiştir (137).

DİKÖ yüksek antisosyal ergenlerin, olumsuz duygusal kelimelere duygusal reaktivitelerinin azaldığı gösterilmiştir. Aksine DİKÖ belirtileri olmayan dürtüsel ergenlerde duygusal duyarlılığın artmış olduğu, duygusal kelimelere daha hızlı yanıt verdikleri bulgulanmıştır. Davranış problemi olan çocukların üzücü resimlere reaktivitelerinin incelendiği bir çalışmada DİKÖ olan bireylerin olmayan bireylere göre indirgenmiş reaktivite gösterdikleri ortaya konulmuştur (139).

Son araştırmalar ebeveynlik paterninin geç çocukluk ve ergenlik döneminde DİKÖ gelişimini öngördüğünü göstermektedir. Aşırı sert ebeveynliğin, çocukların kuralları içselleştirme ve vicdan geliştirme becerilerine müdahale ettiği, bununla paralel olumlu ya da duyarlı ebeveynliğin, çocukların sosyalleşme mesajlarını içselleştirmelerini ve empati gelişimini sağlayarak DİKÖ davranışlarına karşı koruma sağladığı belirtilmektedir (140). Bu yönde yapılmış bir çalışmada ebeveynlerin daha sıcak davranmaya başladığı DİKÖ belirtileri olan çocukların, ebeveynlerin sert davranışlarını azalttığı, DİKÖ belirtileri olan çocuklara göre DİKÖ semptomlarının daha fazla azalma gösterdiği bulgulanmıştır (141).

DİKÖ' nün kalıtsal yönünü araştıran çalışmalar, kalıtım derecesini % 36 - 67 arasında olduğunu göstermektedir. Serotonin ve oksitonin sistemlerinin DİKÖ' de rol oynayabileceğini gösteren kanıtlar olmakla birlikte mevcut durumda spesifik genetik mekanizmaları kapsayacak yeterlilikte kanıt yoktur (142).

Amigdala önleyici şartlanmada merkezi bir rol oynar. Bu öğrenme biçimi sayesinde, insanlar daha önce nötr bir eylem veya nesneye korku ile cevap vermeyi öğrenirler. Nitekim, psikopatik özelliklere sahip kişilerde prototipik pekiştirici öğrenme biçimleri sırasındaki amigdala tepkileri azalmaktadır. Fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme (FMRI) çalışmaları, duygusal olmayan özelliklere sahip

ergenlerin, bu özelliklere sahip olmayan ergenlere kıyasla korku ifadeli yüz görüntülerine karşı amigdala tepkilerini daha az olduğunu göster ki eksik empati amigdala fonksiyon bozukluğu ile ilişkili olduğundan bu zayıf cevaplar muhtemelen eksik empatiden kaynaklanmaktadır.

Davranım problemlerine yönelik tedaviler sorunun kaynağı hakkında yeterince bilgi olmadığından semptomlara yönelik olmaktadır ki bu tedaviler orta derecede etkilidir. Psikososyal müdahalelerin dışında bilişsel davranışçı müdahaleler ile farmakolojik tedaviler sorunları azaltmak adına kullanılmaktadır. Patofizyolojik araştırmaların artışı daha etkili tedavilerin üretilmesi için gereklidir (143).

ÖLÇEK UYARLAMA

Belirli bir dil ve kültürde oluşturulmuş bir ölçeğin farklı dil ve kültürlerde de uygulanabilmesi için yapılan sistematik hazırlık çalışmaları “ölçek uyarlaması” olarak isimlendirilmektedir (144).

Ölçek uyarlamada alınacak örneklem grubunun büyüklüğünün belirlenmesinde öneriler farklılıklar gösterebilmektedir. Comrey ve Lee 50’ yi çok zayıf, 100’ ü zayıf, 200’ ü orta, 300’ ü iyi, 500’ ü çok iyi ve 1000’ i mükemmel şeklinde tanımlamaktadır (145). Madde sayıları açısından değerlendirildiğinde Kline, örneklem büyüklüğünün madde sayısının 10 katı olmasının uygun olduğunu belirtmiş, Bryman ve Cramer ise bu sayının 5 ya da 10 katı olmasının uygun olduğunu bildirmiştir (146)(147). Guadagnoli ve Velicer faktör yüklerine göre örneklem büyüklüğü belirlemeyi önermiş, faktör yüklerinin 0,60 düzeyinde ise örneklem büyüklüğünün 150 üzeri, faktör düzeylerinin 40 düzeyinde ve faktör başına gösterge sayısı 10 olduğunda örneklem büyüklüğünün 150, gösterge sayısı göz önünde bulundurulmadığında ise 300-400 seviyelerinde olmasının uygun olduğunu ifade etmiştir (148)(149).

A. Psikolinguistik Özelliklerin İncelenmesi/Dil Uyarlaması

Ölçek uyarlama çalışmalarının özünü oluşturan faktörler; bir ölçeğin farklı bir dile çevrilmesi sebebiyle meydana gelebilecek anlatım ve kavramlaştırma farklılıklarının minimuma indirilmesi amacıyla maddelerin özenle incelenmesi ve çevrilen dilin normlarına göre standardize edilmesidir (144).

Öncelikle ölçeği geliştiren yazar ile iletişim kurulup orijinal ölçeğin kullanımı için izin alınmalı, yazarın istekleri olması halinde dikkate alınmalıdır (150).

Çevirmenlerin seçimi ölçek uyarlama çalışmalarında dikkat edilmesi gereken bir konudur. Çeviride orijinal dil ile çevrilecek dili iyi bilen, ölçek ile ilgili konuya hakim, iki kültürde de deneyim sahibi olan kişilerin seçilmesi gereklidir (151).

Geri çevirme yöntemi, orijinal dili uyarlanacak dile çevirmede kullanılan bir yöntemdir. Bu yöntem kültürel eşitliği sağlamada sıklıkla tercih edilmektedir (152). Geri çevirme yönteminde iki dili de bilen en az iki çevirmen olması, bu çevirmenlerin birbirlerine danışmaksızın, bağımsız olarak çalışması gerekmektedir. İlk olarak orijinal dildeki ölçek hedef dile çevrilir. Sonra çeviri metinleri ortaklaştırılır ve bir tek metin oluşturulur. Bu oluşturulan metin iki dili de bilen çevirmenlerce tekrar orijinal dile çevrilir. Orijinal ölçek işe yapılan geri çeviri karşılaştırılır, tutarsızlık varsa gerekli düzenlemeler yapılır (151). Anlaşılabilirliğini test etmek için çevirisi tamamlanmış olan ölçeğin ön uygulaması bir grup üzerinde gerçekleştirilmelidir (152).

B. Psikometrik Özelliklerin İncelenmesi

B.1. Geçerlilik

B.1.a. Kapsam (İçerik) Geçerliliği

Kapsam geçerliliğinde en az 5 ve en çok 40 uzman görüşü gerekir. Davis tekniği kapsam geçerliliği değerlendirme tekniklerinden biridir ve bu teknikte uzmanların görüşleri toplanarak kapsam geçerlilik indeksi oluşturulur (153). Uzmanlar bu teknikte sorunun anlaşılabilirliğini değerlendirirler ve bu değerlendirmeleri “Çok uygun”, “Oldukça uygun - madde hafifçe gözden geçirilmeli”, “biraz uygun - madde ciddi olarak gözden geçirilmeli” ve “madde uygun değil” şeklindeki dörtlü derecelendirmeye göre yaparlar. Oldukça uygun ve Çok uygun değerlendirmesi yapan uzman sayısının (N_G), toplam uzman sayısına (N) bölünmesi ile kapsam geçerlilik indeksi (KGI) elde edilir. Değerlendirmeye katılan uzman sayısının artması, kapsam geçerliliği adına daha düşük değerleri kabul edilebilir kılar (154).

B.1.b. Yapı Geçerliliği

Açımlayıcı faktör analizi (AFA) ve doğrulayıcı faktör analizi (DFA) olarak iki temel faktör analizi yöntemi vardır. Faktör analizleri, birbirleri ile ilişkili olan değişkenleri birleştirerek kavramsal olarak anlamlı yeni değişkenlerin keşfedilmesini

veya faktörler ile göstergeleri arasında tanımlanan ilişkilerin açıklamasını sağlar. Öncelikle ölçme aracına ilişkin faktör desenini bulmak için AFA yapılmalıdır. AFA' da kuram üretmek veya yapısal bir modele ulaşmak esas amaç olamasa da kurama ilişkin ilk veya temel bilgiler elde edilebilir (149). AFA çoğunlukla gözlenen ölçümlerdeki varyansın ve kovaryansın gizil kaynaklarını bulmak ve ortaya çıkarmak amacıyla kullanılır (155). AFA değişkenler arasındaki dikkati çeken ilişkileri ve değişkenlere özgün özellikleri bulmak amacıyla, kesin bir model tanımlamadan yapılır. Bartlett'in Küresellik Testi ve Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) analizi ile verilerin faktör analizi için uygunluğu değerlendirilmelidir. Örneklem uygunluğunun ölçüsü olarak değerlendirilen KMO' nun 0,5' den büyük olması istatistiksel olarak anlamlı kabul edilir (149). Bartlett'in Küresellik Testi anlamlı faktörlerin ve değişkenlerin çıkarılabileceğini gösterir ve $<0,05$ düzeyi istatistiksel olarak anlamlı kabul edilir (156)(157). AFA' da maddelerin faktör yük değerlerinin çoğunlukla 0,45 ve üstünde olması istenmekte ancak bu değer 0,30 olduğu maddeler de ölçekte tutulabilmektedir (146)(158).

Birçok teknik faktörleşmede kullanılabilmekle birlikte görece kolay bir analiz olan temel bileşenler analizi (TBA) sık kullanılmaktadır (146). AFA' da hangi maddenin hangi alt ölçekte yer alacağı belirlenirken dikkat edilmesi gereken bazı kurallar vardır. Bunlar; faktör yükünün en az 0,30 olması, maddelerin tek bir alt ölçekte yer alması, iki alt ölçekte yer alan maddelerin faktör yükleri arasında en az 0,10 fark olması (159)(160) ve maddelerin öz değerlerinin en az 1 olmasıdır (161).

DFA, birçok değişkenden oluşan ve kuramsal bir temelden destek alan faktörlerin gerçek verilerle ne seviyede uyumlu olduğunu göstermeye yönelik bir analizdir. Toplanan verilerin, önceden belirlenmiş veya kurgulanmış bir yapıyı ne seviyede doğruladığını göstermeyi amaçlar (149).

DFA' da birçok uyum indeksi, denenen modelin yeterliliğinin belirlenmesi amacıyla kullanılmaktadır. Uyum indekslerinin birbirlerine göre güçlü ve zayıf yönleri vardır. Bundan dolayı gerçek veriler ile kuramsal model arasındaki uyumu değerlendirmede birden fazla sayıda uyum indeksi değeri kullanılması önerilir. Ki-Kare İyi Uyum (Chi-Square Goodness of Fit), İyi Uyum İndeksi (Goodness of Fit Index, GFI), Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (Comparative Fit Index, CFI), Normleştirilmemiş Uyum İndeksi (Non-normed Fit Index, NNFI), Standardize

Edilmiş Artık Ortalamaların Karekökü (Standardized Root Mean Square Residuals, SRMR) ve Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (Root Mean Square Error of Approximation, RMSEA) bunlardan en sık kullanılanlarıdır(162)(163).

Tabachnick ve Fidell'e göre Ki-kare iyilik uyum değeri küçük örneklerde 2 ve altında (158), Kline'a göre ise 2,5 ve altında mükemmel uyum olarak kabul edilmektedir (146). Ki-kare iyilik uyum değeri büyük örneklerde 3 ve altında mükemmel uyum (164)(165), 5 ve altındaki değeri ise orta düzeyde uyum olarak kabul edilmektedir (164)(166).

İyilik Uyum İndeksi 0 ile 1 arasında değişmektedir. GFI için 0,95 ve üzeri değerler mükemmel uyum (163)(165), 0,90 ve üzeri değerler iyi uyum olarak kabul edilmektedir(163)(165)(166).

Karşılaştırmalı Uyum İndeksi değeri 0 ile 1 arası olup, bu değer 0'a yaklaşması model uyumsuzluğuna, 1'e yaklaşması ise mükemmel uyuma karşılık gelmektedir (163)(165)(167). CFI değerinin 0,90 ve üzerinde olması iyi uyum (163)(167)(168), 0,95 ve üzerinde olması ise mükemmel uyum olarak kabul edilmektedir (163)(168).

Normlaştırılmamış Uyum İndeksi değeri 0 ile 1 arasındır ve bu değer 0,90 ve üzeri ise iyi uyum (163)(166)(169), 0,95 ve üzeri ise mükemmel uyum (163) olarak kabul edilmektedir.

Standardize Edilmiş Artık Ortalamaların Karekökü ve Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü değerleri 0 ile 1 arası bir değer almakta ve 0 olması mükemmel uyuma işaret etmektedir (164)(167)(170)(171).

RMSEA değerinin 0,05 ve altında olması mükemmel uyum olarak değerlendirilmektedir (163)(172)(173). RMSEA değerini bazı yazarlar 0,06 ve altında(168)(169), bazı yazarlar 0,07 ve altında (174)ve bazıları ise 0,08 ve altında iyi uyum olarak kabul etmektedir(163)(165)(175)). RMSEA 0,10 ve altında ise zayıf uyum olarak kabul edilmektedir (167).

B.2. Güvenilirlik

Güvenilirlik, bir ölçme aracının ölçme sonuçlarındaki kararlılık derecesidir (176). Testin güvenilirliğinin göstergesi, kişilerin aynı ölçme aracını kullanarak aynı ya da farklı zamanlarda verdiği yanıtların tutarlılığıdır. Bir testin maddelerinin birbirleriyle olan ilişkisi ise güvenilirlik hesaplamasıdır. Cronbach alfa ve Spearman - Brown bu iki ilişkiyi denemede kullanılan önemli korelasyon formüllerindendir (144).

B.2.a. İç Tutarlılık

Cronbach alfa katsayısı bir güvenilirlik ölçütüdür ve Likert tipi ölçeklerin iç tutarlılığını değerlendirmek için kullanılır (177). Bu katsayı ölçek maddelerine verilmiş cevapların tutarlılığını tespit eder (144). Ölçekteki maddelerin örneklediği davranışlar ile ölçtüğü özelliklerin homojenitesi güvenilirliği artırmaktadır (149). Bu teknikle ölçek içinde bulunan maddelerin iç tutarlılığı ve homojenliği ölçülür. Ölçeğin alfa katsayısı ne kadar yüksek olursa bu ölçekte bulunan maddelerin o ölçüde birbiri ile tutarlı olduğu varsayılır (177).

Güvenilirlik korelasyon katsayısı (r) ile ifade edilir ve bu katsayı 0 ile 1 arasında değişir. ; 0 rakamı rastlantısal bir ilişkiyi gösterirken 1 rakamı tam uygun bir ilişkiyi gösterir. Cronbach alfa katsayısı değerlendirme kistasınınşöyle olduğu ifade edilmektedir (157):

$0,00 \leq a < 0,40$ ölçek güvenilir değildir.

$0,40 \leq a < 0,60$ ölçek düşük güvenilirliktedir.

$0,60 \leq a < 0,80$ ölçek oldukça güvenilirdir.

$0,80 \leq a < 1,00$ ölçek yüksek derecede güvenilirdir.

Genel olarak kabul edilen iç tutarlılık katsayı değeri 0,70'tir (148)(178)(131,161).

B.2.b. Madde Analizleri

Ölçek toplam puanı ile her bir madde puanı arasındaki korelasyon hesaplanır. Ölçekteki tek bir maddenin toplam puanla korelasyonunun düşük olması, o maddenin diğer maddelerden ayrı bir özelliği ölçtüğü düşünülür. Bu madde güvenilirliği düşürdüğü için ölçekten çıkarılması gerekir. Madde-toplam korelasyon katsayı değerlerinin 0,20' nin üzerinde olması ve negatif olmaması istenir. Fakatmadde ölçekten çıkarıldığında alfa katsayısında ve ortalamadaki değişim değerlendirilmesi gerekir (144). Eğer madde ölçekten çıkarıldığında alfa katsayısı yükseliyorsa o madde güvenilirliği azaltan bir maddedir ve ölçekten çıkarılmalıdır.

Ölçeği cevaplayanların ölçme aracından aldığı toplam puanla, her bir maddeden aldığı puan arasındaki korelasyon hesaplanır. Bir maddenin toplam puanla korelasyonu düşük ise, bu o maddenin diğer maddelerden farklı bir özelliği ölçtüğü şeklinde yorumlanır. Madde-toplam korelasyonunun düşük olması güvenilirliği düşürücü etki yaptığı için, o maddeler ölçekten çıkarılır. Madde-toplam korelasyon

katsayılarının negatif olmaması ve en az 0,20 olması beklenir. Ancak bir maddenin ölçekten çıkarılması için madde silindiğinde alfa katsayısındaki ve ortalamadaki değişime bakmak gerekir. Madde çıkarıldığında alfa katsayısı yükseliyorsa maddenin güvenilirliği azaltan bir madde olduğu anlaşılır ve ölçekten çıkarılması gerekir (179).

B.2.c. Test-Tekrar Test Yöntemi

Ölçek aynı kişilere belirli bir süre sonra tekrar uygulanır. Bu süre ölçülen özelliğe göre farklı olmakla birlikte çoğunlukla 2 - 6 haftalık sürelerin yeterli olduğu belirtilmektedir. Bu yöntemde 30 ve üstünde çift veriye gereksinim vardır.

Test-tekrar test yöntemi ile belirlenen korelasyon katsayısından, iki değişken arasındaki ilişkinin seviyesi ve yönü ile ilgili bilgi elde edilir. Bu katsayı -1,00 ile +1,00 arasındadır. +1 İki ölçüm arasında ilişkinin pozitif ve mükemmel olduğunu, -1 negatif ve mükemmel olduğunu, 0,00 ise iki ölçüm arasında ilişki olmadığını gösterir. Korelasyon katsayısının pozitif ve yüksek olması istenir ki bu ölçeğin zamana karşı kararlılık gösaterdiğini ve değişmez olduğunu gösterir (157).

GEREÇ VE YÖNTEM

ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırma metodolojik ve kesitsel bir araştırmadır.

ARAŞTIRMANIN YERİ ve TARİHİ

Araştırma 15 Mart-15 Mayıs 2019 tarihleri arasında tamamlanmıştır. Veri toplama işlemi bu tarihler arasında Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Bölümü' nde ve Denizli ili merkez Pamukkale ve Merkezefendi ilçelerindeki 2 ilkokul ile 2 ortaokulda yapılmıştır.

ARAŞTIRMANIN EVRENİ ve ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini Denizli il merkezindeki ilkokul ve ortaokullarda öğrenim gören öğrencilerin anne veya babalar ile Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Bölümü' ne başvuran çocukların anne ve babaları oluşturmaktadır. Araştırmada basit rastgele örneklem seçim yöntemi kullanılmış, basit rastgele yöntemle Denizli il merkezindeki 2 ilkokul ve 2 ortaokul seçilmiş ve bu okulların sınıflarında öğrenim gören öğrenciler çalışmaya dâhil edilmiştir.

Çalışma süresi boyunca Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniklerine başvuran her olgu da çalışmaya dahil edilmiştir.

762' si seçilen okullarda öğrenim gören, 253' ü Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniklerine başvurmuş toplam 1015 çocuk çalışmaya dahil edilmiştir.

Araştırmaya Dahil Etme ve Dışlama Kriterleri

Araştırmaya velisinin çalışmaya katılmasını kabul ettiği ve anket formu ile ÇEDE ölçeğini eksiksiz bir şekilde doldurduğu 6-14 yaş aralığındaki çocuklar dahil edilmiştir. Toplum ve klinik örnekleminde velisinin çalışmaya katılmasını kabul etmediği çocuklar ile klinik örnekleminde otizm spektrum bozukluğu, mental retardasyon ve psikotik bozukluk tanıları olan çocuklar çalışmaya dahil edilmemişlerdir. Ayrıca anket formu ile ÇEDE ölçeğini eksiksiz olarak doldurmamış velilerin çocuklar da çalışmaya dahil edilmemişlerdir.

Etik

Araştırma konusu Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna sunulmuş, 23.03.2018 tarihli ve 60116787-020/20930 sayılı kararı ile Etik Kurul onayı alınmış (EK 1), daha sonra Denizli İl Milli Eğitim Müdürlüğü' nden 20.11.2018 tarihli ve 16605029/44-E22233157 sayılı anket uygulama izni alındıktan sonra çalışma yürütülmüştür (EK 2). Çalışmayı yürüten hekim tarafından çalışma grubuna alınması planlanan çocuk ve ergenlerin anne ve babalarına aydınlatılmış onam sunulmuş, katılmayı kabul edenler çalışmaya alınmıştır.

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Veri toplama aracı olarak ailenin demografik ve sosyoekonomik özelliklerini sorgulayan 10 soruluk anket formu ile 67 maddeden oluşan Çocuk ve Ergenlerde Davranış Envanteri (ÇEDE)' nin Aile Formu kullanılmıştır (EK 3).

6 - 14 yaş aralığında olan, ilkokul ve ortaokulda 1. ve 8. Sınıf arasındaki tüm sınıf düzeylerinde öğrenim gören çocukların ebeveynlerine öğretmenleri aracılığı ile 985 adet ölçek gönderilmiş, 106 (% 10,7) ebeveyn çalışmaya katılmak istememiş, ebeveynler tarafından doldurulmuş 879 ölçek yine öğretmenleri aracılığı ile geri toplanmıştır. Toplanan ölçeklerin 117 (% 11,8) tanesi eksik doldurulduğu için çalışmaya dahil edilmemiş, 762 (%77,5) tam doldurulmuş ölçek çalışmaya dahil edilmiştir. Ölçeklerin öğrencilere dağıtılma sürecinden önce öğretmenlere çalışma hakkında bilgi verilmiş, öğretmenler tarafından öğrencilere gerekli bilgilendirmeler yapılmıştır.

Klinik örneklemini oluşturmak adına 15 Mart 2019 – 15 Mayıs 2019 tarihleri arasında Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi çocuk ve ergen psikiyatri polikliniğine başvuran 6-14 yaş aralığındaki 1230 çocuğun 336' sının ebeveynlerine çalışma hakkında bilgi verilip poliklinik bekleme salonunda ölçekleri doldurmaları istenmiş, 336 ebeveynin 25' i (%7,4) çalışmaya katılmayı reddetmiş, 58' inin (%17,2) formları tam olarak doldurmadığı tespit edilmiş, toplamda 253 (%75,4) ölçek çalışmaya dahil edilmiştir.

ÇEDE Aile Formu Ölçeği

Orijinal formu İngilizce olan ölçek, Burns G.L. ve ark. tarafından 2015 yılında geliştirilmiştir. Ölçekte 67 önerme bulunmaktadır. İlk 6 bölüm soruları 6' lı likert şeklinde olup puanlamaları; 0- neredeyse hiçbir zaman (hiçbir zaman ya da ayda 1 kez), 1- nadiren (haftada 1 kez), 2- bazen (haftada birkaç kez), 3- sıklıkla (günde 1 kez), 4- çok sık (günde birkaç kez), 5- neredeyse her zaman (gün içinde birçok kez) şeklindedir. Yedinci bölüm soruları 6' lı likert şeklinde ve maddelerin sıklığı yüzde ile belirtilmektedir. Bu bölüm puanlamaları ters yönde olup puanlamalar; 0- hemen hemen hiç (zamanın %0-10' u), nadiren (zamanın %11-20' si), bazen (zamanın %21-49' u), sık sık (zamanın %50-79' u), çok sık (zamanın %80-89' u), hemen hemen her zaman (zamanın %90-100' ü) şeklindedir. Sekizinci ve dokuzuncu bölüm soruları 7' li likert şeklinde olup ters puanlanmaktadır. Sekizinci bölüm puanlamaları 0- şiddetli zorluk, 1- orta derecede zorluk, 2- hafif zorluk, 3- ortalama ilişkiler, 4- ortalamanın biraz üzerinde, 5- ortalamanın oldukça üzerinde, 6- mükemmel ilişkiler şeklinde ve 9. Bölüm puanlamaları 0- şiddetli zorluk, 1- orta derecede zorluk, 2- hafif zorluk, 3- sınıf seviyesine göre ortalama, 4- ortalamanın biraz üzerinde, 5- ortalamanın oldukça üzerinde, 6- mükemmel performans şeklindedir.

ÇEDE Ölçeği sürekli bir ölçektir, diğer bir deyişle kesme noktası bulunmamaktadır. Her bir sorudan elde edilen puanlar alt bölümler içerisinde toplanarak bireyin o bölüm için puanı hesaplanmaktadır. Alınan puan DİKÖ, sosyal bozulma, akademik bozulma alt bölümlerinde ne kadar yüksekse belirti düzeyi o kadar düşük, diğer 6 bölümde ne kadar yüksekse belirti düzeyi o kadar yüksektir.

ÇEDE' nin Aile Formu anne - babalar ve bakım verenler için çocuğun veya ergenin davranışlarıyla ilgili olarak yanıtlamaları istenen bir ankettir. Form 9 bölüm 67 maddeden oluşmaktadır. 16 maddeden oluşan 1. bölüm yavaş bilişsel tempo (sluggish cognitive tempo)' yu, 6 maddeden oluşan 2. bölüm anksiyeteyi, 7 maddeden oluşan 3. bölüm depresyonu, 9 maddeden oluşan 4. bölüm dikkat eksikliğini, 9 maddeden oluşan 5. Bölüm hiperaktivite ve dürtüsellliği, 8 maddeden oluşan 6. Bölüm karşıt olma-karşı gelmeyi, 4 maddeden oluşan 7. Bölüm Duygu içermeyen kişilik özelliklerini, 4 maddeden oluşan 8. Bölüm sosyal bozulmayı, 4 maddeden oluşan 9. Bölüm akademik bozulmayı ölçmektedir.

Ayrıca ilk 7 bölümün altında bu belirtilerin çocukların akademik yaşamında ve sosyal yaşamında güçlüklerle yol açıp açmadığını belirten likert tipi 4 dereceli (yok, hafif, orta, şiddetli sorun) 2 soru yer almaktadır.

ÇEDE’NİN TÜRKÇE’ YE UYARLANMASI

A. Dil Uyarlaması

1. İzinler

Ölçeği geliştiren araştırmacılar G. Leonard BURNS ve Stephen BECKER ile yazılı (e-posta ile) iletişim kurularak ölçeğin Türkçeye uyarlanması ile ilgili gerekli izin alınmıştır.

2. Türkçeye çevrilme

Ölçek iyi derecede İngilizce bilen konu ile ilgili sağlık alanında çalışan üç uzman kişi tarafından, birbirinden bağımsız olarak Türkçeye çevrilmiştir. Bu üç ayrı çeviri iki araştırmacı tarafından ortaklaştırılmıştır. Ortaklaştırılan Türkçe formun anlaşılabilirliğiyle ilgili eğitim fakültesi bölümünden bir uzmanın görüşü alınmıştır.

3. Yeniden İngilizceye çevrilme

Ölçek Türkçe ve İngilizceyi iyi bilen, her iki kültüre de hakim, Pamukkale Üniversitesi Yabancı Diller Yüksekokulu Öğretim görevlisi iki çalışan tarafından özgün dili olan İngilizce’ ye tekrar çevrilmiş ve bu çeviri ölçeğin orijinal formu ile karşılaştırılmıştır. Bu aşamada, orijinal ölçek ifadelerine göre herhangi bir anlam değişikliği olmadığı belirlenmiş ve değişikliğe ihtiyaç duyulmamıştır.

B.1. Geçerlilik

B.1.a. Kapsam (İçerik) Geçerliliği

Çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları, halk sağlığı ve eğitim fakültesi bölümlerinden alanlarında uzman 7 kişi belirlenmiş ve bu 7 kişinin kapsam geçerliliği adına görüşlerine başvurulmuştur.

Araştırma, uzman değerlendirme formu ile tanıtılmış, gerekli bilgilendirmeler yapılmış, yine bu form aracılığı ile uzmanlardan Türkçe form içeriği hakkında görüş

alınmıştır. Uzmanlardan Likert tipi 4'lü derecelendirme ölçeği üzerinde belirtmeleri istenmiştir. Yapılan öneriler doğrultusunda forma son hali verilmiştir.

B.1.b. Yapı Geçerliliği

Yapı geçerliliğini ortaya koymak adına; faktör geçerliliği için faktör analizleri, ayırt edici geçerlilik için alt ölçeklerin toplum ve klinik örneklem karşılaştırması yapılmıştır.

Ölçek puanlarına bağlı olarak oluşan faktör yapısını değerlendirmek için AFA, uzman görüşü ile birlikte ölçeğin özgün bir şekilde geliştirilmesi amacına uygun olarak da DFA kullanılmıştır.

Yapı geçerliliğinde amaç ÇEDE ölçeğinin Türk kültüründeki yapısını ortaya koymak (AFA), uzman görüşüyle desteklenmiş özgün faktör yapısının çalışmanın verileri ile elde edilip edilmediğini belirlemek (DFA) ve alt ölçeklerin ölçülen özellikle ilişkili olmadığı düşünülen değişkenlerle arasındaki uyumsuzluğu incelemektir (ayırt edici geçerlilik).

B.2. Güvenilirlik

B.2.a. İç Tutarlılık

İç tutarlılığı belirlemek için Cronbach alfa iç tutarlılık katsayıları kullanılmıştır.

B.2.b. Madde Analizleri

Madde-toplam korelasyon katsayıları ve madde çıkarıldığında iç tutarlılık katsayıları kullanılmıştır.

B.2.c. Test-Tekrar Test Yöntemi

100 katılımcı üzerinde ÇEDE ölçeğinin test-tekrar test güvenilirliği denenmiştir. Çalışmaya katılan velilerden 2 - 4 hafta sonra tekrar ölçeği doldurması istenmiş, test-tekrar test korelasyon katsayıları hesaplanmış ve puan ortancaları karşılaştırılmıştır.

ÇEDE ÖLÇEĞİNİN ÖN UYGULAMASI (PİLOT ARAŞTIRMA)

Ön deneme amacı ile Türkçe ölçek Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatri Polikliniği' ne başvuran çocukların anne ve babalar ile Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Hastanesi personeli olan anne ve babalar üzerinde

yapılmıştır. Maddelerin anlaşılıp anlaşılmadığı, ne kadar sürede doldurulduğu gözlenmiş, ölçek üzerinde gerekli düzeltmeler yapılmıştır. Buradan elde edilen veriler çalışmaya dahiledilmemiştir.

İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Analizde Lisrel (Linear Structural Relations) 8.0 ve SPSS 17.0 (Statistical Package for Social Sciences) kullanılmıştır. Açımlıyıcı faktör analizi ve doğrulayıcı faktör analizleri yapı geçerliliğini değerlendirmek için kullanılmıştır. Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) analizi ve Bartlett Test of Sphericity AFA öncesinde verilerin faktör analizi için uygunluğu açısından değerlendirilmiştir. KMO ölçek örnekleminin uygun olup olmadığının ölçüsü kabul edilir ve 0,5' den büyük olması anlamlı kabul edilmiştir. Anlamlı değişken ve faktörlerin çıkarılabileceğinin göstergesi olan Bartlett testi $p < 0,001$ seviyesinde istatistiki olarak anlamlı olduğu kabul edilmiştir. Ölçekteki 67 madde 9 alt ölçekte sınırlandırılmadan, serbest dağılım ile değerlendirilmiştir. Maddelerin hangi faktör ile ilişkili olduğunu gösteren faktör yük değerleri ile birlikte boyutların varyansı açıklama yüzdeleri elde edilmiştir. Ölçekte yer alacak maddelerin yük değerlerinin 0,30' un üstünde olması, madde öz değerlerinin en az 1 olması, maddelerin tek bir faktörde yer alması ve iki faktörde yer alan faktörler arasında ise en az 0,10 fark olmasına dikkat edilmiştir. Maksimum Olabilirlik Yöntemi (Maximum Likelihood) kullanılarak, ÇEDE ölçeği faktör yapısının toplanan verilerle ne düzeyde uyumlu olduğunu belirlemek amacıyla DFA uygulanmıştır. Test-tekrar test yöntemi, madde analizleri ve Cronbach alfa iç tutarlılık katsayıları ile güvenilirlik denenmiştir. Tanımlayıcı istatistikler sayı, yüzde, aritmetik ortalama, standart sapma, ortanca, çeyrekler, en düşük ve en yüksek değerler ile verilmiştir. Ölçümsel değişkenlerin normal dağılıma uygun olup olmadıkları Kolmogorov-Smirnov analiz yöntemi ile test edilmiştir. Bağımsız grup ortancalarının karşılaştırılmasında Mann-Whitney U ve Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $(p) < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Araştırmada 1015 kişiye ulaşılmıştır. Çocukların %56,1' i kızdır. Yaşları 6 - 14 arasında değişmekte olup, yaş ortalaması $10,05 \pm 2,32$ dir. Araştırmaya katılanların %67,6' sı anne, %21,0' ı babadır. Ölçeklerin %11,4' ü anne ve baba birlikte doldurmuşlardır. Annelerin yaş ortalaması $37,44 \pm 5,20$ ve babaların yaş ortalaması $41,31 \pm 5,58$ dir. Annelerin %47,7' si ve babaların %53,5' i lise ve üzeri öğrenim düzeyine sahiptir. Katılımcıların %1,1' i sosyoekonomik durumunu çok iyi, %25,7' si iyi, %66,3' ü orta ve %6,7' si kötü olarak değerlendirmiştir. Değerlendirilen çocukların %88,4' ünün anne ve babasının birlikte, %10,1' inin ayrı ve %1,3' ünün anne ya da babasından birinin vefat ettiği belirlenmiştir. Katılımcıların demografik ve sosyoekonomik özellikleri Tablo 1' de gösterilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların demografik ve sosyoekonomik özellikleri

Değişkenler	n (%)
Çocuğun Yaşı	
6	75 (7,4)
7	93 (9,2)
8	110 (10,8)
9	141 (13,9)
10	163 (16,1)
11	143 (14,1)
12	100 (9,9)
13	106 (10,4)
14	83 (8,2)
Ort $\pm$ SS= 10,05 $\pm$ 2,32 Ortanca= 10; Alt-Üst Sınır= 6-14; 1.-3. Çeyreklik= 8-12	
Çocuğun Cinsiyeti	
Kız	570 (56,1)
Erkek	445 (43,9)
Sosyoekonomik Seviye	
Çok iyi	12 (1,1)
İyi	261 (25,7)
Orta	673 (66,3)
Kötü	70 (6,9)

Tablo 1. Katılımcıların demografik ve sosyoekonomik özellikleri (devam)

Çocuğun Sınıfı	n (%)
1	115 (11,3)
2	94 (9,3)
3	129 (12,7)
4	117 (11,5)
5	171 (16,8)
6	125 (12,3)
7	120 (11,8)
8	118 (11,6)
9	26 (2,6)
Ebeveyn Birlikteliği	n (%)
Birlikte	898 (88,4)
Ayrı	103 (10,1)
Anne veya baba vefat	14 (1,5)
Formu Dolduran	n (%)
Anne	687 (67,6)
Baba	214 (21,0)
Anne ve baba birlikte	114 (11,4)
Anne Yaş	n (%)
30 ve altı	91 (8,9)
31-40	663 (43,3)
41-50	241 (23,9)
50 üstü	15 (1,7)
Ort±SS= 37,44±5,20; Ortanca= 37; Alt-Üst Sınır= 24-55; 1.-3.Çeyreklik= 34-41	
Baba Yaş	n (%)
30 ve altı	9 (0,9)
31-40	334 (33,2)
41-50	610 (60,6)
50 üstü	
Ort±SS= 37,44±5,20; Ortanca= 37; Alt-Üst Sınır = 24-55; 1.-3.Çeyreklik= 34-41	

Tablo 1. Katılımcıların demografik ve sosyoekonomik özellikleri (devam)

Anne Eğitim	n (%)
Eğitimsiz	17 (1,6)
İlkokul	345 (33,9)
Ortaokul	168 (16,5)
Lise	291 (28,6)
Ön lisans	48 (4,7)
Lisans	139 (13,6)
Lisans üstü	7 (0,6)
Baba Eğitim	n (%)
Eğitimsiz	7 (0,6)
İlkokul	311 (30,6)
Ortaokul	153 (15,0)
Lise	283 (27,8)
Ön lisans	58 (5,7)
Lisans	187 (18,4)
Lisans üstü	16 (1,5)

A. ÇEDE ÖLÇEĞİ' NİN TÜRKÇE' YE UYARLANMASINA İLİŞKİN BULGULAR

A. 1. Geçerliliğe İlişkin Bulgular

A. 1. a. Kapsam (İçerik) Geçerliliğine İlişkin Bulgular

7 uzmanın ÇEDE Ölçeği' nin maddeleri ile ilgili değerlendirmeleri Tablo 2' de gösterilmiştir.

Tablo 2. Uzmanların ÇEDE Aile Formu Ölçeği' nin maddeleri ile ilgili değerlendirmeleri

Maddeler	Uygun Değil (1 puan)	Biraz Uygun (2 puan)	Oldukça Uygun (3 puan)	Çok Uygun (4 puan)	Toplam Uzman Sayısı
Madde 1	-	-	2	5	7
Madde 2	-	1	1	5	7
Madde 3	-	-	1	6	7
Madde 4	-	-	-	7	7
Madde 5	-	1	2	4	7
Madde 6	-	-	-	7	7

Tablo 2. Uzmanların ÇEDE Aile Formu Ölçeği' nin maddeleri ile ilgili değerlendirmeleri (devam)

Maddeler	Uygun Değil (1 puan)	Biraz Uygun (2 puan)	Oldukça Uygun (3 puan)	Çok Uygun (4 puan)	Toplam Uzman Sayısı
Madde 6	-	-	-	7	7
Madde 7	-	-	1	6	7
Madde 8	-	1	1	5	7
Madde 9	-	-	-	7	7
Madde 10	-	-	1	6	7
Madde 11	-	1	2	4	7
Madde 12	-	1	2	4	7
Madde 13	-	1	1	5	7
Madde 14	-	1	1	5	7
Madde 15	-	-	1	6	7
Madde 16	-	-	2	5	7
Madde 17	-	1	2	4	7
Madde 18	-	1	1	5	7
Madde 19	-	-	2	5	7
Madde 20	-	1	2	4	7
Madde 21	-	-	2	5	7
Madde 22	-	1	1	5	7
Madde 23	-	1	-	6	7
Madde 24	-	1	1	5	7
Madde 25	-	-	-	7	7
Madde 26	-	-	2	5	7
Madde 27	-	1	2	4	7
Madde 28	-	-	1	6	7
Madde 29	-	-	1	6	7
Madde 30	-	-	-	7	7
Madde 31	-	-	-	7	7
Madde 32	-	-	1	6	7
Madde 33	-	-	-	7	7
Madde 34	-	-	1	6	7
Madde 35	-	-	-	7	7
Madde 36	-	-	2	5	7
Madde 37	-	1	1	5	7
Madde 38	-	-	2	5	7
Madde 39	-	-	1	6	7

Tablo 2. Uzmanların ÇEDE Aile Formu Ölçeği' nin maddeleri ile ilgili değerlendirmeleri (devam)

Maddeler	Uygun Değil (1 puan)	Biraz Uygun (2 puan)	Oldukça Uygun (3 puan)	Çok Uygun (4 puan)	Toplam Uzman Sayısı
Madde 40	-	-	-	7	7
Madde 41	-	-	2	5	7
Madde 42	-	1	2	4	7
Madde 43	-	-	3	4	7
Madde 44	-	1	3	3	7
Madde 45	-	-	2	5	7
Madde 46	-	1	1	5	7
Madde 47	-	-	2	5	7
Madde 48	-	1	1	5	7
Madde 49	-	1	1	5	7
Madde 50	-	-	2	5	7
Madde 51	-	-	3	4	7
Madde 52	-	-	2	5	7
Madde 53	-	1	1	5	7
Madde 54	-	1	-	6	7
Madde 55	-	1	1	5	7
Madde 56	-	-	1	6	7
Madde 57	-	-	2	5	7
Madde 58	-	1	1	5	7
Madde 59	-	1	-	6	7
Madde 60	-	-	1	6	7
Madde 61	-	-	3	4	7
Madde 62	-	1	2	4	7
Madde 63	-	1	1	5	7
Madde 64	-	-	2	5	7
Madde 65	-	-	1	6	7
Madde 66	-	-	3	4	7
Madde 67	-	1	2	4	7

ÇEDE Ölçeği' nde yer alan maddelerin Davis Tekniği' ne göre KGİ sonuçları Tablo 3' de verilmiştir. Hesaplanan KGİ değerleri 0,80 değerinden yüksek olduğu için uzmanlar arasında uyum olduğu belirlenmiş ve maddelerde değişiklik yapılmamasına karar verilmiştir.

Tablo 3. ÇEDE Aile Formu Ölçeği' nin maddelerinin kapsam geçerlilik indeksleri

Maddeler	N_G*	N**	KGİ***	Karar
Madde 1	7	7	1,00	Kabul
Madde 2	6	7	0,85	Kabul
Madde 3	7	7	1,00	Kabul
Madde 4	7	7	1,00	Kabul
Madde 5	6	7	0,85	Kabul
Madde 6	7	7	1,00	Kabul
Madde 7	7	7	1,00	Kabul
Madde 8	6	7	0,85	Kabul
Madde 9	7	7	1,00	Kabul
Madde 10	7	7	1,00	Kabul
Madde 11	6	7	0,85	Kabul
Madde 12	6	7	0,85	Kabul
Madde 13	6	7	0,85	Kabul
Madde 14	6	7	0,85	Kabul
Madde15	7	7	1,00	Kabul
Madd 16	7	7	1,00	Kabul
Made 17	6	7	0,85	Kabul
Made 18	6	7	0,85	Kabul
Mdde 19	7	7	1,00	Kabul
Madde 20	6	7	0,85	Kabul
Madde 21	7	7	1,00	Kabul
Madde 22	6	7	0,85	Kabul
Madde 23	6	7	0,85	Kabul
Madde 24	6	7	0,85	Kabul
Madde 25	7	7	1,00	Kabul
Madde 26	7	7	1,00	Kabul
Madde 27	6	7	0,85	Kabul
Madde 28	7	7	1,00	Kabul
Madde 29	7	7	1,00	Kabul
Madde 30	7	7	1,00	Kabul
Madde 31	7	7	1,00	Kabul
Madde 32	7	7	1,00	Kabul
Madde 33	7	7	1,00	Kabul
Madde 34	7	7	1,00	Kabul

Tablo 3. ÇEDE Aile Formu Ölçeği’ nin maddelerinin kapsam geçerlilik indeksleri (devam)

Madde 35	7	7	1,00	Kabul
Madde 36	7	7	1,00	Kabul
Madde 37	6	7	0,85	Kabul
Madde 38	7	7	1,00	Kabul
Madde 39	7	7	1,00	Kabul
Madde 40	7	7	1,00	Kabul
Madde 41	7	7	1,00	Kabul
Madde 42	6	7	0,85	Kabul
Madde 43	7	7	1,00	Kabul
Madde 44	6	7	0,85	Kabul
Madde 45	7	7	1,00	Kabul
Madde 46	6	7	0,85	Kabul
Madde 47	7	7	1,00	Kabul
Madde 48	6	7	0,85	Kabul
Madde 49	6	7	0,85	Kabul
Madde 50	7	7	1,00	Kabul
Madde 51	7	7	1,00	Kabul
Madde 52	7	7	1,00	Kabul
Madde 53	6	7	0,85	Kabul
Madde 54	6	7	0,85	Kabul
Madde 55	6	7	0,85	Kabul
Madde 56	7	7	1,00	Kabul
Madde 57	7	7	1,00	Kabul
Madde 58	6	7	0,85	Kabul
Madde 59	6	7	0,85	Kabul
Madde 60	7	7	1,00	Kabul
Madde 61	7	7	1,00	Kabul
Madde 62	6	7	0,85	Kabul
Madde 63	6	7	0,85	Kabul
Madde 64	7	7	1,00	Kabul
Madde 65	7	7	1,00	Kabul
Madde 66	7	7	1,00	Kabul
Madde 67	6	7	0,85	Kabul

*Maddeye ilişkin “Oldukça uygun” veya “Çok uygun” görüşünü belirten uzman sayısı

**Toplam uzman sayısı

***Kapsam geçerlilik indeksi

A. 1. b. Yapı Geçerliliğine İlişkin Bulgular

A. 1. b. 1. Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları

ÇEDE Aile Formu' nun Türk toplumundaki yapısını keşfederek açığa çıkarmak için açıklayıcı faktör analizi yapılmıştır. Kaiser – Mayer - Olkin değeri 0,969; Bartlett'in Küresellik Testi sonucu 49375,19 bulunmuştur ($p<0,001$). Buna göre örneklem büyüklüğü yeterli ve faktör analizi yapmaya uygundur.

Serbest dağılımda 10 alt ölçekte toplanan maddelerin yük değerlerinin 0,40 ile 0,81 arasında değiştiği belirlenmiştir. Ölçekteki 67 maddenin yer aldığı alt ölçeklerin özgün ölçekten farklı olarak 10 faktörde toplandığı görülmüştür. Orijinal ölçekten farklı olarak oluşan 10. Faktördeki maddeler orjial ölçekteki YBT içinde yer alan madde 1, madde 4, madde 7 ve madde 9 dur (tablo 4). Orijinal ölçekte YBT içinde yer alan madde 12 hem YBT hem DEHB-DE de yüklenmesine rağmen DEHB-DE ile daha ilişkilidir (tablo 4). Orijinal ölçekte ikinci kısım anksiyete içinde yer alan madde 6 tamamen depresyonun yer aldığı faktörde yer almıştır. On faktörde toplanan yapının açıkladığı toplam varyans miktarı %65,7' dir. Alt ölçeklerin öz değerleri ve açıkladıkları varyanslar sırasıyla birinci faktör için 24,3 ve %36,2; ikinci faktör için 4,38 ve %6,5; üçüncü faktör için 4,03 ve %6; dördüncü faktör için 2,97 ve %4,4; beşinci faktör için 1,78 ve %2,67; altıncı faktör için 1,43 ve %2,6; yedinci faktör için 1,43 ve %2,1; sekizinci faktör için 1,26 ve %1,8; dokuzuncu faktör için 1,1 ve %1,6 ve onuncu faktör için 1,01 ve %1,5' dir. AFA sonuçları Tablo 4' de gösterilmiştir.

Tablo 4. ÇEDE ölçeği Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları

MADDELER	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10
M2 (ybt2)	0,60									
M3 (ybt3)	0,63									
M5 (ybt5)	0,61									
M6 (ybt6)	0,65									
M8 (ybt8)	0,63									
M10 (ybt10)	0,54									
M11 (ybt11)	0,58									
M13(ybt13)	0,59									
M14(ybt14)	0,63									
M15(ybt15)	0,58									
M16(ybt16)	0,61									
M1(ybt 1)										0,56
M4(ybt4)										0,48
M7 (ybt7)										0,59
M9 (ybt9)										0,59
M39(ha1)		0,76								
M40(ha2)		0,78								
M41(ha3)		0,76								
M42(ha4)		0,65								

Tablo 4. ÇEDE ölçeği Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları (devam)

M43(ha5)		0,81								
M44(ha6)		0,67								
M45(ha7)		0,60								
M46(ha8)		0,64								
M47(ha9)		0,60								
M31(de1)			0,63							
M32(de2)			0,67							
M33(de3)			0,53							
M34(de4)			0,65							
M35(de5)			0,64							
M36(de6)			0,59							
M37(de7)			0,56							
M38(de8)			0,61							
M39(de9)			0,63							
M12(ybt12)			0,55							
M48(kokgb1)				0,72						
M49(kokgb2)				0,70						
M50(kokgb3)				0,65						
M51(kokgb4)				0,65						
M52(kokgb5)				0,59						
M53(kokgb6)				0,70						
M54(kokgb7)				0,67						
M55(kokgb8)				0,60						
M23(dep1)					0,65					
M24(dep2)					0,67					
M25(dep3)					0,65					
M26(dep4)					0,69					
M27(dep5)					0,72					
M28(dep6)					0,66					
M29(dep7)					0,54					
M22(ank6)					0,40					
M64(akabo1)						-0,72				
M65(akabo2)						-0,78				
M66(akabo3)						-0,68				
M67(akabo4)						-0,76				
M60(sosb1)							-0,71			
M61(sosb2)							-0,79			
M62(sosb3)							-0,71			
M63(sosb4)							-0,71			
M17(ank1)								0,67		
M18(ank2)								0,62		
M19(ank3)								0,68		
M20(ank4)								0,63		
M21(ank5)								0,58		
M56(duyda1)									0,81	
M57(duyda2)									0,85	
M58(duyda3)									0,63	
M59(duyda4)									0,77	
Özdeğer (toplam= 44.01)	24,31	4,37	4,03	2,97	1,78	1,71	1,43	1,26	1,11	1,01
Açıklanan Varyans (Toplam= % 65.71)	36,2	6,52	6,01	4,44	2,67	2,56	2,14	1,88	1,66	1,51

A. 1. b. 2. Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları

Özgün ölçeğin faktör yük değerlerinin tamamı istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuş olup, alt ölçeklerin uyum indeksi değerleri Tablo 5’ de özetlenmiştir.

Tablo 5. Özgün Ölçeğin Alt Ölçeklerinin Uyum İndeksleri Değerleri

Alt Ölçek Başlıkları	χ^2/p değeri	CFI	TLI	RMSEA
Yavaş Bilişsel Tempo	< 0,001	> 0,95	> 0,95	< 0,05
Anksiyete Bozukluğu	< 0,001	> 0,95	> 0,95	< 0,05
Depresif Bozukluk	< 0,001	> 0,95	> 0,95	< 0,05
Dikkat Eksikliği	< 0,001	> 0,95	> 0,95	< 0,05
Hiperaktivite	< 0,001	> 0,95	> 0,95	< 0,05
Karşıt Olma- Karşı Gelme	< 0,001	> 0,95	> 0,95	< 0,05
Duygu İçermeyen Kişilik Özellikleri	< 0,001	> 0,95	> 0,95	< 0,05
Sosyal Bozulma	< 0,001	> 0,95	> 0,95	< 0,05
Akademik Bozulma	< 0,001	> 0,95	> 0,95	< 0,05

Türkçe ölçeğin analizi sonucunda ki kare değeri ($\chi^2= 7563.10$, $sd= 2108$, $p< 0,001$) istatistiksel olarak anlamlı, χ^2/sd oranı 3,59 ve diğer uyum indeksi değerleri SRMR= 0,054, GFI= 0,79, RMSEA= 0,056, CFI= 0,98, NNFI= 0,98 olarak saptanmıştır. Faktör yük değerlerinin tamamının istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.

Birinci düzey doğrulayıcı faktör analizini takiben Türkçe ölçeğin ikinci düzey doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda ki kare değeri ($\chi^2= 8505.83$, $sd=2135$, $p< 0,001$) istatistiksel olarak anlamlı, χ^2/sd oranı 3,99 ve diğer uyum indeksi değerleri SRMR= 0,069, GFI= 0,77, RMSEA= 0,061, CFI= 0,98, NNFI= 0,98 olarak saptanmıştır. Faktör yük değerlerinin tamamının istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.

Türkçe ölçeğin 1. ve 2. düzey doğrulayıcı faktör analizlerinden elde edilen uyum indeksi değerleri ve uyum indeksi için kabul edilen sınır değerleri Tablo 6’ de özetlenmiştir. Ölçeğin uyum indeksi değerlerinin orta düzey, iyi veya mükemmel düzeyde olduğu saptanmıştır.

Tablo 6. Türkçe Ölçeğin Uyum İndeksleri Değerleri ve Uyum İndekslerinin Sınır Değerleri

Uyum İndeksi	1.Düzye DFA	2.Düzye DFA	İyi Uyum Değerleri	Mükemmel Uyum Değerleri	Sonuç
χ^2/p değeri	<0,001	<0,001	-	<0,05	<i>Mükemmel uyum</i>
χ^2/sd	3,59	3,99	$\leq 5,00$	$\leq 3,00$	<i>İyi uyum</i>
RMSEA	0,056	0,061	$\leq 0,08$	$\leq 0,05$	<i>İyi uyum</i>
SRMR	0,054	0,069	$\leq 0,08$	$\leq 0,05$	<i>İyi uyum</i>
GFI	0,79	0,77	$\geq 0,90$	$\geq 0,95$	<i>Orta derecede uyum</i>
CFI	0,98	0,98	$\geq 0,90$	$\geq 0,95$	<i>Mükemmel uyum</i>
NNFI	0,98	0,98	$\geq 0,90$	$\geq 0,95$	<i>Mükemmel uyum</i>

A. 1. b. 3. ÇEDE Aile Formu' nun Ayırt Edici Geçerliliği

Toplum ve klinik grubunun ÇEDE puanları karşılaştırıldığında YBT toplam puanı toplum örnekleminde ortancası 8 (Çeyrekler arası aralık ÇAA= 3-17) klinik örnekleminde ortancası 21 (ÇAA= 11-35) (Mann –Whitney U= 48874,50, $z = -11,81$ $p < 0,001$) olarak, kaygı bozukluğu toplam puanı toplum örnekleminde ortancası 5 (ÇAA= 2-8) klinik örnekleminde ortancası 7 (ÇAA= 3-12) (Mann –Whitney U= 75671,50, $z = -5,19$ $p < 0,001$) olarak, depresif bozukluk toplam puanı toplum örnekleminde ortancası 3 (ÇAA= 1-7) klinik örnekleminde ortancası 11 (ÇAA= 4-19) (Mann –Whitney U= 48912,50, $z = -11,87$, $p < 0,001$) olarak, dikkat eksikliği toplam puanı toplum örnekleminde ortancası 5 (ÇAA= 2-11) klinik örnekleminde ortancası 18 (ÇAA= 9,75-29) (Mann –Whitney U= 40856,00, $z = -13,81$, $p < 0,001$) olarak, hiperaktivite toplam puanı toplum örnekleminde ortancası 5 (ÇAA= 2-14) klinik örnekleminde ortancası 15,5 (ÇAA= 6-26,25) (Mann –Whitney U= 57658,00, $z = -9,65$, $p < 0,001$) olarak, karşı olma karşı gelme bozukluğu toplam puanı toplum örnekleminde ortancası 6 (ÇAA= 3-11) klinik örnekleminde ortancası 15 (ÇAA= 6-24) (Mann –Whitney U= 55828,00, $z = -10,10$, $p < 0,001$) olarak saptanmış olup tüm bu alt ölçeklerde klinik örnekleminde anlamlı şekilde toplum örnekleminde göre fazla bulunmuştur. Duygu içermeyen kişilik özellikleri toplam puanı toplum örnekleminde

ortancası 7 (CAA= 3-11) klinik örnekleme ortancası 10 (CAA= 6-14) (Mann – Whitney U= 65747,00, z= -7,65, p< 0,001) , sosyal bozulma toplam puanı toplum örnekleminde ortancası 19 (CAA= 15-22) klinik örnekleme ortancası 14 (CAA= 9-18,25) (Mann –Whitney U= 57420,50, z= 9,71, p<0,001), sosyal bozulma toplam puanı toplum örnekleminde ortancası 19 (CAA= 14-22) klinik örnekleme ortancası 12 (CAA= 8-17) (Mann –Whitney U= 52436,50, z= 10,95, p<0,001) bulunmuştur. Klinik örneklem sosyal ve akademik bozulma alt ölçeklerinde toplum örneklemine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede az puan alarak daha fazla sosyal ve akademik sorunlar yaşamaktadır, ters olarak kodlanmış duygu içermeyen özelliklerde klinik örneklem toplum örneklemine göre istatistiksel olarak fazla puan alarak bu alanda da daha olumsuz özellikler göstermektedir (tablo-7).

Tablo 7. Toplum ve klinik örnekleme ÇEDE alt ölçek puanlarının karşılaştırılması

Alt Ölçek	Örneklem Grubu	
	Toplum (n= 761) Ortanca CAA	Klinik (n= 254) Ortanca CAA
Yavaş Bilişsel Tempo	8 (3-17)**	21 (11-35)**
Kaygı Bozukluğu	5 (2-8)**	7 (3-12)**
Depresif Bozukluk	3 (1-7)**	11 (4-19)**
Dikkat Eksikliği	5 (2-11)**	18 (9,75-29)**
Hiperaktivite	5 (2-14)**	15,5 (6-26,25)**
Karşıt Olma – Karşı Gelme	6 (3-11)**	15 (6-24)**
Duygu İçermeyen Kişilik Özellikleri	7 (3-11)**	10 (6-14)**
Sosyal Bozulma	19 (15-22)**	14 (9-18,25)**
Akademik Bozulma	19 (14-22)**	12 (8-17)**

Mann Whitney U testi uygulanmıştır. ** p<0.001, CAA: Çeyrekler arası aralık

A. 2. Güvenilirliğe İlişkin Bulgular

A. 2. a. Madde - Alt Boyut Toplam Puan Korelasyonları ve İç Tutarlılık Güvenilirlik Katsayısı

Türkçe ölçeğin alt ölçeklerine göre maddelerin düzeltilmiş madde-toplam korelasyon katsayıları 0,43 ile 0,83 arasında değişmektedir. Alt ölçeklerin iç tutarlılık katsayıları 0,77 ile 0,93 arasında değişmekte olup; tüm ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0,97 'dir. Türkçe ölçeğin madde-toplam korelasyonları ve iç tutarlılık katsayıları Tablo 8 ve Tablo 9' da verilmiştir.

Tablo 8. Türkçe Ölçeğin Düzeltilmiş Madde-Toplam Korelasyon Katsayıları ve İlgili madde Çıkarıldığındaki İç Tutarlılık Katsayıları

Alt Ölçek	Madde No	Düzeltilmiş Madde-Toplam Korelasyon Katsayıları	Madde Çıkarıldığında İç Tutarlılık Katsayısı
Yavaş Bilişsel Tempo	1	0,56	0,93
	2	0,69	0,92
	3	0,67	0,92
	4	0,58	0,93
	5	0,58	0,93
	6	0,71	0,92
	7	0,50	0,93
	8	0,69	0,92
	9	0,62	0,93
	10	0,68	0,92
	11	0,74	0,92
	12	0,67	0,92
	13	0,70	0,92
	14	0,77	0,92
	15	0,71	0,92
	16	0,62	0,92
Kaygı Bozukluğu	1	0,50	0,74
	2	0,66	0,70
	3	0,51	0,74
	4	0,43	0,76
	5	0,58	0,72
	6	0,45	0,75
Depresif Bozukluk	1	0,78	0,90
	2	0,81	0,90
	3	0,77	0,90
	4	0,68	0,91
	5	0,81	0,90
	6	0,69	0,91
	7	0,70	0,91
Dikkat Eksikliği	1	0,77	0,92
	2	0,83	0,92
	3	0,75	0,92
	4	0,78	0,92
	5	0,78	0,92
	6	0,76	0,92
	7	0,61	0,93
	8	0,78	0,92
	9	0,75	0,92
Hiperaktivite	1	0,74	0,91
	2	0,78	0,91
	3	0,72	0,92
	4	0,68	0,92
	5	0,77	0,91
	6	0,73	0,91
	7	0,68	0,92
	8	0,75	0,91
	9	0,75	0,91

Tablo 8. Türkçe Ölçeğin Düzeltilmiş Madde-Toplam Korelasyon Katsayıları ve İlgili madde Çıkarıldığındaki İç Tutarlılık Katsayıları (devam)

Karşıt Olma – Karşı Gelme	1	0,76	0,91
	2	0,81	0,91
	3	0,80	0,91
	4	0,75	0,91
	5	0,70	0,92
	6	0,79	0,91
	7	0,76	0,91
	8	0,63	0,91
Duygu İçermeyen Kişilik Özellikleri	1	0,62	0,77
	2	0,72	0,73
	3	0,56	0,80
	4	0,65	0,76
Sosyal Bozulma	1	0,73	0,77
	2	0,74	0,76
	3	0,58	0,85
	4	0,67	0,79
Akademik Bozulma	1	0,79	0,81
	2	0,77	0,83
	3	0,64	0,87
	4	0,73	0,98

Pearson momentler çarpımı korelasyonun düzeltilmiş formülü kullanılmıştır.

Tablo 9. Türkçe ve Özgün ÇEDE Aile Formu Ölçekleri ile alt ölçeklerinin İç Tutarlılık Katsayıları

Alt Ölçek	Türkçe Ölçek	İç Tutarlılık Katsayısı	
		Özgün Ölçek Anne	Baba
Yavaş Bilişsel Tempo	0,93	0,93	0,92
Kaygı Bozukluğu	0,77	0,72	0,75
Depresif Bozukluk	0,92	0,87	0,84
Dikkat Eksikliği	0,93	0,95	0,95
Hiperaktivite	0,92	0,93	0,93
Karşıt Olma – Karşı Gelme	0,92	0,92	0,91
Duygu İçermeyen Kişilik Özellikleri	0,82	0,84	0,85
Sosyal Bozulma	0,84	0,90	0,91
Akademik Bozulma	0,88	0,94	0,95

Pearson momentler çarpımı korelasyon eşitliği kullanılmıştır.

Tablo 10’ da ÇEDE Aile Formu Ölçeği ve alt ölçeklerinden alınan puanlar arası korelasyonlar verilmiştir. Toplam ölçek ile tüm alt ölçekler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olup korelasyon katsayıları 0,25 ile 0,86 arasında değişmektedir ($p < 0,001$). Alt ölçeklerin birbirleri ile ilişkileri değerlendirildiğinde duygu içermeyen

kişilik özellikleri alt ölçeği ile kaygı bozukluğu alt ölçeği ilişkisinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı ($p>0,05$) saptanmıştır. Diğer alt ölçeklerin birbirleri arasındaki ilişkilerin tamamı istatistiksel olarak anlamlı olup korelasyon katsayıları 0,12 ile 0,71 arasında değişmektedir ($p < 0,001$).

Tablo 10. ÇEDE Aile Formu Ölçeği Ve Alt Ölçekleri arasındaki Korelasyon Değerleri

	YBT *	KB*	DB*	DE*	HA*	KOKGB*	DİKÖ*	SB*	AKB*
Yavaş Bilişsel Tempo	-								
Kaygı Bozukluğu	0,52	-							
Depresif Bozukluk	0,71	0,59	-						
Dikkat Eksikliği	0,77	0,47	0,65	-					
Hiperaktivite	0,47	0,41	0,42	0,64	-				
Karşıt Olma - Karşı Gelme	0,59	0,51	0,65	0,64	0,69	-			
Duygu İçermeyen Kişilik Özellikleri	0,21	0,04	0,15	0,25	0,12	0,20	-		
Sosyal Bozulma	- 0,40	-0,28	-0,45	- 0,40	-0,30	- 0,47	-0,37	-	
Akademik Bozulma	- 0,45	-0,18	-0,35	-0,58	-0,39	- 0,38	-0,40	-0,51	-
Genel	0,86	0,67	0,79	0,85	0,75	0,82	0,25	0,36	0,39

Pearson momentler çarpımı korelasyon eşitliği kullanılmıştır.

(* YBT: Yavaş Bilişsel Tempo, KB: Kaygı Bozukluğu, DB: Depresif Bozukluk, DE: Dikkat Eksikliği, HA: Hiperaktivite, KOKGB: Karşıt Olma – Karşı Gelme, DİKÖ: Duygu İçermeyen Kişilik Özellikleri, SB: Sosyal Bozulma, AKB: Akademik Bozulma)

A. 2. b. ÇEDE Aile Formu Ölçeği Test – Tekrar Test Değerlendirmesi

ÇEDE Aile Formu Ölçeği’ nin test-tekrar test uygulaması 2 - 4 hafta arayla, 100 katılımcı ile yapılmıştır. Elde edilen ÇEDE Ölçeği alt ölçeklerinin korelasyon katsayısı değerleri incelendiğinde yavaş bilişsel tempo alt ölçeği korelasyon değeri $r = 0,719$; $p < 0,001$, anksiyete bozukluğu alt ölçeği korelasyon değeri $r = 0,801$; $p < 0,001$, depresif

bozukluk alt ölçeği korelasyon değeri $r = 0,763$; $p < 0,001$, dikkat eksikliği alt ölçeği korelasyon değeri $r = 0,810$; $p < 0,001$, hiperaktivite alt ölçeği korelasyon değeri $r = 0,853$; $p < 0,001$, karşıt olma – karşı gelme bozukluğu alt ölçeği korelasyon değeri $r = 0,783$; $p < 0,001$, duygu içermeyen kişilik özellikleri alt ölçeği korelasyon değeri $r = 0,806$; $p < 0,001$, sosyal bozulma alt ölçeği korelasyon değeri $r = 0,605$; $p < 0,001$, akademik bozulma alt ölçeği korelasyon değeri $r = 0,788$; $p < 0,001$ bulunmuştur. İlk ölçüm ile ikinci ölçüm arasındaki bağımlı grupların puanlarını karşılaştırılması Wilcoxon sıralı işaret testi ile değerlendirilmiş, tüm ölçümlerde anlamlı bir fark bulunmamıştır (tablo-11)

Tablo 11. Alt ölçeklerin test – tekrar test korelasyon değerleri

Alt Ölçek	İlk ölçüm	İkinci ölçüm	z	p	r	p
Yavaş Bilişsel Tempo	19 (11-30)	21,5(12-31,7)	-1,351	0,173	0,719	<0,001
Kaygı Bozukluğu	6,5 (3-11)	7 (4-11)	-0,264	0,792	0,801	<0,001
Depresif Bozukluk	9 (3-17,7)	9 (3-15,7)	-0,574	0,566	0,763	<0,001
Dikkat Eksikliği	18(8-27,5)	17,5 (9-26)	-0,944	0,345	0,810	<0,001
Hiperaktivite	13 (5-24)	13 (5-22,5)	-1,296	0,195	0,853	<0,001
Karşıt Olma – Karşı Gelme	13,5 (5,2-20,7)	13,5 (6-20)	-0,545	0,586	0,783	<0,001
Duygu İçermeyen Kişilik Özellikleri	11 (7-15)	9 (5-12,75)	-0,967	0,333	0,806	<0,001
Sosyal Bozulma	14(9,2-18,7)	14 (9-18)	-1,433	0,152	0,806	<0,001
Akademik Bozulma	12 (8-17)	12 (7-17)	-0,893	0,372	0,605	<0,001

Pearson momentler çarpımı korelasyon eşitliği kullanılmıştır.

B. ANNE ve BABALARIN ALT ÖLÇEK PUANLAMALARI ve İLİŞKİLİ FAKTÖRLERE İLİŞKİN BULGULAR

Katılımcıların alt ölçek puanlamaları tablo 12’ de gösterilmiştir.

Tablo 12. Anne Ve Babaların Alt Ölçek Puanları

Alt Ölçek	Ortalama + SS	Ortanca (Çeyrekler)	En Yüksek – En Düşük
Yavaş Bilişsel Tempo	14.9 ± 14.4	11.0 (4.0 – 21.0)	77.0 - 0.0
Kaygı Bozukluğu	6.5 ± 5.7	5.0 (2.0 – 9.0)	29.0 - 0.0
Depresif Bozukluk	6.7 ± 7.8	4.0 (1.0–10.0)	35.0 – 0.0

Tablo 12. Anne Ve Babaların Alt Ölçek Puanları (devam)

Alt Ölçek	Ortalama + SS	Ortanca (Çeyrekler)	En Yüksek – En Düşük
Dikkat Eksikliği	10.8 ± 10.6	7.0(3.0 – 17.0)	45.0 – 0.0
Hiperaktivite	10.9 ± 11.0	7.0 (2.0 – 17.0)	45.0 – 0.0
Karşıt Olma – Karşı Gelme	10.0 ± 9.2	7.0 (3.0 – 15.0)	40.0 – 0.0
Duygu İçermeyen Kişilik Özellikleri	7.7 ± 5.3	8.0 (3.0 – 12.0)	20.0 – 0.0
Sosyal Bozulma	17.1 ± 5.7	18.0 (13.0 – 22.0)	24.0 – 0.0
Akademik Bozulma	16.5 ± 6.1	4.0 (12.0 – 22.0)	24.0 – 0.0

Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

B. 1. ÇEDE Aile Formu Alt Ölçek Grupları' nın Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

Alt ölçek gruplarının ÇEDE puanları cinsiyete göre karşılaştırıldığında yavaş bilişsel tempo toplam puanı ortanca değeri kızlarda 11 (Çeyrekler arası aralık ÇAA= 3-21) erkeklerde 11 (Çeyrekler arası aralık ÇAA= 4-22) (Mann –Whitney U= 122216,50, z= -0,995, p>0,05) olarak, kaygı bozukluğu toplam puanı ortanca değeri kızlarda 6 (Çeyrekler arası aralık ÇAA= 2-10) erkeklerde 4 (Çeyrekler arası aralık ÇAA= 2-8) (Mann –Whitney U= 113381,50, z= -2,909, p<0,05) olarak, depresif bozukluk toplam puanı ortanca değeri kızlarda 4 (Çeyrekler arası aralık ÇAA= 1-9) erkeklerde 4 (Çeyrekler arası aralık ÇAA= 1-10) (Mann –Whitney U= 126353,50, z= -0,102, p>0,05) olarak, dikkat eksikliği toplam puanı ortanca değeri kızlarda 6 (Çeyrekler arası aralık ÇAA= 2-10) erkeklerde 9 (Çeyrekler arası aralık ÇAA= 4-19) (Mann –Whitney U= 103681,00, z= -5,001, p<0,001) olarak, hiperaktivite toplam puanı ortanca değeri kızlarda 5 (Çeyrekler arası aralık ÇAA= 1-14) erkeklerde 11 (Çeyrekler arası aralık ÇAA= 3-20) (Mann –Whitney U= 100583,00, z= -5,674, p<0,001) olarak, karşıt olma -karşı gelme bozukluğutoplam puanı ortanca değeri kızlarda 7 (Çeyrekler arası aralık ÇAA= 3-14) erkeklerde 8 (Çeyrekler arası aralık ÇAA= 4-16) (Mann –Whitney U= 116892,50, z= -2,147, p<0,05) olarak, duygu içermeyen kişilik özellikleri toplam puanı ortanca değeri kızlarda 7 (Çeyrekler arası aralık ÇAA= 3-11) erkeklerde 9 (Çeyrekler arası aralık ÇAA= 4-13) (Mann –Whitney U= 110461,00, z=-3,538, p<0,001) olarak, sosyal bozulma toplam puanı ortanca değeri kızlarda 19 (Çeyrekler arası aralık ÇAA= 13-22) erkeklerde 18 (Çeyrekler arası aralık ÇAA= 13-21) (Mann –Whitney U= 118619,50, z= -1,774, p>0,05) olarak,

akademik bozulmatoplam puanı ortanca değeri kızlarda 19 (Çeyrekler arası aralık ÇAA= 14-22) erkeklerde 16 (Çeyrekler arası aralık ÇAA= 10-20) (Mann –Whitney U= 91940,50, z= -7,546, p<0,001) olarak bulunmuştur. Cinsiyetler arasında istatistiksel olarak kaygı bozukluğu ve karşıt olma – karşı gelme bozukluğu alt bölümlerinde anlamlı; dikkat eksikliği, hiperaktivite, duygu içermeyen kişilik özellikleri ve akademik bozulma alt bölümlerinde ise çok anlamlı derecede farklılık olduğu bulunmuşken yavaş bilişsel tempo, depresif bozuklukve sosyal bozulma alt bölümlerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Tablo 13’ de çocuk ve ergenlerin cinsiyetlerine göre alt ölçek puan ortancaları ile 1. Ve 3. çeyrek değerleri gösterilmiştir.

Tablo 13. Yaş ve cinsiyete göre alt ölçek puan ortanca ve çeyrekler arası aralık değerleri

Alt Ölçek	Cinsiyet	
	Kız (n= 570)	Erkek (n= 445)
	Ortanca (ÇAA)	Ortanca (ÇAA)
Yavaş Bilişsel Tempo	11 (3-21)	11 (4-22)
Kaygı Bozukluğu	6 (2-10)*	4 (2-8)*
Depresif Bozukluk	4 (1-9)	4 (1-10)
Dikkat Eksikliği	6 (2-10)**	9 (4-19)**
Hiperaktivite	5 (1-14)**	11 (3-20)**
Karşıt Olma – Karşı Gelme	7 (3-14)*	8 (4-16)*
Duygu İçermeyen Kişilik Özellikleri	7 (3-11)**	9 (4-13)**
Sosyal Bozulma	19 (13-22)	18 (13-21)
Akademik Bozulma	19 (14-22)**	16 (10-20)**

Mann Whitney U testi uygulanmıştır. (*P<0,05, **p<0,001)

B. 2. ÇEDE Aile Formu Alt Ölçek Grupları’ nın Yaş İle Korelasyonları

ÇEDE Aile Formu alt ölçek gruplarının yaş ile korelasyonları değerlendirildiğinde yavaş bilişsel tempo (r= 0,180; P< 0,001), depresif bozukluk (r= 0,187; P< 0,001), karşıt olma – karşı gelme bozukluğu (r= 0,099; P= 0,002) boyutlarının yaş ile pozitif yönde düşük düzey ilişki gösterdikleri; hiperaktivite (r= - 0,096; P= 0,002) alt boyutunun yaş ile negatif yönde düşük düzey ilişki gösterdiği; kaygı bozukluğu (r= 0,053; P= 0,094), dikkat eksikliği (r= 0,052; P= 0,096) ve duygu içermeyen kişilik özellikleri (r= 0,034; P= 0,286) alt boyutlarının yaş ile anlamlı

ilişkisinin olmadığı bulunmuştur. Sosyal bozukluk ($r = -0,098$; $P = 0,002$) alanındaki düşük puanlama yaş ile negatif yönde düşük düzey ilişki gösterirken; akademik bozukluk ($r = 0,008$; $P = 0,800$) alanındaki düşük puanlamanın yaş ile anlamlı ilişkisinin olmadığı bulunmuştur (Tablo-14).

Tablo 14. Alt ölçeklerin yaş ve cinsiyet ile korelasyonları

		YBT*	KB*	DB*	DE*	HA*	KOKGB*	DİKÖ*	SB*	AKB*
Yaş	r	0,180	0,053	0,187	0,052	-0,096	0,099	0,034	-0,098	0,008
	p	<0,001	0,094	<0,001	0,096	0,002	0,002	0,286	0,002	0,800

Pearson momentler çarpımı korelasyon eşitliği kullanılmıştır.

(* YBT: Yavaş Bilişsel Tempo, KB: Kaygı Bozukluğu, DB: Depresif Bozukluk, DE: Dikkat Eksikliği, HA: Hiperaktivite, KOKGB: Karşıt Olma – Karşı Gelme, DİKÖ: Duygu İçermeyen Kişilik Özellikleri, SB: Sosyal Bozulma, AKB: Akademik Bozulma)

TARTIŞMA

Çocuk ve Ergenlerde Davranış Envanteri (ÇEDE) Aile Formu' nun geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu bulunmuştur. Çocuk ve ergenlerdeki psikopatolojinin farklı boyutları ile birlikte sosyal ve akademik bozulmayı ölçen ÇEDE Ölçeği Aile Formu' nun Türk kültürüne uyarlaması geçerlik ve güvenirlik çalışmalarından elde edilen bulgularının tartışılması aşağıda belirtilen başlıklar altında yapılmıştır.

A. ÇEDE AİLE FORMU ÖLÇEĞİ' NİN GEÇERLİLİK İLE İLGİLİ BULGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

A. 1. ÇEDE Aile Formu' nun Kapsam Geçerliğinin İncelenmesi

Ölçülmek istenilen özellik ile ölçme maddeleri arasındaki bağlantı, ölçme aracının geçerliğine uygun olup olmadığını değerlendirmektedir. Ölçek maddesinin ölçülmesi amaçlanan özelliği kapsama yeterliliği kapsam geçerliği olarak adlandırılmaktadır (180). Kapsam geçerliliğinin incelenmesi için bu çalışmada Davis tekniği kullanılmıştır. Davis (1992) tekniği uzman görüşlerini “Uygun”, “Madde hafifçe gözden geçirilmeli”, “Madde ciddi olarak gözden geçirilmeli” ve “Madde uygun değil” şeklinde derecelendirmektedir. Bu teknikte ilk iki seçeneği işaretleyen uzmanların sayısı toplam uzman KGİ değeri 0,80 ve üzeri değerler ölçüt olarak kabul edilmektedir(153). Bu çalışmada 7 uzman kişi tarafından ölçek maddeleri Davis tekniğine göre puanlanmış ve tüm maddeler KGİ 0,80 ve üzerinde değerlendirilmiştir. Bu nedenle hesaplanan değerler 0.80 ve üzeri yüksek olduğu için uzmanlar arasında uyum olduğuna karar verilmiştir.

A. 2. ÇEDE Aile Formu' nun Yapı Geçerliğinin İncelenmesi

Faktör analizi, ölçekteki maddelerin gerçekte araştırılan yapıyı ölçüp ölçmediğini belirlemek için yapılır. Temeldeki amacına göre ikiye ayrılır. Açıklayıcı faktör analizi (AFA) araştırmacının, değişkenlerin sayısı veya niteliğinden beklentileri yoktur ve adından anlaşılacağı üzere doğal olarak yapıların oluşmasını sağlar. Yani, araştırmacının bir teori veya model oluşturmak için ana boyutları keşfetmesine ve gizli yapı sayısının belirlenmesine olanak sağlar (181) (182). AFA normalde ölçek oluşturmada veya yeni bir ölçümde ilk adımdır (183). Doğrulayıcı faktör analizi (DFA), önceden belirlenen ilişki örüntülerinin veri tarafından doğrulanıp doğrulanmadığını ortaya koymaktır (184). Bu nedenle DFA AFA'da tanımlanan

yapıların yeni ve farklı bir örneklemede çalışıp çalışmadığını kontrol etmede kullanılır. DFA kullanıldığı alanlar ölçüm araçlarının psikometrik değerlendirmesi, yapı geçerliliği, metot etkileri ve ölçüm değişmezliği hesaplamalarıdır (185).

A. 2. a. Açıklayıcı Faktör Analizi

Ölçek içindeki yavaş bilişsel tempo ile ilgili maddeler ilk defa Türk toplum örnekleminde çalışılacağı ve çocukluk çağındaki çoğu psikopatolojiyi değerlendiren geniş kapsamlı bir ölçek olduğu için maddeler serbest bırakılarak AFA yapılmıştır. AFA’ da veri grubunun faktör analizi için uygunluğunun değerlendirilmesi, faktörlerin elde edilmesi, faktörlerin rotasyonu, faktörlerin adlandırılması yapılmaktadır (186). Faktör yükleri 0,71 üzeri mükemmel, 0,63 – 0,70 arası çok iyi, 0,55 – 0,62 arası iyi, 0,45 – 0,54 arası normal ve 0,32 - 0,44 arası zayıf olarak değerlendirilir (187) .

Özgün ölçeğe bağlı kalınmadan maddeler serbest bırakılarak AFA yapıldığında maddelerin 10 faktörde toplandığı görülmüştür. On faktörde toplanan modelin açıkladığı toplam varyans %65,7’ dir. Varyans değerinin %40 ile %60 arasında olmasının yeterli olduğu, yüksek varyans değerlerinin faktör yapısı için olumlu olduğu bilinmektedir(157). AFA’ya göre oluşan alt boyutlar ve faktör yükleri incelenecek olursa, YBT alt boyutu faktör yükleri 0,54 ve 0,65 arası oluşan 11 maddeden oluşmaktadır. YBT içinde yer alan 12. Madde hem YBT (faktör yükü 0.37) hem de DEHB / DE boyutunda (faktör yükü 0.55) yüklenmekte ancak daha çok DEHB / DE ile ilişkili durmaktadır. İspanyada yapılan çalışmada, YBT alt boyutunun faktör yükleri anne katılımcılar için 0,58 ve 0,95 aralığında, baba katılımcılar için 0,63 ve 0,89 aralığında bulunmuş; her iki katılımcı (anne-baba) için de çalışmamız sonucuna benzer şekilde 12. madde daha çok DEHB / DE alt boyutu ile ilişkili bulunmuştur (11).

Orijinal ölçekten farklı şekilde oluşan 10. faktör YBT içindeki 1. Madde “Davranışları yavaştır (uyuşuktur)”, 4. Madde “Gün boyunca mahmur veya uykuludur (esner)”, 7. Madde “Hareketsizdir” ve 9. Madde “Kolayca yorulur, bitkin hisseder” maddelerinden oluşmaktadır. Bu maddeler 0,47 ve 0,58 faktör yükleri arasında onuncu alt boyutta toplanmıştır. Bu alt boyutta toplanan maddeler incelendiğinde üçünün YBT ölçeğindeki motor harekette “yavaşlama” ile ilgili tüm maddeleri kapsadığı ve birinin uykululuk ile ilişkili olduğu görülmektedir. YBT ile ilgili yazın incelendiğinde Barkleyin 2013 oluşturduğu YBT ölçeğindeki alt boyutun bir tanesini “yavaşlık” oluşturmaktadır (23). Becker ve arkadaşlarının da yaptığı meta-analiz çalışmasında

benzer şekilde YBT'nin yavaşlık - ağırlılık ve uykululuk ile tutarsız uyarılabilirlik - gün içinde hayallere dalma şeklinde iki temel bölüme ayrıldığını göstermiştir (19). Oluşan 10. faktör ve yüklenen maddeler özellikle motor yavaşlık ve uykululukla ilişkilidir ve yukarıda ifade edildiği gibi YBT ile ilgili yazında tanımlanan YBT' nin iki kısmından motor yavaşlık ve uyku kısmıyla ilişkilidir. Bu nedenle oluşan bu 10. faktör YBT den ayrı bir faktör olarak düşünülmemiş onunla ilişkili yazında tanımlanan bir alt faktör olarak ilişkili olduğu düşünülmüştür.

İkinci faktör olarak DEHB / HA maddeleri 0.60 ile 0.81 faktör yükleri ile orijinal ölçekteki gibi 9 madde olacak şekilde, DEHB / DE faktör yükleri 0.53 ile 0.67 olacak şekilde 9 maddede, KOKGB faktör yükleri 0.60 ile 0.72 olacak şekilde 8 maddede, depresyon faktör yükleri 0.54 ile 0.72 olacak şekilde çoğu madde iyi ve çok iyi derecede faktör yükü almıştır. Anksiyete bozukluğu faktör yükleri 0.58 ile 0.68 arasında olacak şekilde 5 maddede yer almıştır. Orijinal ölçekte anksiyete alt ölçeğinde yer alan 6. madde “ belirgin bir sebep olmadığı halde başının ve midesinin ağrıdığını veya hasta olduğunu söyler” sadece depresyon alt boyutuna 0.40 faktör yükü ile yüklenmiştir. Yetişkinlerde yapılan çalışmalarda depresyonun diğer semptomları yanında bedensel yakınmaların, özellikle gelişmekte olan toplumlarda sık görüldüğü, depresif bozukluğu olanların önemli bir kısmının bedensel yakınmalarla başvurduğu bilinmektedir (188). Hem çocuk hem ergenlerde baş ağrısı, karın ve göğüs ağrısı gibi somatik belirtilerin çocuk ve ergenlerde en sık görülen depresyon belirtisi olduğu belirtilmektedir (50). Bu bilgiler göz önüne alındığında ve bu maddenin sadece depresyon alt boyutuna yüklendiği düşünüldüğünde orijinal ölçekten farklı olarak bu maddenin depresyon alt boyutunda kalmasının uygun olacağı düşünülmüştür.

Duygusal olmayan özellikler orijinal ölçekte olduğu 0.63 ile 0.85 faktör yükleri olacak şekilde, akademik bozukluk 4 maddede faktör yükleri 0.68 ile 0.78 olacak şekilde sosyal bozulma 4 maddede faktör yükleri 0.71 ile 0.79 olacak şekilde alt boyut oluşturmuştur.

Brezilya (3) ve Tayland (4)' da yapılan çalışmalarda DEHB / DE, DEHB / HA AFA değerleri çalışmamıza benzer değer aralıklarında bulunmuştur (Brezilya DEHB / DE: anne 0,67, baba 0,84 – DEHB / HA: anne 0,63, baba 0,76; Tayland DEHB / DE: anne ve baba 0,72 – DEHB / HA: anne ve baba 0,66).

A. 2. b. Doğrulayıcı Faktör Analizi

Doğrulayıcı faktör analizi, Türkçe ölçeğin alt ölçeklerine uyularak oluşturulmuş olan 9 faktörlü modelde yapılmıştır. χ^2/sd değeri' nin 3' ün altında olması mükemmel uyumu, 5' ten küçük olması iyi uyumu göstermektedir (164)(165). Çalışmamız birinci düzey DFA χ^2/sd değeri 3,59, ikinci düzey DFA χ^2/sd değeri 3,99' dur.

Literatürde daha çok CFI ve RMSEA uyum indekslerinin kullanılması önerilmekte olup; örneklem büyüklüğüne duyarlı olan GFI gibi indeksler çok fazla tercih edilmemektedir (189).

RMSEA ve SRMR değerleri 0 ile 1 arasında değişir ve 0,05 ve daha az değer aldığı mükemmel uyumu işaret eder. Yazarlar, 0,08 ve altındaki değerleri iyi uyum 0,10' un altındaki değerleri zayıf uyum olarak kabul etmektedirler(156)(170)(190)(191). Dokuz faktörlü modelin uyumunun RMSEA (0,056)' ya ve SRMR (0,054)' ye göre iyi değerde olduğu gözlenmiştir.

Uyum indeks göstergelerinden biri olan GFI' nin 0,95 üzerinde olmasının uyumun mükemmel olduğunu, 0,90 - 0,95 arası olması ise iyi olduğunu gösterir(164) ancak bazı yazarlar GFI' nin örneklem büyüklüğünden etkilendiğini, bundan dolayı kullanılmaması gerektiğini ifade etmektedirler(192). Dokuz faktörlü modelin GFI' sı (0,79) uyumu orta derecede göstermektedir.

CFI ve NNFI artmalı uyum indeksleridir ve bu değerlerin 0,90-0,95 arasında olması iyi uyumu, 0,95' in üstünde olması ise mükemmel uyumu işaret etmektedir(164)(169). Dokuz faktörlü modelin CFI ve NNFI değerleri mükemmel uyumu göstermektedir.

Özgün ölçeğin tüm alt ölçekleri uyum indeks göstergelerinden χ^2p , CFI, TLI ve RMSEA ile değerlendirilmiş, tüm alt ölçeklerin χ^2p , CFI, TLI ve RMSEA değerlerinin mükemmel uyum gösterdiği belirtilmiştir.

Türkçe ölçeğin ikinci düzey DFA sonuçlarından GFI orta düzeyde, diğer uyum değerleri iyi ve mükemmel düzeydedir ($\chi^2/sd= 3,99$, RMSEA= 0,061, SRMR= 0,069, GFI= 0,7, CFI= 0,98 ve NNFI= 0,98).

Tayland (4), Brezilya (3), Güney Kore [9], Şili (10) ve İspanya' da (11) yapılan çalışmalarda uyum değerleri sırası ile CFI= 0,92, 0,92, 0,70, 0,97, 0,96; RMSAE= 0,041, 0,042, 0,032, 0,029, 0,029 şeklindedir. Çalışmamız uyum değerleri bu değerlere kıyasla benzer ya da daha yüksek düzeydedir.

A. 3. ÇEDE Aile Formunun Ayırt Edici Geçerliliği

ÇEDE Aile Formu' nun çocuk ve ergenlerde görülen çeşitli psikopatoloji ile sosyal ve akademik bozulmayı ölçen alt ölçekleri toplum (n= 761) ve klinik örneklem (n= 254) ile karşılaştırılmıştır. Buna göre YBT, DEHB / DE, DEHB / HA, KOKGB, anksiyete bozukluğu ve depresif bozukluk ölçeklerin tamamında klinik örneklem puanlarının toplum örnekleme puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu ($p<0.001$) saptanmıştır (bkz. tablo 7). Duygusal olmayan özellikleri değerlendiren ölçekte toplam puanın az olması olumludur, bunu yansıtacak şekilde toplum örnekleminde klinik örnekleme göre anlamlı olacak şekilde ölçek puanları düşüktür ($p<0.001$). Ölçekte yer alan akademik ve sosyal bozulmayı ölçen ölçeklerde yüksek puanlar olumlu akademik ve sosyal işlevleri ölçmektedir. Bununla uyumlu olarak çalışmamızda hem akademik hem sosyal bozulma puanları toplum örnekleminde klinik örnekleme göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek fazlanmıştır (her ikisi içinde $p < 0.001$). ÇEDE' nin hem psikopatoloji hem de akademik ve sosyal bozulmayı ölçen ölçekleri beklenildiği şekilde istatistiksel olarak anlamlı olarak klinik örneklem ile toplum örneklemini belirgin olarak ayırmaktadır. Bu bulgular ÇEDE Aile Formu ölçeğinin ayırt edici geçerliliğinin olduğunu göstermektedir.

B. ÇEDE AİLE FORMU' NUN GÜVENİLİRLİK ANALİZİNE DAYALI BULGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Güvenilirlik, en temelde yapılan ölçümün kararlı bir şekilde tutarlı olmasını ölçer. Ölçüm ile elde edilen değerler farklı yerlerde ve farklı zamanlarda uygulandığında benzer sonucu vermelidir. Güvenilirlik, bir ölçeğin ölçmek istediği özelliği ne ölçüde doğru ölçtüğünü ve sürekliliğini gösterir. Güvenilirlik için testin tekrarlanabilir olması gerekir (193)(156).

B. 1. İç Tutarlılık Güvenirlik Katsayısı

Güvenirlik analizinde kullanılan önemli bir kavram iç tutarlılıktır. Cronbach alfa katsayısı bir güvenilirlik ölçütüdür ve Likert tipi ölçeklerin iç tutarlılığını değerlendirmek için kullanılır (177). Bu katsayı ölçek maddelerine verilmiş cevapların tutarlılığını tespit eder (144).

Türkçe Ölçek alt ölçeklerin iç tutarlılık katsayıları; Yavaş Bilişsel Tempo= 0,93, Anksiyete Bozukluğu= 0,77, Depresif Bozukluk= 0,92, Dikkat Eksikliği= 0,93,

Hiperaktivite= 0,92, Karşıt Olma - Karşı Gelme= 0,92, Duygu İçermeyen Kişilik Özellikleri= 0,82, Sosyal Bozulma= 0,84, Akademik Bozulma= 0,84' dür ve tüm ölçek iç tutarlılık katsayısı 0,97 bulunmuştur.

Tıp yazınına göre alfa katsayısı değerleri $0,60 < \alpha \leq 0,80$ olduğunda ölçek güvenilirliği orta, $0,80 < \alpha \leq 1,00$ olduğunda ise yüksek düzeydedir. Buna göre ÇEDE Aile Formu Ölçeği ve alt ölçeklerin anksiyete bozukluğu dışında tümü yüksek düzeyde, anksiyete bozukluğu ise orta düzeyde güvenilirlerdir.

Özgün ölçek iç tutarlılık katsayıları anne ve baba için ayrı hesaplanmış olup, anne değerleri; Yavaş Bilişsel Tempo= 0,93, Anksiyete Bozukluğu= 0,72, Depresif Bozukluk= 0,87, Dikkat Eksikliği= 0,95, Hiperaktivite= 0,93, Karşıt Olma – Karşı Gelme= 0,92, Duygu İçermeyen Kişilik Özellikleri= 0,84, Sosyal Bozulma= 0,90, Akademik Bozulma= 0,94' dür. Baba değerleri ise; Yavaş Bilişsel Tempo= 0,92, Anksiyete Bozukluğu= 0,75, Depresif Bozukluk= 0,84, Dikkat Eksikliği= 0,95, Hiperaktivite= 0,95, Karşıt Olma – Karşı Gelme= 0,91, Duygu İçermeyen Kişilik Özellikleri= 0,85, Sosyal Bozulma= 0,91, Akademik Bozulma= 0,95'dir.

İspanyada yapılan çalışmada alt ölçek iç tutarlılık katsayıları özgün ölçeğe benzer şekilde anne ve baba için ayrı hesaplanmış olup, YBT, DEHB / DE, DEHB / HA, KOKGB, anksiyete bozukluğu, depresif bozukluk, DİKÖ, akademik bozulma ve sosyal bozulma alt ölçekleri anne değerleri sırasıyla 0,93, 0,95, 0,93, 0,92, 0,72, 0,87, 0,84, 0,90, 0,94; baba değerleri sırasıyla 0,92, 0,95, 0,93, 0,91, 0,75, 0,84, 0,85, 0,91, 0,95 ' dir (11).

Bu sonuçlara göre Türkçe alt ölçeklerin iç tutarlılık katsayıları özgün ve İspanyolca ölçeklere benzer bulunmuştur.

B. 2. Madde - Alt Boyut Toplam Puan Korelasyonları

Madde - toplam korelasyonları güvenilirlik kapsamında değerlendirilir ve kişilerin maddelerce ne düzeyde ayırt edildiğini belirtmektedir. Bu korelasyon değerinin 0,30 ve üzeri olduğu maddelerin bireyleri iyi, 0,40 ve üzeri olduğu maddelerin çok iyi ayırt ettiği düşünülmektedir (194)(195). Maddelerin korelasyon değeri 0,20 ve üzerinde olduğunda ölçekte tutulabilmektedir(196).

Düzeltilmiş madde – toplam korelasyon değerleri Türkçe ölçekte 0,43 – 0,81 aralığında olup, ölçek maddelerinin bireyleri ayırt etme seviyelerinin iyi veya çok iyi olduğu bulunmuştur.

B. 3. Zamana Karşı Değişmezlik (Test-Tekrar Test Güvenirliği)

Test-tekrar test yöntemi, ölçeğin tutarlılığını ve güvenilirliğini değerlendirmek için aynı kişilere bir enstrümanın birden fazla uygulamasını içerir (197). Ölçeğin aynı örneklem grubuna aynı koşullarda, hatırlamaları önleyecek kadar uzun, fakat ölçülecek özellikte önemli değişimler olmasına izin vermeyecek kadar kısa bir zaman aralığında iki kez uygulanmasıdır (198).

Test-tekrar test yöntemi ile belirlenen korelasyon katsayısından, iki değişken arasındaki ilişkinin seviyesi ve yönü ile ilgili bilgi elde edilir. Bu katsayı -1,00 ile +1,00 arasındadır. +1 İki ölçüm arasında ilişkinin pozitif ve mükemmel olduğunu, -1 negatif ve mükemmel olduğunu, 0,00 ise iki ölçüm arasında ilişki olmadığını gösterir. Korelasyon katsayısının pozitif ve yüksek olması istenir ki bu ölçeğin zamana karşı kararlılık gösaterdiğini ve değişmez olduğunu gösterir (157).

Bu çalışmada 100 katılımcı üzerinde ÇEDE Aile Formu ölçeğinin test-tekrar test güvenilirliği denenmiştir. Çalışmaya katılan velilerden 2 - 4 hafta sonra tekrar ölçeği doldurması istenmiş, test-tekrar test korelasyon katsayıları hesaplanmış ve puan ortalamaları karşılaştırılmıştır.

ÇEDE Aile Formu alt boyutlarının ilk ve ikinci uygulamadan elde edilen puanlar arasındaki ilişki incelendiğinde (Pearson Korelasyon Analizi) güvenilirlik katsayısı $r=0.60$ ile $r=0.85$ arasında değişen, pozitif yönde ilişki olduğu saptanmıştır. Bu sonuç istatistiksel olarak anlamlıdır (tablo 11). Korelasyon katsayılarının yüksek olması ilk ve ikinci uygulama sonuçları arasındaki tutarlılığın gücünü göstermektedir.

C. ÇEDE AİLE FORMU' NUN CİNSİYET ve YAŞ İLE İLGİLİ BULGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Cinsiyetler arası bölüm puanları karşılaştırıldığında YBT açısından cinsiyetler arası anlamlı fark bulunamamıştır. Bu bulgu Becker ve arkadaşlarının aile formu ile yaptıkları çalışmayla uyumludur (199). Ancak yapılan bir gözden geçirme çalışmasında istatistiksel olarak küçük bir etkiye sahip olsa da YBT belirtilerinin erkeklerde kızlara göre az da olsa fazla olduğunu göstermiştir (19). Becker ve

arkadaşlarını saptadığı şekilde DEHB / DE bulguları bizim çalışmamızda erkeklerde kızlara göre anlamlı yüksek çıkmıştır (200)

DEHB eşlik eden veya etmeyen kızlarda içe yönelim bozuklukları daha sık görülürken DEHB eşlik eden ve etmeyen erkeklerde de dışa yönelim sorunları daha fazla görülür (201)(202). Bu bulgularla uyumlu olacak şekilde çalışmamızda hiperaktivite ve KOKGB puanları erkeklerde daha fazlayken anksiyete puanları kızlarda fazla saptanmıştır.

Depresyon puanları arasında kız ve erkek cinsiyet arasında fark bulunamamıştır. Çalışmamızdaki katılımcıların yaş olarak ergenlik dönemi öncesinde olduğu göz önüne alındığında bu bulguda depresif bozukluğun 12 yaş sonrası, yani postpubertal süreçte cinsiyetler arasında farklılaştığını gösteren izlem çalışmasıyla uyumludur (203).

Duygusal olmayan özellikler anlamlı derecede erkeklerde daha kötüdür. Bu bulgu özellikle ergenlik öncesi erkek çocuklarda prososyal yeteneklerin kısıtlı olduğu kızlarda bu özelliklerin fazla olduğu, ergenlik döneminde cinsiyete özgü farklılıklar gösterdiği çalışma bulgularıyla tutarlıdır (202).

Çalışmamızda sosyal bozulma puanları açısından cinsiyetler arası anlamlı fark bulunamamıştır. Akademik bozukluk puanları kızlarda erkeklere göre anlamlı derecede yüksektir, yani erkeklerde akademik bozulma daha fazladır. DEHB bulguları erkeklerde kızlara göre daha sık görüldüğünden ve çalışmamızda akademik bozulma ile ilişkileri incelendiğinde bu bulgu beklenen bir bulgu olarak değerlendirilmiştir.

Yaş ile ölçek puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında ilişkinin bazı alt boyutlarda çok zayıf düzeyde bir ilişkiye sahip olduğu görülmüştür. Bu zayıf ilişkiler nedeni ile yazın ile uyumlu kısımlar ele alınmıştır. YBT' nin yaş arttıkça arttığını gösteren bulgu ile bizim çalışmamızda bulunan yaş ile zayıf pozitif ilişki kısmen tutarlı olabilir (19).

Hiperaktivite puanları ile yaş arasındaki negatif oldukça o zayıf ilişki yaş arttıkça hiperaktivitenin azaldığı bulgusu ile uyumlu bulunmuştur (204).

Depresif bozukluğun daha çok ergenlik döneminde görülmesi ile çalışmamızdaki depresif semptom puanlarının yaşla artmasının uyumlu olduğu düşünülmektedir (203).

SONUÇ

Çocuk ve Ergenlerde Davranış Envanteri' nin Aile Formu' nun Türkçe geçerlik ve güvenirlik analizlerine dayalı sonuçlar çalışma sırasına göre verilmiştir.

A. GEÇERLİLİK ÇALIŞMASINA DAYALI SONUÇLAR:

- Ölçeğin 6 – 14 yaş aralığındaki Türk çocuk ve ergenlerin annelerine ve babalarına uygulanabilir duruma gelmesi için gerekli dil geçerliği çalışmaları yapılmıştır.
- Ölçek ve ölçekte yer alan her bir maddenin, amaca ne derece hizmet ettiğinin belirlenmesi için gerekli içerik geçerliği çalışmaları yapılmıştır. ÇEDE Aile Formu Ölçeği Türkçe formu üzerinde yer alan her bir madde (67 madde), uzmanlar tarafından “çok uygun”, “oldukça uygun-Madde hafifçe gözden geçirilmeli”, “biraz uygun- madde ciddi olarak gözden geçirilmeli” ve “madde uygun değil” şeklindeki dördümlü derecelendirmeye göre değerlendirilmiştir. Hesaplanan KGİ değerleri 0,56 değerinden yüksek olduğu için uzmanlar arasında uyum olduğu belirlenmiş bu sonuç, ÇEDE ölçeğinin kapsam olarak geçerli olduğunu göstermektedir.
- Ölçeğin yapı geçerliğini değerlendirmek ve Türk toplumundaki yapısını keşfederek açığa çıkarmak için açımlayıcı faktör analizi yapılmıştır. Serbest bırakılarak AFA yapıldığında maddelerin 10 faktörde toplandığı görülmüştür. On faktörde toplanan modelin açıkladığı toplam varyans %65,7 olup, değerler yeterli görülen değerlerden yüksek olduğu ve faktör yapısı için olumlu anlam içerdiği bulunmuştur. Özgün ölçekten farklı olarak maddeler 10 faktörde toplandığı, 10. faktörde toplanan YBT alt ölçeğinin 4 maddesinin, literatürde belirtildiği üzere YBT' nin “motor yavaşlık” ve “uykululuk” alt boyutunu temsil ettiği gözlenmiş ve ayrı bir faktör olarak değerlendirilmemiştir. Yine YBT alt ölçeğinin 12. maddesinin hem YBT (faktör yükü 0.37) hem de DEHB/DE boyutunda (faktör yükü 0.55) yüklendiğinden ancak daha çok DEHB/DE ile ilişkili olduğundan ölçekten çıkarılmasına karar verilmiştir. Hem çocuk hem ergenlerde baş ağrısı, karın ve göğüs ağrısı gibi somatik belirtilerin çocuk ve ergenlerde en sık görülen depresyon belirtisi olduğu bilgisine paralel olarak kaygı bozukluğu alt ölçeğinin somatik belirtileri ifade

eden 6. maddesinin sadece depresyon alt boyutuna yüklendiği bulunmuş, bu sebeplerde bu maddenin depresyon alt boyutunda kalmasının uygun olacağı düşünülmüştür. Yine yapı geçerliliği adına, ölçekteki faktörlerin uyumunu doğrulamak amacıyla tüm maddelerin doğrulayıcı faktör analizi yapılmış, sonuçlar faktörlerin uyumunu doğrulamıştır.

- ÇEDE Aile Formu hem psikopatolojileri hem de akademik ve sosyal bozulmaları ölçen alt ölçeklerinin beklenildiği şekilde, toplum ve klinik örneklem grubunu istatistiksel olarak anlamlı şekilde ayırabilmiş, böylece ayırt edici geçerliliğinin olduğu görülmüştür.

B. GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMASINA DAYALI SONUÇLAR:

- Ölçek ve alt boyutlarının zamana göre değişmezliğini değerlendirmek için yapılan güvenirlik analizinde, test - tekrar testten elde edilen puan ortalamaları bağımlı gruplarda t testi ile karşılaştırılmış, ortalamalar arasında bulunan farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır. Bu sonuç ölçeğin her iki uygulamada benzer değerleri ölçtüğünü, dolayısıyla ölçümler arasında tutarlılık olduğunu göstermektedir.
- Ölçek alt boyutlarının ilk ve ikinci uygulamadan elde edilen puanları arasındaki ilişki incelendiğinde (Pearson Korelasyon Analizi) güvenirlik katsayısı $r = 0.60$ ile $r = 0.85$ arasında değişen, pozitif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır. Bu sonuç istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p < 0.001$). Korelasyon katsayılarının yüksek olması ilk ve ikinci uygulama sonuçları arasındaki tutarlılığın gücünü göstermektedir.
- Ölçek iç tutarlılık güvenirlik katsayısı değerlendirildiğinde Cronbah Alfa Güvenirlik Katsayısı 0,83 olarak saptanmıştır. İç tutarlılığın yüksek güvenirlikte olduğunu gösteren bu sonuç aynı zamanda ÇEDE Aile Formu'nun güvenilir olduğunu göstermektedir.
- Ölçekte yer alan maddelerin Madde ve Toplam Puan Korelasyon Katsayıları değerlendirilmiş, Korelasyon Güvenirlik Katsayılarının $r = 0.43$ ile 0.83 arasında olduğu saptanmış olup ölçek maddelerinin bireyleri ayırt etme seviyelerinin iyi veya çok iyi olduğu bulunmuştur.

- Türkçe Ölçek alt ölçeklerin iç tutarlılık katsayıları; Yavaş Bilişsel Tempo= 0,93, Anksiyete Bozukluğu= 0,77, Depresif Bozukluk= 0,92, Dikkat Eksikliği= 0,93, Hiperaktivite= 0,92, Karşıt Olma – Karşı Gelme= 0,92, Duygu İçermeyen Kişilik Özellikleri= 0,82, Sosyal Bozulma= 0,84, Akademik Bozulma= 0,84’ dür ve tüm ölçek iç tutarlılık katsayısı 0,97 bulunmuştur. Buna göre ÇEDE Ölçeği ve alt ölçeklerin anksiyete bozukluğu dışında tümü yüksek düzeyde, anksiyete bozukluğu ise orta düzeyde güvenilirlerdir.
- Yapılan araştırma ÇEDE Aile Formu Ölçeği’ nin ile 6 – 14 yaş aralığındaki Türk çocuk ve ergenlerin annelerine ve babalarına uygulanabilir olduğu kanıtlanmıştır.

ÖNERİLER

- Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması yapılan Çocuk ve Ergenlerde Davranış Envanteri' nin Aile Formu ölçeği; çocuk ve ergenlerde görülen farklı psikopatolojileri değerlendirmede başarılı olmuştur. Böylece bu psikopatolojileri değerlendirme adına klinikte kullanılabilir.
- Ölçek, toplum örnekleminde de bu bozuklukları değerlendirme amacıyla kullanılabilir.
- Klinikte ve toplum örnekleminde, akademik ve sosyal bozukluk alt boyutlarının başka bozukluklar ile ilişkisini incelemek için kullanılabilir.
- Çalışmamız, ilkokul ve ortaokul düzeyi yaş grupları olan 6-14 aralığındaki yaş grubunu içerdiğinden lise düzeyi yaş gurubunu kapsayacak çalışmaların yapılması uygun olacaktır.
- Ölçme kaynaklarının çeşitliliği önemli olduğundan, öğretmen ve kendini değerlendirme ölçeklerinin de toplumumuzda çalışılması faydalı olacaktır.

ARAŞTIRMANIN GÜÇLÜ VE KISITLI YÖNLERİ

- Yavaş Bilişsel Tempoyu değerlendiren çalışmalar içinde ülkemizde toplum örnekleminde yapılan ilk geçerlilik ve güvenilirlik araştırmasıdır.
- Örneklem sayısı gerekli en yüksek kriterlere göre hesaplanmıştır.
- Veri toplanırken anne babalara öğretmenler ve öğrenciler aracılığıyla ulaşılması anketörlere bağlı yanlılığı ortadan kaldırmıştır.
- Sadece kent merkezinden örneklem alınmış, kırsal kesimden örneklem alınmamıştır. Sadece Denizli ilinde ve il merkezinde yapılması çalışmanın kısıtlıdır.
- Veri toplama aşamasındaki muhtemel güçlükler düşünülerek 15-18 yaş arasındaki ergenler çalışmaya alınmamış bu nedenle bu yaş grubunu kapsam dışında bırakılmıştır.
- Veri toplama sürecinde öğretmen formunun Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması olmadığından kullanılamaması, anket kullanıcıları arasındaki ilişkinin incelenememesine, aile ölçümlerinin farklı kaynak ile karşılaştırılmasına izin vermemiştir.

KAYNAKLAR

1. Cianchetti C, Marino M, Riccio MP, Craig F, Matera E, Ledda MG, Gualandi P, et al. Child and adolescent behavior inventory (CABI): A new alternative to CBCL. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2015; 9: 51–61.
2. Burns GL, Taylor T, Rusby J. *Child and Adolescent Disruptive Behavior Inventory (Version 2.3; Parent)*. Pullman, WA; 2001.
3. De Moura MA, Burns GL. Oppositional defiant behavior toward adults and oppositional defiant behavior toward other children: Evidence for two separate constructs with mothers' and fathers' ratings of Brazilian children. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip* 2010; 51(1):23-30.
4. Burns GL, Desmul C, Walsh JA, Silpakit C, Ussahawanitchakit P. A Multitrait (ADHD-IN, ADHD-HI, ODD Toward Adults, Academic and Social Competence) by Multisource (Mothers and Fathers) Evaluation of the Invariance and Convergent/Discriminant Validity of the Child and Adolescent Disruptive Behavior Inventory With Thai Adolescent. *Psychol Assess* 2009; 21(4):635-41.
5. Sheraz A, Najam N. Translation and validation of child and adolescent disruptive behaviour inventory into Urdu language. *Pakistan J Psychol Res*. 2017; 32(1):19-33.
6. Burns GL, Becker SP, Servera M, Bernad DM, Gloria GB. Sluggish cognitive tempo and attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) inattention in the home and school contexts: Parent and teacher invariance and cross-setting validity. *Psychol Assess* 2017;29(2):209–20.
7. Javier FC, Servera M, Becker SP, Burns GL. External Validity of ADHD Inattention and Sluggish Cognitive Tempo Dimensions in Spanish Children With ADHD. *J Atten Disord* 2017; 21(8):655-666.
8. Burns GL, Servera M, Bernad DM, Carrillo JM, Cardo E. Distinctions Between Sluggish Cognitive Tempo, ADHD-IN, and Depression Symptom

Dimensions in Spanish First-Grade Children. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2013; 42(6):796-808.

9. Lee SY, Burns GL, Becker SP. Toward Establishing the Transcultural Validity of Sluggish Cognitive Tempo: Evidence From a Sample of South Korean Children. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2018; 47(1): 61–68.
10. Belmar M, Servera M, Becker SP, Burns GL. Validity of Sluggish Cognitive Tempo in South America: An Initial Examination Using Mother and Teacher Ratings of Chilean Children. *J Atten Disord.* 2017; 21(8):667-672.
11. Sáez B, Servera M, Becker SP, Burns GL. Optimal Items for Assessing Sluggish Cognitive Tempo in Children Across Mother, Father, and Teacher Ratings. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2018; 16;1–15.
12. Burns GL, Walsh JA, Gomez R. Convergent and Discriminant Validity of Trait and Source Effects in ADHD-Inattention and Hyperactivity/Impulsivity Measures Across a 3-Month Interval. *J Abnorm Child Psychol* 2003; 31(5):529–41.
13. Burns GL, Boe B, Walsh JA, Flanagan JS, Teegarden LA. A confirmatory factor analysis on the DSM-IV, ADHD and ODD symptoms: what is the best model for the organization of these symptoms? *J Abnorm Child Psychol* 2001; 29(4):339–49.
14. Becker SP, Marshall SA, McBurnett K. Sluggish cognitive tempo in abnormal child psychology: An historical overview and introduction to the special section. *J Abnorm Child Psychol* 2014; 42(1):1–6.
15. Saxbe C, Barkley RA. The second attention disorder? sluggish cognitive tempo vs. Attention-deficit/hyperactivity disorder: Update for clinicians. *J Psychiatr Pract* 2014; 20(1):38–49.
16. Todd RD, Rasmussen ER, Wood C, Levy F, Hay DA. Should Sluggish Cognitive Tempo Symptoms Be Included in the Diagnosis of Attention-

Deficit/Hyperactivity Disorder? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004; 43(5):588–97.

17. Mueller AK, Tucha L, Koerts J, Groen Y, Lange KW, Tucha O. Sluggish cognitive tempo and its neurocognitive, social and emotive correlates: a systematic review of the current literature. *J Mol psychiatry* 2014; 2(1):5.
18. Barkley RA. Sluggish Cognitive Tempo: A (Misnamed) Second Attention Disorder? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2016; 55(3):157–8.
19. Becker SP, Leopold DR, Burns GL, Jarrett MA, Langberg JM, Marshall SA, et al. The Internal, External, and Diagnostic Validity of Sluggish Cognitive Tempo: A Meta-Analysis and Critical Review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2016; 55(3):163–78.
20. Firat S, Unsel Bolat G, Gul H, Baytunca MB, Kardas B, Aysev A, et al. Barkley Child Attention Scale validity and reliability study. *Dusunen Adam J Psychiatry* 2018; 31(3):284–93.
21. Becker SP. Topical review: Sluggish cognitive tempo: Research findings and relevance for pediatric psychology. *Journal of Pediatric Psychology* 2013; 8(10):1051-7.
22. Penny AM, Waschbusch DA, Klein RM, Corkum P, Eskes G. Developing a measure of sluggish cognitive tempo for children: Content validity, factor structure, and reliability. *Psychol Assess* 2009; 21(3):380–9.
23. Barkley RA. Distinguishing Sluggish Cognitive Tempo From ADHD in Children and Adolescents: Executive Functioning, Impairment, and Comorbidity. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2013; 42(2):161–73.
24. Servera M, Sáez B, Burns GL, Becker SP. Clinical differentiation of sluggish cognitive tempo and attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *J Abnorm Psychol* 2018; 127(8):818–29.

25. Becker SP, Burns GL, Leopold DR, Olson RK, Willcutt EG. Differential impact of trait sluggish cognitive tempo and ADHD inattention in early childhood on adolescent functioning. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip* 2018; 59(10):1094–104.
26. Fassbender C, Krafft CE, Schweitzer JB. Differentiating SCT and inattentive symptoms in ADHD using fMRI measures of cognitive control. *NeuroImage Clin* 2015; 8:390–7.
27. Becker SP, Luebbe AM, Langberg JM. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Dimensions and Sluggish Cognitive Tempo Symptoms in Relation to College Students' Sleep Functioning. *Child Psychiatry Hum Dev* 2014; 45(6):675–85.
28. Moruzzi S, Rijdsdijk F, Battaglia M. A twin study of the relationships among inattention, hyperactivity/ impulsivity and sluggish cognitive tempo problems. *J Abnorm Child Psychol* 2014; 42(1):63–75.
29. Graham DM, Crocker N, Deweese BN, Roesch SC, Coles CD, Kable JA, et al. Prenatal Alcohol Exposure, Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, and Sluggish Cognitive Tempo. *Alcohol Clin Exp Res* 2013; 37(1): 338–46.
30. Jacobson LA, Geist M, Mahone EM. Sluggish Cognitive Tempo, Processing Speed, and Internalizing Symptoms: the Moderating Effect of Age. *J Abnorm Child Psychol* 2018; 46(1):127–35.
31. Leikauf JE, Solanto MV. Sluggish Cognitive Tempo, Internalizing Symptoms, and Executive Function in Adults With ADHD 21(8):701-711.
32. Flannery AJ, Luebbe AM, Becker SP. Sluggish Cognitive Tempo is Associated With Poorer Study Skills, More Executive Functioning Deficits, and Greater Impairment in College Students. *J Clin Psychol* 2017; 73(9):1091–113.
33. Rondon AT, Hilton DC, Jarrett MA, Ollendick TH. Sleep, Internalizing

Problems, and Social Withdrawal: Unique Associations in Clinic-Referred Youth With Elevated Sluggish Cognitive Tempo Symptoms. *Journal of Attention Disorders* 2018; doi: 10.1177/1087054718756197.

34. Waite P, Creswell C. Children and adolescents referred for treatment of anxiety disorders: Differences in clinical characteristics. *J Affect Disord* 2014; 167:326–32.
35. Simon E, Bögels SM. Screening for anxiety disorders in children. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2009; 18(10):625–34.
36. Rockhill C, Kodish I, DiBattisto C, Macias M, Varley C, Ryan S. Anxiety Disorders in Children and Adolescents. 2010; 40(4):66–99.
37. Ginsburg GS, Siqueland L, Masia-Warner C, Hedtke KA. Anxiety disorders in children: Family matters. *Cognitive and Behaviour Practice* 2004; 11(1):28–43.
38. Wu MS, Salloum A, Lewin AB, Selles RR, McBride NM, Crawford EA, et al. Treatment Concerns and Functional Impairment in Pediatric Anxiety. *Child Psychiatry Hum Dev* 2016; 47(4):627–35.
39. Akay AP, Ercan ES ed. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları 2.baskı. Ankara: Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği Yayınları 2016.
40. Hanna GL, Fischer DJ, Fluent TE. Separation Anxiety Disorder and School Refusal in Children and Adolescents. *Pediatr Rev* 2007; 27(2):56–63.
41. American Psychiatric Association, 2013, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth Edition DSM-5. 5th ed.)APA, Washington DC 2013.
42. Dillon-Naftolin E. Identification and Treatment of Generalized Anxiety Disorder in Children in Primary Care. *Pediatr Ann* 2016; 45(10):349–55.
43. Scaini S, Belotti R, Ogliari A, Battaglia M. A comprehensive meta-analysis of cognitive-behavioral interventions for social anxiety disorder in children and

- adolescents. *Journal of Anxiety Disorders* 2016; 42:105-12.
44. Schreier S-S, Heinrichs N. Parental fear of negative child evaluation in child social anxiety. 2010; 48(12):1186–93. 1
 45. Çetin FÇ, Coşkun A, Pehlivan Türk B, İşeri E, Türkbay T, Miral S. ed. *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı*. 3.baskı. Ankara: Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği Yayınları 2008.
 46. Mohatt J, Bennett SM, Walkup JT. Treatment of separation, generalized, and social anxiety disorders in youths. *American Journal of Psychiatry* 2014; 171(7):741-8.
 47. Wehry AM, Beesdo-Baum K, Hennelly MM, Connolly SD, Strawn JR. Assessment and treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *Curr Psychiatry Rep* 2015;17(7):52.
 48. Bilgiç A. Anksiyete bozukluklarında tedavi, Semerci B, Öztürk M, Türkbay T ed. *Çocuk ve Ergen Psikofarmakolojisi*. Turkish Association For Psychopharmacology. İstanbul: Pedam Yayınları 2015; 101-125.
 49. Brent D, Maalouf F. Depressive disorders in childhood and adolescence. In: Thapar A, Pine D, Leckman JF, Scott S, Snowling MJ, Taylor EA. *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry* 6th 2015; 874-893.
 50. Tamar M, Özbaran B. Çocuk ve Ergenlerde Depresyon. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2004; 7(2): 84-92.
 51. Mutlu C, Karaçetin G, Yorbık Ö. Çocuk ve Ergenlerde Duygudurum Bozuklukları . *Türkiye Klinikleri Çocuk Psikiyatrisi Özel Dergisi*, 2016; 2(1):1-7,
 52. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri / Klinik Psikiyatri. Kuşçu TD, Çev.Ed, 11. Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitapevleri Yayıncılık 2016; 1226-1236.

53. DursunOB, Esin İS. Çocuk ve Ergenlerde Depresif Bozukluk Etiyolojisi ve Etyopatogenezi. *Turkiye Klin Child Psychiatry* 2016; 2(1):43–9.
54. Levent Kayaalp DM. Çocuk ve Ergenlerde Depresyon. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp. F. Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Acilleri Sempozyumu 2-3 Aralık 1999; İstanbul, s. 59-61.
55. İşeri E, Güney E, Torun YT ed. Oyun Dönemi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. Ankara: Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği Yayınları 2018.
56. Koç EB, Karaçetin G. Çocuk ve Ergenlerde Depresif Bozukluk Farmakolojik Tedavisi. *Turkiye Klin Child Psychiatry* 2016; 2(1):55–61.
57. Topal Z, Tufan E. Çocuk ve Ergenlerde Distimik Bozukluk ve Rekürren (Yineleyici) Depresif Bozukluk Kliniği, Tanısı ve Tedavisi. *Turkiye Klin J Child Psychiatry*. 2016; 2(1):79–84.
58. Biederman J. Attention-deficit/hyperactivity disorder: A selective overview. 2005; 57(11):1215-1220
59. Singh A, Yeh CJ, Verma N, Das AK. Overview of attention deficit hyperactivity disorder in young children. *Heal Psychol Res* 2015; 3(2):2115.
60. Lange KW, Reichl S, Lange KM, Tucha L, Tucha O. The history of attention deficit hyperactivity disorder. *ADHD Atten Deficit Hyperact Disord* 2010; 2(4):241–55.
61. Palmer ED, Finger S. An Early Description of ADHD (Inattentive Subtype): Dr Alexander Crichton and ‘Mental Restlessness’ (1798). *Child Psychol Psychiatry Rev*. 2001; 6(2):66–73.
62. Thome J, Jacobs KA. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in a 19th century children’s book. *Eur Psychiatry* 2004; 19(5):303–6.

63. Still G. Some abnormal physical conditions in children. *Lancet* 1902; 1008-1012-1082.
64. Weyandt LL. Book Review: Barkley, R. A. (2006). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment* (3rd ed.). New York: Guilford. *J Atten Disord.* 2007; 11(2):179–80.
65. Lange KW, Reichl S, Lange KM, Tucha L, Tucha O. The history of attention deficit hyperactivity disorder. *ADHD Atten Deficit Hyperact Disord* 2010; 2(4):241–55.
66. Skounti M, Philalithis A, Galanakis E. Variations in prevalence of attention deficit hyperactivity disorder worldwide. *European Journal of Pediatrics* 2007; 166(2):117-23.
67. Thomas R, Sanders S, Doust J, Beller E, Glasziou P. Prevalence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *Pediatrics* 2015; 135(4):994–1001.
68. Polanczyk G, De Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. *Am J Psychiatry* 2007; 164(6):942–8.
69. Mukaddes N. M., Öztürk M., Zoroğlu S., Bilge S. Kentsel Kesimdeki Türk İlkokul Çocuklarında Yıkıcı Davranış Bozuklukları Sıklığının İncelenmesi. *Düşünen Adam* 1999; 12(2):19-22.
70. Özcan M. E, Eğri M, Kutlu N. O, Yakıncı C, Karabiber H, Genç M. Okul çağı çocuklarında dehb yaygınlığı: ön çalışma. *Turgut Özal Tıp Merkezi* 1998; 5(2,3).
71. Ercan ES, Kandulu R, Uslu E, Ardic UA, Yazici KU, Basay BK, et al. Prevalence and diagnostic stability of ADHD and ODD in Turkish children: A 4-year longitudinal study. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2013; 7(1):1–10.

72. Bauermeister JJ, Shrout PE, Chávez L, Rubio-Stipec M, Ramírez R, Padilla L, et al. ADHD and gender: Are risks and sequela of ADHD the same for boys and girls? *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip* 2007; 48(8):831–9.
73. Bener A, Al Qahtani R, Abdelaal I. The prevalence of ADHD among primary school children in an Arabian society. *J Atten Disord* 2006; 10(1):77–82.
74. Skounti M, Philalithis A, Galanakis E. Variations in prevalence of attention deficit hyperactivity disorder worldwide. *Eur J Pediatr* 2007;116:117–23.
75. Wilens TE, Dodson W. A clinical perspective of attention-deficit/hyperactivity disorder into adulthood. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 2004 Oct [cited 2019 Jun 10];65(10):1301–13. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15491232>
76. Fayyad J, Sampson NA, Hwang I, Adamowski T, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, et al. The descriptive epidemiology of DSM-IV Adult ADHD in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *ADHD Atten Deficit Hyperact Disord* 2017; 9(1):47–65.
77. Kieling C, Goncalves RRF, Tannock R, Castellanos FX. Neurobiology of Attention Deficit Hyperactivity Disorder 2008; 5(2):69-76.
78. Spencer TJ, Biederman J, Mick E. Attention-deficit/hyperactivity disorder: Diagnosis, lifespan, comorbidities, and neurobiology. *Journal of Pediatric Psychology* 2007; 7(1):73-81.
79. Faraone S V., Perlis RH, Doyle AE, Smoller JW, Goralnick JJ, Holmgren MA, et al. Molecular Genetics of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Biol Psychiatry* 2005; 57(11):1313–23.
80. Faraone S V, Mick E. Molecular genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2010; 33(1):159–80.

81. Thapar A, O'Donovan M, Owen MJ. The genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Hum Mol Genet* 2005; 14(2):275–282.
82. Ueno S. Genetic polymorphisms of serotonin and dopamine transporters in mental disorders. *J Med Invest* 2003; 50(1–2):25–31.
83. Bush G, Valera EM, Seidman LJ. Functional neuroimaging of attention-deficit/hyperactivity disorder: a review and suggested future directions. *Biol Psychiatry*. 2005;57(11):1273–84.
84. Valera EM, Faraone S V., Murray KE, Seidman LJ. Meta-Analysis of Structural Imaging Findings in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Biol Psychiatry*. 2007; 61(12):1361–9.
85. Nakao T, Radua J, Rubia K, Mataix-Cols D. Gray matter volume abnormalities in ADHD: Voxel-based meta-analysis exploring the effects of age and stimulant medication. *American Journal of Psychiatry* 2011; 168(11):1154-63.
86. Hoogman M, Bralten J, Hibar DP, Mennes M, Zwiers MP, Schweren LSJ, et al. Subcortical brain volume differences in participants with attention deficit hyperactivity disorder in children and adults: a cross-sectional mega-analysis. *The Lancet Psychiatry* 2017; 4(4):310–9.
87. Sutcubasi Kaya B, Metin B, Tas ZC, Buyukaslan A, Soysal A, Hatiloglu D, et al. Gray Matter Increase in Motor Cortex in Pediatric ADHD: A Voxel-Based Morphometry Study. *J Atten Disord*. 2018; 22(7):611–8.
88. Rubia K, Halari R, Cubillo A, Mohammad A-M, Brammer M, Taylor E. Methylphenidate normalises activation and functional connectivity deficits in attention and motivation networks in medication-naïve children with ADHD during a rewarded continuous performance task. *Neuropharmacology* 2009; 57(7–8):640–52.
89. Wolf RC, Plichta MM, Sambataro F, Fallgatter AJ, Jacob C, Lesch KP, et al.

- Regional brain activation changes and abnormal functional connectivity of the ventrolateral prefrontal cortex during working memory processing in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Hum Brain Mapp* 2009; 30(7):2252–66.
90. Arnsten A. The Emerging Neurobiology of Attention Deficit Hyperactivity Disorder: The Key Role of the Prefrontal Association Cortex. *J Pediatr* 2009; 154(5):I-S43.
 91. Sucksdorff M, Lehtonen L, Chudal R, Suominen A, Joelsson P, Gissler M, et al. Preterm Birth and Poor Fetal Growth as Risk Factors of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatrics* 2015; 136(3):e599–608.
 92. Thapar A, Cooper M, Eyre O, Langley K. What have we learnt about the causes of ADHD? *J Child Psychol Psychiatry* 2013; 54(1):3–16.
 93. Han JY, Kwon HJ, Ha M, Paik KC, Lim MH, Gyu Lee S, et al. The effects of prenatal exposure to alcohol and environmental tobacco smoke on risk for ADHD: A large population-based study. *Psychiatry Res.* 2015; 225(1–2):164.
 94. Biederman J, Milberger S, Faraone S V, Kiely K, Guite J, Mick E, et al. Family-environment risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder. A test of Rutter’s indicators of adversity. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52(6):464–70.
 95. Counts CA, Nigg JT, Stawicki JA, Rappley MD, Von Eye A. Family adversity in DSM-IV ADHD combined and inattentive subtypes and associated disruptive behavior problems. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005; 44(7):690–8.
 96. Barkley RA. History. In: Barkley RA ed. *A Handbook for Diagnosis and Treatment*. Third Edition. New York: Guilford Publications 2006; 3-75.
 97. American Psychiatric Association, 2000, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (fourth Edition DSM-4. 4th ed.)* APA, Washington DC 2000.

98. Dulcan MK, Martini DR, Lake M. Attention-deficit and disruptive behavior disorders. In: Hales RE ed. *Concise Guide to Child & Adolescent Psychiatry*. Third Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association 2003; 23-41.
99. Weiss M, Weiss G. Attention deficit hyperactivity disorder. In: Lewis M, ed. *Child and Adolescent Psychiatry a Comprehensive Textbook*. 3rd edition. Philadelphia, Pa, USA: Lippincott Williams and Wilkins 2002; 645–651.
100. Byrne JM, Bawden HN, Beattie TL, DeWolfe NA. Preschoolers classified as having attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): DSM-IV symptom endorsement pattern. *J Child Neurol* 2000; 15(8):533–8.
101. Aretouli E. How neuropsychology can inform our understanding of preschool ADHD: Clinical and research implications. *Applied Neuropsychology Child*. 2019; 8(2):174-181.
102. Langley K, Fowler T, Ford T, Thapar AK, Van Den Bree M, Harold G, et al. Adolescent clinical outcomes for young people with attention-deficit hyperactivity disorder. *Br J Psychiatry* 2010; 196(3):235–40.
103. Denisco S, Tiago C, Kravitz C. Evaluation and treatment of pediatric ADHD. *Nurse Pract* 2005; 30(8):14–7.
104. Hoza B, Mrug S, Gerdes AC, Bukowski WM, Kraemer HC, Wigal T, et al. What aspects of peer relationships are impaired in children with attention-deficit/hyperactivity disorder? *J Consult Clin Psychol*. 2005; 73(3):411–23.
105. Molina BSG, Hinshaw SP, Swanson JM, Arnold LE, Vitiello B, Jensen PS, et al. The MTA at 8 years: Prospective follow-up of children treated for combined-type ADHD in a multisite study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009; 48(5):484–500.

106. Klassen AF. Health-Related Quality of Life in Children and Adolescents Who Have a Diagnosis of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatrics* 2004; 114(5):e541–7.
107. Coghill D, Soutullo C, D'Aubuisson C, Preuss U, Lindback T, Silverberg M, et al. Impact of attention-deficit/hyperactivity disorder on the patient and family: Results from a European survey. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2008; 2(1):31.
108. American Psychiatric Association, 2013, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth Edition DSM-5. 5th ed.)* APA, Washington DC 2013.
109. Pliszka S. AACAP Work Group on Quality Issues. 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.
110. Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Resource Alliance (CADDRA). *Differential Diagnosis and Comorbid Disorders*. In: *Canadian ADHD Practice Guidelines. Third Edition*. Toronto 2011.
111. Ensen PS. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. The MTA Cooperative Group. *Multimodal Treatment Study of Children with ADHD. Arch Gen Psychiatry*; 1999;56(12):1073–86.
112. National Collaborating Centre for Mental Health Commissioned by the British Psychological Society and Royal College of Psychiatrists. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. In: *The Nice Guideline on Diagnosis and Management of ADHD in Children, Young people and adult*. London 2009.
113. Wolraich M., Brown L., Brown R. T., DuPaul G., Earls M., Feldman H. M. et al. ADHD: Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *Pediatrics* 2011; 128(5):1007-22.

114. American Academy of Pediatrics C on QI and S on A-DD. Clinical Practice Guideline: Diagnosis and Evaluation of the Child With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatrics* 2011;105(5):1158–70.
115. Burke JD, Loeber R, Birmaher B. Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder: A Review of the Past 10 Years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2002; 41(11):1275-93.
116. Gadow KD, Nolan EE. Differences between preschool children with ODD, ADHD, and ODD+ADHD symptoms. *J Child Psychol Psychiatry* 2002; 43(2):191–201.
117. Wakschlag LS, Briggs-Gowan MJ, Carter AS, Hill C, Danis B, Keenan K, et al. A developmental framework for distinguishing disruptive behavior from normative misbehavior in preschool children. *J Child Psychol Psychiatry* 2007; 48(10):976–87.
118. Shaffer D, Castellanos FX, Canino G, Frick PJ, Moffitt T, Nigg JT, Rohde LA, Tannock R, Taylor E, Todd R. The ADHD and Disruptive Behavior Disorders Work Group, DSM-5 Development, American Psychiatric Association 2011.
119. Maughan B, Rowe R, Messer J, Goodman R, Meltzer H. Conduct Disorder and Oppositional Defiant Disorder in a national sample: Developmental epidemiology. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip* 2004; 45(3):609–21.
120. Lahey BB, Miller TL, Gordon RA, Riley AW. Developmental Epidemiology of the Disruptive Behavior Disorders. In: Quay HC, Hogan AE, eds. *Handbook of Disruptive Behavior Disorders*. Boston, MA: Springer US 1999; 23–48.
121. Riley M, Ahmed S, Locke A. Common Questions About Oppositional Defiant Disorder. *Am Fam Physician* 2016; 93(7):586–91.

122. Wilmshurst L. *Abnormal Child Psychology – A Developmental Perspective*, Routledge, New York 2009; 309- 313.
123. Yoshikawa H. Prevention as cumulative protection: effects of early family support and education on chronic delinquency and its risks. *Psychol Bull* 1994; 115(1):28–54.
124. Baker K. Conduct Disorders in Children And Adolescents. *Pediatrics and Child Health* (2008); 19(2);73-78.
125. Tolan P. Socioeconomic, family, and social stress correlates of adolescent antisocial and delinquent behavior. *J Abnorm Child Psychol* 1988; 16(3):317–31.
126. Loeber R, Green SM, Keenan K, Lahey BB. Which boys will fare worse? Early predictors of the onset of conduct disorder in a six-year longitudinal study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34(4):499–509.
127. Wadsworth M. *Roots of Delinquency: Infancy, Adolescence, and Crime*. New York, Barnes & Noble Boks 1979.
128. Drabick DAG, Gadow KD, Carlson GA, Bromet EJ. ODD and ADHD symptoms in Ukrainian children: External validators and comorbidity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004; 43(6):735–43.
129. Biederman J, Petty CR, Dolan C, Hughes S, Mick E, Monuteaux MC, et al. The long-term longitudinal course of oppositional defiant disorder and conduct disorder in ADHD boys: findings from a controlled 10-year prospective longitudinal follow-up study. *Psychol Med*. 2008; 38(7):1027–36.
130. Biederman J, Faraone S V., Milberger S, Garcia Jetton J, Chen L, Mick E, et al. Is childhood oppositional defiant disorder a precursor to adolescent conduct disorder? Findings from a four-year follow-up study of children with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35(9):1193–204.

131. August GJ, Realmuto GM, Joyce T, Hektner JM. Persistence and desistance of oppositional defiant disorder in a community sample of children with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38(10):1262–70.
132. Cohen P, Cohen J, Kasen S, Velez CN, Hartmark C, Johnson J, et al. An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence--I. Age- and gender-specific prevalence. *J Child Psychol Psychiatry* 1993; 34(6):851–67.
133. Gómez-Beneyto M, Bonet A, Catalá MA, Puche E, Vila V. Prevalence of mental disorders among children in Valencia, Spain. *Acta Psychiatr Scand*; 1994; 89(5):352–7.
134. Kass E, Posner JE, Greenhill LL. Pharmacological Treatments for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Disruptive Behavior Disorders. In: Nathan PE, Gorman JM, eds. *A Guide to Treatments That Work*. 4th ed. Oxford, 2005; 85-141.
135. Masi G, Milone A, Manfredi A, Brovedani P, Pisano S, Muratori P. Combined pharmacotherapy-multimodal psychotherapy in children with Disruptive Behavior Disorders. *Psychiatry Res*. 2016; 238:8–13.
136. Tourian L, LeBoeuf A, Breton J-J, Cohen D, Gignac M, Labelle R, et al. Treatment Options for the Cardinal Symptoms of Disruptive Mood Dysregulation Disorder. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry* 2015; 24(1):41–54.
137. Frick PJ, Ray J V., Thornton LC, Kahn RE. Annual research review: A developmental psychopathology approach to understanding callous-unemotional traits in children and adolescents with serious conduct problems. *J Child Psychol Psychiatry* 2014; 55(6):532-48.
138. Longman T, Hawes DJ, Kohlhoff J. Callous–Unemotional Traits as Markers for Conduct Problem Severity in Early Childhood: A Meta-analysis. *Child*

Psychiatry and Human Development 2016; 47(2):326-34.

139. Marsee MA, Frick PJ. Callous-unemotional traits and aggression in youth. In: Emotions, aggression, and morality in children: Bridging development and psychopathology. Washington: American Psychological Association 2010; 8(2):174-181.
140. Waller R, Hyde LW. Callous–Unemotional Behaviors in Early Childhood: Measurement, Meaning, and the Influence of Parenting. *Child Dev Perspect* 2017; 11(2):120–6.
141. Pasalich DS, Witkiewitz K, McMahon RJ, Pinderhughes EE. Indirect Effects of the Fast Track Intervention on Conduct Disorder Symptoms and Callous-Unemotional Traits: Distinct Pathways Involving Discipline and Warmth. *J Abnorm Child Psychol* 2016; 44(3):587–97.
142. Moore AA, Blair RJ, Hettrema JM, Roberson-Nay R. The genetic underpinnings of callous-unemotional traits: A systematic research review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 2019; 100:85-97.
143. Blair RJR, Leibenluft E, Pine DS. Conduct Disorder and Callous–Unemotional Traits in Youth. *N Engl J Med* 2014; 371(23):2207–16.
144. Öner N. Türkiye’de kullanılan psikolojik testlerden örnekler: bir başvuru kaynağı. 12. Baskı. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi 2012; 21-3.
145. Comrey AL., Lee HB. A first course in factor analysis. Hillsdale: NJ Lawrence Erlbaum Associates 1992.
146. Kline P. An easy guide to factor analysis. New York: Routledge 1994.
147. Bryman A, Cramer D. Quantitative data analysis with SPSS release 10 for Windows. London: Routledge Press 2001.
148. Guadagnoli E, Velicer WF. Relation of Sample Size to the Stability of Component Patterns. *Psychol Bull* 1988; 103(2):265–75.

149. Çokluk Ö, Şekercioğlu G, Büyüköztürk Ş. Sosyal bilimler için çok değişkenli istatistik SPSS ve Lisrel uygulamaları. 3. Baskı. Ankara: Pegem Akademi 2014; 177-246.
150. Erdoğan S, Nahcivan N, Esin N. Hemşirelikte araştırma: süreç, uygulama ve kritik, 1. Basım. İstanbul:Nobel Tıp Kitabevi, 2014:216-32.
151. Savaşır I. Ölçek uyarlamasındaki sorunlar ve bazı çözüm yolları. Türk Psikoloji Dergisi 1994; 9(33):27-32.
152. Gözüm S, Aksayan S. Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber I: Ölçek uyarlama aşamaları ve dil uyarlaması. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2002; 4:9-14.
153. Davis LL. Instrument review: Getting the most from a panel of experts. Appl Nurs Res 1992; 5(4):194-7.
154. Lawche C. H. A quantitative approach to content validity. Personnel Psychology 1975; 28:563-575.
155. Jöreskog K. G., Sörbom D. (1984): LISREL-VI user's guide. 3rd Ed. Mooresville, IN: Scientific Software.
156. Şencan H. Sosyal ve davranışsal ölçümlerde güvenilirlik ve geçerlilik. 1. Baskı, Ankara: Seçkin Yayınevi, 2005.
157. Tavşancıl E. Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi. Ankara: Nobel, 2005.
158. Tabachnik BG, Fidell LS. Using multivariate statistics. New York: Harper & Row 1989.
159. Martin CR, Newell RJ. Factor structure of the Hospital Anxiety and Depression Scale in individuals with facial disfigurement. Psychol Heal Med 2004; 9(3):327-36.

160. Schriesheim CA, Eisenbach RJ. An exploratory and confirmatory factor analytic investigation of item wording effects on obtained factor structures of survey questionnaire measures. *Journal of Management* 1995; 6:1177-93.
161. Shevlin ME, Lewis CA. The revised social anxiety scale: Exploratory and confirmatory factor analysis. *J Soc Psychol* 1999; 139(2):250-2.
162. Cole DA. Utility of Confirmatory Factor Analysis in Test Validation Research. *J Consult Clin Psychol* 1987; 55(4):584-94.
163. Sümer N. Yapısal eşitlik modelleri: Temel kavramlar ve örnek uygulamalar. *Türk Psikoloji Yazıları* 2000; 3(6):49-74.
164. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. 2nd Ed. New York: The Guilford Press, 2005.
165. Hooper D, Coughlan J, Mullen M. Structural equation modelling: guidelines for determining model fit. *Electronic Journal of Business Research Methods* 2009; 6(1):53-60.
166. Comrey AL., Lee HB. A first course in factor analysis. Hillsdale: NJ Lawrence Erlbaum Associates 1992.
167. Tabachnick BG, Fidell LS. Using multivariate statistics. 4th Ed. Boston: Allyn and Bacon 2001.
168. Hu LT, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Struct Equ Model* 1999; 6(1):1-55.
169. Thompson B. Exploratory and confirmatory factor analysis: understanding concepts and applications. Washington, DC: American Psychological Association 2004.
170. Brown TA. Confirmatory Factor Analysis for Applied Research. New York:

Guilford 2006.

171. Byrne BM. Structural equation modeling with EQS and EQS/Windows: Basic concepts, applications, and programming. Thousand Oaks, CA: Sage 1994.
172. Schumacher RE, Lomax RG. A beginner's guide to structural equation modeling. New Jersey: Erlbaum 1996.
173. Raykov T, Marcoulides GA. An introduction to applied multivariate analysis. New York: Routledge 2008.
174. Steiger JH. Understanding the limitations of global fit assessment in structural equation modeling. Pers Individ Dif 2007; 42(5):893–8.
175. Jöreskog KG, Sörbom D. Lisrel 8: Structural equation modeling with the simplis command language. Chicago, IL: Scientific Software International Inc. 1993.
176. Özgüven İE. Psikolojik Testler. Ankara: Pdrem Yayınları, 1998.
177. Gözüm S, Aksayan S. Kùltürlerarası ölçek uyarlaması için rehber II: psikometrik özellikler ve kùltürlerarası karşılaştırma. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2003; 1:3-14.
178. Ebrinç S. Psikiyatrik derecelendirme ölçekleri ve klinik çalışmalarda kullanımı. Klinik Psikofarmakoloji Bùlteni 2000; 10:109-16.
179. Özdamar K. Paket programlar ile istatistiksel veri analizi 1. Eskişehir: Kaan Kitabevi, 1999.
180. Yurdugùl H. Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Kapsam Geçerliğı için Kapsam Geçerlik İndekslerinin Kullanılması. 19. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi; 28-30 Eylül 2005; Pamukkale, Denizli.
181. Pett MA, Lackey NR (Nancy R, Sullivan JJ. Making sense of factor analysis : the use of factor analysis for instrument development in health care research

2003; 348 p.

182. Thompson B. Exploratory and confirmatory factor analysis: understanding concepts and applications. Washington, DC: American Psychological Association 2004.
183. Yong AG, Pearce S. A Beginner's Guide to Factor Analysis: Focusing on Exploratory Factor Analysis. *Tutorials in Quantitative Methods for Psychology* 2013; 9(2): 79-94.
184. Bandalos DL, Finney SJ. Factor Analysis. In: *The Reviewer's Guide to Quantitative Methods in the Social Sciences*. In: Hancock GR, Stapleton LM, Mueller RO. *The Reviewer's Guide to Quantitative Methods in the Social Sciences*. 4th Ed. Routledge 2018; 98–122.
185. Erkorkmaz Ü, Etikan İ, Demir O, Özdamar K, Sanisoğlu SY. Confirmatory Factor Analysis and Fit Indices: Review. *Türkiye Klin J Med Sci* 2013; 33(1):210–23.
186. Çakmur H. Araştırmalarda Ölçme - Güvenilirlik - Geçerlilik. *Preventive Medicine Bulletin* 2012; 11(3): 339-344.
187. Tabachnick BG, Fidell LS. *Using multivariate statistics*. 5th Ed. Boston: Pearson 2007.
188. Pazvantoğlu O, Güneş S, Karabekiroğlu K, Yeğin Z, Erenkuş Z, Akbaş S, et al. The relationship between the presence of ADHD and certain candidate gene polymorphisms in a Turkish sample. *Gene* 2013; 528(2):320–7.
189. Anderson JC, Gerbing DW. The effect of sampling error on convergence, improper solutions, and goodness-of-fit indices for maximum likelihood confirmatory factor analysis. *Psychometrika* 1984; 49(2):155–73.
190. Marsh HW, Balla J. Goodness of fit in confirmatory factor analysis: The effects of sample size and model parsimony. *Qual Quant* 1994; 28(2):185–

217.

191. Byrne BM. Structural equation modeling with Lisrel, Prelis, and Smplis: Basic concepts, applications, and programming. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates 1998.
192. Büyüköztürk Ş, Kılıç ÇE, Akgün ÖE, Karadeniz Ş, Demirel F. Bilimsel araştırma yöntemleri. Ankara: Pegem Akademi 2008.
193. Golafshani N. Understanding Reliability and Validity in Qualitative Research. The Qualitative Report 2003; 8(4): 597-606.
194. Kline P. A handbook of test construction: Introduction to psychometric design. London: Methuen;1986.
195. Leopold DR, Christopher ME, Burns GL, Becker SP, Olson RK, Willcutt EG. Attention-deficit/hyperactivity disorder and sluggish cognitive tempo throughout childhood: temporal invariance and stability from preschool through ninth grade. J Child Psychol Psychiatry 2016; 57(9):1066–74.
196. Büyüköztürk Ş. Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık, 2007.
197. Hendrickson AR, Massey PD, Cronan TP. On the Test-Retest Reliability of Perceived Usefulness and Perceived Ease of Use Scales. MIS Q 1993; 17(2):227.
198. Özçelik DA. Okullarda Ölçme ve Değerlendirme. Ankara: ÖSYM-Eğitim Yayınları, 1981.
199. Becker SP, Langberg JM. Sluggish Cognitive Tempo Among Young Adolescents With ADHD. J Atten Disord 2013; 21;17(8):681–9.
200. Becker SP, Burns GL, Schmitt AP, Epstein JN, Tamm L. Toward Establishing a Standard Symptom Set for Assessing Sluggish Cognitive Tempo in

Children: Evidence From Teacher Ratings in a Community Sample 2017; 26(6):1128-1141.

201. Eme R. *Annals of Psychiatry and Mental Health* Cite this article: Eme R (2017) Gender Differences in Juvenile Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Ann Psychiatry Ment Heal* 2017; 5(3):1103.
202. GAUB M, CARLSON CL. Gender Differences in ADHD: A Meta-Analysis and Critical Review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36(8):1036–45.
203. Hankin BL, Young JF, Abela JRZ, Smolen A, Jenness JL, Gulley LD, et al. Depression from childhood into late adolescence: Influence of gender, development, genetic susceptibility, and peer stress. *J Abnorm Psychol* 2015; 124(4):803–16.
204. Pingault J-B, Viding E, Galéra C, Grevet CU, Zheng Y, Plomin R, et al. Genetic and Environmental Influences on the Developmental Course of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms From Childhood to Adolescence. *JAMA Psychiatry* 2015; 72(7):651.

EK – 1

Sayın Veli;

Çocuğunuzun katılacağı bu çalışma, “ Çocuk ve Ergenlerde Davranış Envanteri’ nin Aile Formu’ nun Türkçe’ ye Uyarlanması ” adıyla, Mart-Nisan 2019 tarihleri arasında yapılacak bir ölçek uyarlama çalışmasıdır. Aşağıdaki anket şeklinde yapılacaktır. Araştırma T.C. Milli Eğitim Bakanlığı’ nın ve okul yönetiminin de izni ile gerçekleştirilmektedir. Araştırma uygulamasına katılım tamamıyla gönüllülük esasına dayalı olmaktadır. Araştırma çocuğunuz için herhangi bir istenmeyen etki ya da risk taşımamaktadır. Çocuğunuzun katılımı **tamamen sizin isteğinize bağlıdır**, reddedebilir ya da herhangi bir aşamasında ayrılabilirsiniz. Araştırmaya katılmamama veya araştırmadan ayrılma durumunda öğrencilerin akademik başarıları, okul ve öğretmenleriyle olan ilişkileri etkilenmeyecektir. Çalışmada öğrencilerden kimlik belirleyici hiçbir bilgi istenmemektedir. Cevaplar tamamıyla gizli tutulacak ve sadece araştırmacılar tarafından değerlendirilecektir.

Onay vermeden önce sormak istediğiniz herhangi bir konu varsa sormaktan çekinmeyiniz. Çalışma bittikten sonra bizlere telefon veya e-posta ile ulaşarak soru sorabilir, sonuçlar hakkında bilgi isteyebilirsiniz. Saygılarımızla,

Araştırmacı: Erol Çiftçi Tel:02582964513

*Velisi bulunduğum sınıfı numaralı öğrencisi
.....’in yukarıda açıklanan araştırmaya katılmasına izin veriyorum. (Lütfen formu imzaladıktan sonra çocuğunuzla okula geri gönderiniz*).*

Veli Adı-Soyadı:

.../.../.....

Telefon Numarası :

İmza:

BİLGİ FORMU (EBEVEYN TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR)

1. Çocuğunuzun cinsiyeti: Kız () Erkek ()
2. Çocuğunuzun doğum tarihi (gün/ay/yıl): ... / ... /...
3. Çocuğunuzun sınıfı:
4. Anne ve baba: Birlikte () Ayrı/Boşanmış () Anne vefat () Baba vefat ()
5. Formu dolduranın yakınlığı: Anne () Baba () Anne ve Baba birlikte () Diğer (): Belirtiniz.....
6. Anne yaşı: Baba yaşı:
7. Annenin eğitim düzeyi:
8. Babanın eğitim düzeyi:
9. Ailenizin ekonomik durumunu (gelir düzeyinizi) nasıl değerlendirirsiniz? Çok iyi () İyi () Orta () Kötü ()

BÖLÜM 1

	Lütfen belirtilen davranışın <u>son bir ay içinde</u> evde ve toplum içinde ne sıklıkta olduğunu belirten cevabı yuvarlak içine alınız. (Okuldaki davranışını değerlendirmeyiniz)	Neredeyse Hiçbir Zaman (Hiçbir zaman veya ayda bir kez)	Nadiren (haftada bir kez)	Bazen (haftada birkaç kez)	Sıklıkla (günde bir kez)	Çok Sık (günde birkaç kez)	Neredeyse Her Zaman (gün içinde birçok kez)
1	Davranışları yavaştır (uyuşuktur)	0	1	2	3	4	5
2	Zihni bulanıktır	0	1	2	3	4	5
3	Boş boş bakar	0	1	2	3	4	5
4	Gün boyunca mahmur veya uykuludur (esner)	0	1	2	3	4	5
5	Hayal alemindedir	0	1	2	3	4	5
6	Düşüncelerini takip etmekte zorlanır	0	1	2	3	4	5
7	Hareketsizdir	0	1	2	3	4	5
8	Kendi düşüncelerinde kaybolur	0	1	2	3	4	5
9	Kolayca yorulur, bitkin hisseder	0	1	2	3	4	5
10	Ne diyeceğini unuttur	0	1	2	3	4	5
11	Kafası kolayca karışır	0	1	2	3	4	5
12	Başladığı işi tamamlamada motivasyonu düşüktür	0	1	2	3	4	5
13	Çevresinde olanlara ilgisini yitirir, dalar	0	1	2	3	4	5
14	Kafası karışık	0	1	2	3	4	5
15	Düşünmesi yavaştır	0	1	2	3	4	5
16	Düşüncelerini ifade etmede güçlük yaşar (ör. "dili tutulmuş" gibidir)	0	1	2	3	4	5

Bu 16 davranışın varlığı ŞU ANDA oğlunuz veya kızınızın okul başarısını olumsuz yönde etkiliyor mu?

☐ Etkilemiyor ☐ Az etkiliyor ☐ Orta Derecede Etkiliyor ☐ Çok etkiliyor

Bu 16 davranışın varlığı ŞU ANDA oğlunuz veya kızınızın sosyal ilişkilerini olumsuz yönde etkiliyor mu?

(ör. Tophumsal aktivitelerde, anne-babayla, kardeşlerle, arkadaşlarla, diğer yetişkinlerle ilişkilerinde güçlükler)

☐ Etkilemiyor ☐ Az etkiliyor ☐ Orta Derecede Etkiliyor ☐ Çok etkiliyor

BÖLÜM 2

	Lütfen belirtilen davranışın <u>son bir ay içinde</u> evde ve toplum içinde ne sıklıkta olduğunu belirten cevabı yuvarlak içine alınız (Okuldaki davranışını değerlendirmeyiniz).	Neredeyse Hiçbir Zaman (Hiçbir zaman veya ayda bir kez)	Nadiren (haftada bir kez)	Bazen (haftada birkaç kez)	Sıklıkla (günde bir kez)	Çok Sık (günde birkaç kez)	Neredeyse Her Zaman (gün içinde birçok kez)
1	Anne-babasından ayrılacağı zaman endişelenir	0	1	2	3	4	5
2	Birçok şey hakkında endişelidir (ör. neredeyse her şey hakkında endişelenir)	0	1	2	3	4	5
3	Belirli nesneler veya durumlar karşısında endişelidir (ör. köpekler, böcekler, fırtınalar, kan görme, iğne olma, yükseklik)	0	1	2	3	4	5
4	Kirlenmekten ve hastalık bulaşmasından endişe eder (ör. mikroplar hakkında endişelidir)	0	1	2	3	4	5
5	Toplum içinde iken endişelidir	0	1	2	3	4	5
6	Belirgin bir sebep olmadığı halde başının ve midesinin ağrıdığını veya hasta olduğunu söyler	0	1	2	3	4	5

Bu 6 davranışın varlığı ŞU ANDA oğlumuz veya kızınızın okul başarısını olumsuz yönde etkiliyor mu?

☐ Etkilemiyor ☐ Az etkiliyor ☐ Orta Derecede Etkiliyor ☐ Çok etkiliyor

Bu 6 davranışın varlığı ŞU ANDA oğlumuz veya kızınızın sosyal ilişkilerini olumsuz yönde etkiliyor mu?

(ör. Toplumsal aktivitelerde, anne-babayla, kardeşlerle, arkadaşlarla, diğer yetişkinlerle ilişkilerinde güçlükler)

☐ Etkilemiyor ☐ Az etkiliyor ☐ Orta Derecede Etkiliyor ☐ Çok etkiliyor

BÖLÜM 3

	Lütfen belirtilen davranışın <u>son bir ay içinde</u> evde ve toplum içinde ne sıklıkta olduğunu belirten cevabı yuvarlak içine alınız (Okuldaki davranışını değerlendirmeyiniz).	Neredeyse Hiçbir Zaman (Hiçbir zaman veya ayda bir kez)	Nadiren (haftada bir kez)	Bazen (haftada birkaç kez)	Sıklıkla (günde bir kez)	Çok Sık (günde birkaç kez)	Neredeyse Her Zaman (gün içinde birçok kez)
1	Üzgün, mutsuz ya da depresif görünür	0	1	2	3	4	5
2	Değersiz hisseder	0	1	2	3	4	5
3	Yalnız hisseder	0	1	2	3	4	5
4	Daha önce eğlenceli olduğunu düşündüğü aktivitelerden keyif almaz	0	1	2	3	4	5
5	Umutsuz görünür	0	1	2	3	4	5
6	Görevleri tamamlamak veya aktivitelere katılmak için geçmişte sahip olduğu enerjiye sahip değildir	0	1	2	3	4	5
7	Günün çoğunda belirgin bir neden olmaksızın sinirli / huysuz görünür	0	1	2	3	4	5

Bu 7 davranışın varlığı ŞU ANDA oğlumuz veya kızınızın okul başarısını olumsuz yönde etkiliyor mu?

☐ Etkilemiyor ☐ Az etkiliyor ☐ Orta Derecede Etkiliyor ☐ Çok etkiliyor

Bu 7 davranışın varlığı ŞU ANDA oğlumuz veya kızınızın sosyal ilişkilerini olumsuz yönde etkiliyor mu?

(ör. Toplumsal aktivitelerde, anne-babayla, kardeşlerle, arkadaşlarla, diğer yetişkinlerle ilişkilerinde güçlükler)

☐ Etkilemiyor ☐ Az etkiliyor ☐ Orta Derecede Etkiliyor ☐ Çok etkiliyor

BÖLÜM 4: Aşağıdaki dokuz davranışın ortaya çıkması (Madde 1-9), karşı olma davranışları, karşı çıkma, öfkelenme, düşmanlık ya da görevi veya talimatları anlamada güçlükle ilişkili **DEĞİLDİR**.

	Lütfen belirtilen davranışın <u>son bir ay içinde</u> evde ve toplum içinde ne sıklıkta olduğunu belirten cevabı yuvarlak içine alınız (<u>Okuldaki davranışını değerlendirmeyiniz</u>).	Neredeyse Hiçbir Zaman (Hiçbir zaman veya ayda bir kez)	Nadiren (haftada bir kez)	Bazen (haftada birkaç kez)	Sıklıkla (günde bir kez)	Çok Sık (günde birkaç kez)	Neredeyse Her Zaman (gün içinde birçok kez)
1	Dikkatini ayrıntılara veremez ya da dikkatsizce yanlışlar yapar	0	1	2	3	4	5
2	Başladığı işlerde dikkatini sürdürmede güçlük çeker	0	1	2	3	4	5
3	Kendisiyle doğrudan konuşulduğunda dinlemiyormuş gibi görünür	0	1	2	3	4	5
4	Yönergeleri takip edemez ve üzerine aldığı görevleri tamamlayamaz	0	1	2	3	4	5
5	Görevlerini ve etkinlikleri düzenlemede güçlük çeker	0	1	2	3	4	5
6	Sürekli zihinsel çaba gerektiren işlerden kaçınır, hoşlanmaz veya böyle işlere başlamaz	0	1	2	3	4	5
7	Eşyaları kaybeder	0	1	2	3	4	5
8	İlgisiz şeylerden (ufak ve küçük şeyler) dikkati kolayca dağılır	0	1	2	3	4	5
9	Günlük etkinliklerde umutkandır	0	1	2	3	4	5

Bu 9 davranışın varlığı ŞU ANDA oğlunuz veya kızınızın okul başarısını olumsuz yönde etkiliyor mu?

☐ Etkilemiyor ☐ Az etkiliyor ☐ Orta Derecede Etkiliyor ☐ Çok etkiliyor

Bu 9 davranışın varlığı ŞU ANDA oğlunuz veya kızınızın sosyal ilişkilerini olumsuz yönde etkiliyor mu?

(ör. Toplumsal aktivitelerde, anne-babayla, kardeşlerle, arkadaşlarla, diğer yetişkinlerle ilişkilerinde güçlükler)

☐ Etkilemiyor ☐ Az etkiliyor ☐ Orta Derecede Etkiliyor ☐ Çok etkiliyor

BÖLÜM 5: Aşağıdaki dokuz davranışın ortaya çıkması (Madde 1-9), karşı olma davranışları, karşı çıkma, öfkelenme, düşmanlık ya da görevi veya talimatları anlamada güçlükle ilişkili DEĞİLDİR.

	Lütfen belirtilen davranışın <u>son bir ay</u> içinde evde ve toplum içinde ne sıklıkta olduğunu yuvarlak içine alınız (Okuldaki davranışını değerlendirmeyiniz).	Neredeyse Hiçbir Zaman (Hiçbir zaman veya ayda bir kez)	Nadiren (haftada bir kez)	Bazen (haftada birkaç kez)	Sıklıkla (günde bir kez)	Çok Sık (günde birkaç kez)	Neredeyse Her Zaman (gün içinde birçok kez)
1	Kıpırdanır veya ellerini ya da ayaklarını vurur veya oturduğu yerde duramaz	0	1	2	3	4	5
2	Otumasının beklediği durumlarda oturamaz	0	1	2	3	4	5
3	Uyumsuz ortamlarda koşuşturur veya bir yerlere tumanır (ergenler aşırı huzursuzluk hissi tarif edebilir)	0	1	2	3	4	5
4	Etkinlikler esnasında gürültücüdür ve çok ses çıkarır	0	1	2	3	4	5
5	Motor takılmış gibi hareket eder veya "Her an hareket halinde" gibi görünür (ör. uzun bir süre hareketsiz duramaz veya böyle durmaktan rahatsız olur; ona ayak uydurması güçtür)	0	1	2	3	4	5
6	Çok fazla konuşur	0	1	2	3	4	5
7	Sorulan soru tamamlanmadan cevabını yapıpıştırır	0	1	2	3	4	5
8	Sıra beklemekte güçlük çeker	0	1	2	3	4	5
9	Başkalarının sözünü keser veya araya girer	0	1	2	3	4	5

Bu 9 davranışın varlığı ŞU ANDA oğlumuz veya kızımızın okul başarısını olumsuz yönde etkiliyor mu?

☐ Etkilemiyor ☐ Az etkiliyor ☐ Orta Derecede Etkiliyor ☐ Çok etkiliyor

Bu 9 davranışın varlığı ŞU ANDA oğlumuz veya kızımızın sosyal ilişkilerini olumsuz yönde etkiliyor mu?

(ör. Toplumsal aktivitelerde, anne-babayla, kardeşlerle, arkadaşlarla, diğer yetişkinlerle ilişkilerinde güçlükler)

☐ Etkilemiyor ☐ Az etkiliyor ☐ Orta Derecede Etkiliyor ☐ Çok etkiliyor

BÖLÜM 6: EVDE VE TOPLUM İÇİNDE BAŞKALARINA KARŞI YAPILAN DAVRANIŞLAR (Okulda değil)

	Lütfen belirtilen davranışın <u>son bir ay</u> içinde evde ve toplum içinde ne sıklıkta olduğunu yuvarlak içine alınız (Okuldaki davranışını değerlendirmeyiniz).	Neredeyse Hiçbir Zaman (Hiçbir zaman veya ayda bir kez)	Nadiren (haftada bir kez)	Bazen (haftada birkaç kez)	Sıklıkla (günde bir kez)	Çok Sık (günde birkaç kez)	Neredeyse Her Zaman (gün içinde birçok kez)
1	Yetişkinlerle tartışır	0	1	2	3	4	5
2	Başkalarına öfkelenir	0	1	2	3	4	5
3	Yetişkinlerin isteklerine veya kurallarına uymaya karşı çıkar veya bunları reddeder	0	1	2	3	4	5
4	Başkalarını kasten kızdırır	0	1	2	3	4	5
5	Hataları ya da uygunsuz davranışları için başkalarını suçlar	0	1	2	3	4	5
6	Başkalarının davranışlarına sinirlenir veya kızar	0	1	2	3	4	5
7	Başkalarının davranışlarından alıur ve kızar	0	1	2	3	4	5
8	Başkalarına karşı kin tutar veya intikam almak ister (ör. yetişkinlerin duygularını incitmek için kötü şeyler söyler veya intikam almak için kötü şeyler yapar.)	0	1	2	3	4	5

Bu 8 davranışın varlığı ŞU ANDA oğlumuz veya kızımızın okul başarısını olumsuz yönde etkiliyor mu?

☐ Etkilemiyor ☐ Az etkiliyor ☐ Orta Derecede Etkiliyor ☐ Çok etkiliyor

Bu 8 davranışın varlığı ŞU ANDA oğlumuz veya kızımızın sosyal ilişkilerini olumsuz yönde etkiliyor mu?

(ör. Toplumsal aktivitelerde, anne-babayla, kardeşlerle, arkadaşlarla, diğer yetişkinlerle ilişkilerinde güçlükler)

☐ Etkilemiyor ☐ Az etkiliyor ☐ Orta Derecede Etkiliyor ☐ Çok etkiliyor

BÖLÜM 7

	Lütfen oğlunuz ya da kızınızın son bir ay içinde belirtilen davranış evde ya da toplum içinde gösterme yüzdesini belirtiniz (Okuldaki davranışını değerlendiriniz).	Hemen hemen hiç (zamanın %0 ile %10'u)	Nadiren (zamanın %11 ile %20'si)	Bazen (zamanın %21 ile %49'u)	Sık sık (zamanın %50 ile %79'u)	Çok sık (zamanın %80- 89'u)	Hemen hemen her zaman (zamanın %90 ile %100'u)
1	Hatalı davranışlarıyla ilgili suçluluk duyar (ör. hatalı bir şey yaptığında kendini kötü hisseder ya da hatasını kolaylıkla kabul eder, incittiği kişilerden özür diler)	0	1	2	3	4	5
2	Başkalarının hislerini önemser (ör. başkalarının başına kötü şeyler geldiğinde empati gösterir, başkalarının iyi hissetmesi için bir şeyler yapar, onları incitmeye çalışır)	0	1	2	3	4	5
3	Ev ödevi ya da öğretmeninin verdiği görevleri yapmadığında kendini kötü hisseder (ör. elinden gelenin en iyisini yapmaya gayret eder)	0	1	2	3	4	5
4	Hislerini samimi bir şekilde gösterir (ör. hislerini başkalarına açıkça gösterir, duyguları eylemleriyle uyumludur, duygularını başkalarını yönlendirmek için kullanmaz)	0	1	2	3	4	5

Bu 4 davranışın YOKLUĞU (yani bu davranışların görülmemesi) ŞU ANDA oğlunuz veya kızınızın okul başarısını olumsuz yönde etkiliyor mu?

☐ Etkilemiyor ☐ Az etkiliyor ☐ Orta Derecede Etkiliyor ☐ Çok etkiliyor

Bu 4 davranışın YOKLUĞU (yani bu davranışların görülmemesi) ŞU ANDA oğlunuz veya kızınızın sosyal ilişkilerini olumsuz yönde etkiliyor mu?

(ör. Toplumsal aktivitelerde, anne-babayla, kardeşlerle, arkadaşlarla, diğer yetişkinlerle ilişkilerinde güçlükler)
☐ Etkilemiyor ☐ Az etkiliyor ☐ Orta Derecede Etkiliyor ☐ Çok etkiliyor

BÖLÜM 8

	Lütfen oğlunuz ya da kızınızın davranışını akranlarına kıyasla en iyi şekilde tarif eden yanıtı daire içine alınız	Şiddetli zorluk	Orta derecede zorluk	Hafif zorluk	Ortalama ilişkiler	Ortalamanın biraz üzerinde	Ortalamanın oldukça üzerinde	Mükemmel ilişkiler
1	Ebeveynlerle ilişkileri	0	1	2	3	4	5	6
2	Ebeveynler dışındaki yetişkinlerle ilişkileri (büyük anne, büyük baba, bakıcısı, yetişkin aile dostları)	0	1	2	3	4	5	6
3	Kardeşleriyle ilişkileri (Çocuğunuz tek çocuksa işaretleme yapmayınız)	0	1	2	3	4	5	6
4	Diğer çocuklarla ilişkileri (Akraba veya değil)	0	1	2	3	4	5	6

BÖLÜM 9

	Lütfen oğlunuz ya da kızınızın davranışını akranlarına kıyasla en iyi şekilde tarif eden yanıtı daire içine alınız	Şiddetli zorluk	Orta derecede zorluk	Hafif zorluk	Sınıf seviyesine göre ortalama	Ortalamanın biraz üzerinde	Ortalamanın oldukça üzerinde	Mükemmel performans
1	Ev ödevlerinin tamamlanması	0	1	2	3	4	5	6
2	Okuma Becerileri	0	1	2	3	4	5	6
3	Matematik becerileri	0	1	2	3	4	5	6
4	Yazma becerileri	0	1	2	3	4	5	6

EK – 2



T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik
Kurulu



Sayı :60116787-020/20930
Konu :Başvurunuz hk.

23/03/2018

Sayın Dr. Öğr. Ü. Ömer BAŞAY

İlgi :15.03.2018 tarihli dilekçeniz.

İlgi dilekçe ile başvurmuş olduğunuz "**Çocuk ve Ergenlerde Davranış Envanteri'nin Aile Formu'nun Türkçe'ye Uyarlanması**" konulu çalışmanız **20.03.2018** tarih ve **06** sayılı kurul toplantınızda görüşülmüş olup,

Yapılan görüşmelerden sonra, söz konusu çalışmanın yapılmasında **ETİK AÇIDAN SAKINCA OLMADIĞINA**, altı ayda bir çalışma hakkında Kurulumuza bilgi verilmesine oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Tahir TURAN
Başkan

EK – 3

Evrak Tarih ve Sayısı: 23/11/2018-E.80221

Evrak Tarih ve Sayısı: 22/11/2018-38356



T.C.
DENİZLİ VALİLİĞİ
İl Millî Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 16605029/44-E.22233157
Konu : Anket Uygulama İzni

20/11/2018

VALİLİK MAKAMINA

İlgi : Pamukkale Üniversitesi Rektörlüğü'nün 09/11/2018 tarih ve 22002 sayılı yazıları.

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalında Araş. Gör. Dr. Erol ÇİFTÇİ, Dr. Öğr. Üyesi Ömer BAŞAY'ın sorumluluğunda " Çocuk ve Ergenlerde Davranış Envanterinin Aile Formunun Türkçeye Uyarlanması " konulu çalışmaya yönelik hazırlanmış olduğu anket/ölçek formlarını İlgi yazı gereği Müdürlüğünüze bağlı Denizli İl Merkezefendi ve Pamukkale İlçelerinde yer alan iki ilkokul ve iki Ortaokulda uygulamak istemektedir.

Yukarıda adı geçen müracaat ile ilgili (Lisans/Lisansüstü/Doktora) öğrencileri ve Öğretim Görevlilerinin ilgi yazıları ekinde belirtmiş oldukları okullarda, (Ortaöğretim/İlköğretim/Okulöncesi) konuları ile ilgili anket çalışmalarının "Araştırma, Yarıştırma ve Sosyal Etkinlik İzni" Genclerinde belirtilen esaslar gereğince; Okul ve kurumların eğitim-öğretim faaliyetlerini aksatmayacak şekilde 2018/2019 eğitim-öğretim yılı içerisinde uygulamaları Müdürlüğümüze uygun görülmüştür.

Olurlarınıza arz ederim.

Mahmut OĞUZ
Millî Eğitim Müdürü

Güvenli Elektronik İmza
Aşağı ile Aynıdır
Mahmut TUR
Müdür

21/11/2018

OLUR
20/11/2018
Hakkı ÜNAL
Vali a.
Vali Yardımcısı

T.C.
DENİZLİ VALİLİĞİ
İl Millî Eğitim Müdürlüğü

PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

Kurumunuzca Müdürlüğümüzden talep edilen araştırma isteklerine ait Makam Onayı ve Müdürlüğümüze Onay verilen anket formları ekte gönderilmiştir.

Gereğini rica ederim.

Hakkı ÜNAL
Vali a.
Vali Yardımcısı

Ek;
1-Anket Formları

Sıracaplar Mah. Salihi Cadd. No: 76 20/00/DENİZLİ
Elektronik Ad : denizli@meb.gov.tr
e-posta : ynksekogretimyuridisi2018@meb.gov.tr

Ayrıntılı Bilgi İçin : Sefa GELMEŞ - Şef
Telefon : (0 258) 265 55 54 dahili 106
Belgegeçer : (0 258) 265 01 69-Saniteji Şö

Bu evrak güvenli elektronik imza ile kontrol edilmiştir. <https://evrak.meb.gov.tr> adresinden 2b67-bf82-3a7e-b47b-6fa0 kodu ile teyit edilebilir.

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.